BERATUNG COACHING
Praxis für fachübergreifende Beratung und Coaching
Dr. Cornelia Heintze
Stadtkämmerin a. D.
Politologin und Coach

Bildung und Gesundheit als öffentliche Güter im wohlfahrtsstaatlichen Kontext – ein Vergleich zwischen Deutschland und skandinavischen Ländern hinsichtlich Finanzierung, Wohlfahrtsergebnissen und Beschäftigungsrelevanz

Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung

von
Dr. Cornelia Heintze

Leipzig, Juni 2007

Dr. rer. pol. Cornelia Heintze (Dipl.Pol., StK a. D. und Coach); Cöthner Str. 64, 01455 Leipzig, Tel.: 0341/5611366, Fax: 0341/5611365; eMail: info@dr-heintze-beratung.de; Internet: www.dr-heintze-beratung.de

Gliederung

			Seite
1.		**Theoretischer Bezugsrahmen:** Öffentliche Güter und die Debatte um die Zukunft des deutschen Wohlfahrtsstaates	10
	1.1	**Öffentliche und meritorische Güter**	
		1.1.1. Bildungs- und Gesundheitsrendite	10
	1.2	**Begründung staatlicher Eingriffe am Beispiel Gesundheit**	17
		1.2.1 Gesundheit ist keine Ware	17
		1.2.2 Gesundheit braucht Gesundheitserziehung und –bildung	20
		1.2.3 Mögliche staatliche Interventionsstufen	21
		1.2.4 Gesundheitsziele	24
	1.3.	**Wohlfahrtsstaatlicher Kontext**	25
2.		**Die Gesundheits- und Bildungssysteme in der Einzelbetrachtung und im Grobvergleich:** Grundstrukturen und aktuelle Reformen	33
	2.1	**Allgemeines**	33
	2.2	**Einzeldarstellungen**	
		2.2.1 Deutschland	
		a) Bildungssystem	36
		b) Gesundheitssystem	46
		2.2.2 Dänemark	
		a) Bildungssystem	65
		b) Gesundheitssystem	70
		2.2.3 Finnland	
		a) Bildungssystem	73
		b) Gesundheitssystem	77
		2.2.4 Island	
		a) Bildungssystem	82
		b) Gesundheitssystem	85
		2.2.5 Norwegen	
		a) Bildungssystem	88
		b) Gesundheitssystem	92
		2.2.6 Schweden	
		a) Bildungssystem	96
		b) Gesundheitssystem	99
	2.3	**Vergleichende Zusammenfassung**	103
3.		**Wohlfahrtsstaatliche Ergebnisse**	113
	3.1	**Bildung**	113
		3.1.1. Durchschnittliches Bildungsniveau	115
		3.1.2 Schülerkompetenzen	118
		3.1.3 Bildungsdynamik anhand der Entwicklung höherer Abschlüsse	121
		3.1.4. Lebenslanges Lernen	130
		3.1.5 Soziale Integration durch Bildung - Übergreifende Wohlfahrtseffekte	136

	3.2	**Gesundheit**	141
		3.2.1 Gesundheitsparameter allgemein	142
		3.2.2 Gesundheitsparameter nach Einkommen, Alter, Bildung – Befunde zur Gesundheitsungleichheit	160
		3.2.3 Verbreitungsgrad von evidenzbasierter Medizin	169
		3.2.4 Krankheitsvermeidung durch Primär- und Sekundärprävention a) Erfolgreiche Primärprävention am Beispiel der Kariesprophylaxe b) Vermeidung von Spätschäden durch Strukturierte Behandlungsprogramme c) Gesund leben contra Früherkennung von Krankheiten	177
		3.2.5 Deutsche Probleme mit dem Wissenstransfer	184
		3.2.6 Das schwedische Problem hoher Fehlzeiten	191
	3.3	**Bildungs- und Gesundheitswohlstand von Kindern**	193
4.		**Makroökonomie Ergebnisse zu Finanzierung und Beschäftigungsrelevanz**	201
	4.1	**Allgemeines**	201
	4.2	**Ausgaben und Art der Finanzierung**	209
		4.2.1 Allgemeines	209
		4.2.2 Bildungsfinanzierung	
		a) Finanziellen Ressourcen für die vorschulische Bildung	210
		b) Öffentliche und private Bildungsausgaben insgesamt	215
		c) Hochschulfinanzierung mit und ohne soziale Schlagseite	222
		4.2.3 Gesundheitsfinanzierung	229
		a) Langfristige Trends	233
		b) Wichtige Ausgabenblöcke	239
		c) Finanzierungsstruktur	241
		d) Exkurs Island: Kostendämpfungspolitik durch Kostenbeteiligung der Patienten	244
		e) Exkurs Finnland: Die Ausgaben- und Finanzierungsstruktur 1960 bis 2005	250
		4.2.4 Finanzielle Ressourcen für Bildung und Gesundheit – Zusammenfassung	
	4.3	**Vergleich der Beschäftigungsrelevanz**	253
		4.3.1. Bildungssystem	253
		a) Frühkindliche und vorschulische Bildung	264
		b) Schul- und Hochschulsystem	274
		c) Bedeutung von Privatschulen und Vermarktlichung	276
		4.3.2 Gesundheitssystem	278
		a) Perspektive 1: Professionalisierungsgrad der Gesundheitsberufe	283
		b) Perspektive 2: Beschäftigungsrelevanz und Qualifikationsstruktur	287
		c) Perspektive 3: Gesundheitsdienstberufe als Kernbereich	295
		d) Perspektive 4: Personal an Krankenhäusern und sonstigen stationären Einrichtungen	301
		4.3.3. Exkurs zu Dänemark: Pädagogisches und Gesundheitsdienstpersonal bei der Lokal und der Zentralregierung	
	4.4.	**Zusammenfassung und Bewertung**	304

5.		**Diskussion relevanter Einzelaspekte**	310
	5.1	Was wird gemessen? – Fragen der Methodik	310
	5.2	Produktion von Bildungs- und Gesundheitsgütern aus einem Guß – Warum Finnland Spitze ist	233
	5.3	Von der Bildungsschicht zur Bildungsgesellschaft? Deutsche Bildungspolitik auf Siegfrieds Spuren**.**	329
	5.4	Bildungsflut hebt alle Boote oder Bildungsflut bedroht die Statussicherung der traditionellen Bildungselite	340
	5.5	Warnung vor der „Staatsmedizin" und das Kriterium der Responsivität im Systemvergleich	345
	5.6	Skandinavische Gesundheitssysteme: Mehr Beschäftigung trotz geringerer Gesundheitsausgaben	354
	5.7	Lebenslaufbezogene Politikintegration contra Fragmentierung und Flucht in die Kommerzialisierung (Privatisierung)	360
		Literatur und Quellen	368
		Anlagen A1: Datenlage und Arbeitsmethodik – einige Anmerkungen A2: Tabellenanhang	 396 400

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Im Textteil

a) Abbildungen

Nr.	Bezeichnung	Seite
1	Bildungsrendite im Lebensverlauf aus neoklassischer Perspektive	15
2	Wohlfahrtsstaatliches Evaluationsschema	31
3	Das deutsche Bildungssystem im Überblick	41
4	Das dänische Bildungssystem im Überblick	69
5	Das finnische Bildungssystem im Überblick	76
6	Die Grundstruktur des finnischen Gesundheitssystems	79
7	Das isländische Schulsystem im Überblick	84
8	Das isländische Gesundheitssystem im Überblick	87
9	Das norwegische Bildungssystem im Überblick	90
10	Das schwedische Bildungssystem im Überblick- Struktur und Steuerung	98
11	Die Organisation des schwedischen Gesundheitssystems	101
12	Bevölkerungsanteil (25 bis 64 Jahre) mit mindestens oberem sekundären Bildungsniveau 1995 – 2005: Vergleichsländer und EU15	117
13	Bevölkerungsanteil von Frauen und Männern (20 bis 24 Jahre) mit mindestens oberem sekundären Bildungsabschluss 1995 - 2005: Deutschland im Vergleich mit dem skandinavischen Durchschnitt (mit und ohne Island) und der EU15	118
14	PISA 2003 (Lesekompetenz): Anteil der SchülerInnen auf niedriger, mittleren und höchster Kompetenzstufe in Skandinavien, Deutschland und ausgewählten Bundesländern	120
15	a) Studenten pro 1000 Einwohner 1995 – 2004: Vergleichsländer und EU-15 b) Island: Entwicklung des Anteils 20-Jähriger mit Abitur	124
16	Anteil (%) weiblicher Studenten 1998 - 2004: Vergleichsländer und EU15 allgemein und Anteil bei technischen Studiengängen	129
17	Lebenslanges Lernen in den Vergleichsländern und der EU15 1996 bis 2005 (Anteile der 25- bis 64-Jährigen)	133
18	Bildungsexpansion und ihre Verbreitung in der Gesamtpopulation (15 bis 74 Jahre) im innerskandinavischen Vergleich	135
19	Prozentualer Schüleranteil auf den jweiligen Kompetenzstufen der Gesamtskalen von Mathematik und Lesekompetenz bei PISA 2003	137
20	Entwicklung der Lebenserwartung (ab Geburt) 1960 – 2004: Deutschland und die skandinavischen Länder	144
21	OECD-Länder im Vergleich: Gesundheitliche risikofaktoren 2000 bis 2004	151
22	Unicef 2007 – Kinderwohlstand insgesamt und Bildung	196
23	Gesundheit, Sicherheit und Gesundheitsverhalten	197
24	Produktionswert des Staates: Vergleichsländer im erweiterten EU-Vergleich	205
25	Öffentliche Ausgaben für institutionelle Kinderbetreuung und Familiendienstleistungen in den Vergleichsländern	213
26	Öffentliche Bildungsausgaben 2003 (in % des BIP und in % der öffentl. Gesamtausgaben): Vergleichsländer im weiteren OECD-Kontext	217

27	Anteile öffentlicher und privater Finanzierung von Bildungsinstitutionen 2003: Vergleichsländer und Durchschnitt von EU und OECD	227
28	Gesundheitsausgaben am BIP in ausgewählten OECD-Ländern: Entwicklung 1975 - 2004 (insgesamt und öffentlicher Finanzierungsanteil)	230
29	Gesundheitsausgaben am BIP in ausgewählten OECD-Ländern 1990 und 2003	232
30	Struktur der norwegischen Gesundheitsausgaben im Jahr 2004	234
31	Umsätze niedergelassener Ärzte in Deutschland 2006	236
32	Finanzierungsströme in Finnland (Schematische Darstellung**)**	246
33	Entwicklung der Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Finnland a) Entwicklung von öffentlichem und privatem Anteil 1960 – 2005 b) Finanzierungsstruktur 1985 - 2005	249
34	Anteile öffentlicher Ausgaben für Bildung und Gesundheit am BIP 2003: Vergleichsländer und ausgewählte OECD-Länder	252
35	Vorschulbildung – Beschäftigungsdichten	259
36	Struktur des Krankenhauspersonals 2004 in Deutschland und Norwegen (Personal in VZÄ pro 1000 Betten und relative Anteile**)**	300
37	Bildungs- und Gesundheitssystem im Bürgerurteil	317
38	Verteilung Vollzeitbeschäftigter nach Bildungsniveau bei der norwegischen Regierung 1990 - 2005	341

b) Tabellen

Nr.	**Bezeichnung**	**Seite**
1	Deutschland - Integration von Bildungszielen in den Kindertagesstättenbereich	37
2	Bildung der Bevölkerung nach wichtigen Parametern im Zeitraum 1995 – 2005: Vergleichsländer und EU15	141
3	Gesundheitsparameter im Zeitraum 1990 bis 2004	148
4	Überblick über die Kurz- und Langzeitwirkungen des Rauchens	152
5	Demografische und makroökonomische Kennzahlen	208
6	Bildungsausgaben der Bundesländer in % des BIP 1993, 1995, 2000, 2002	216
7	Entwicklung privater Zuzahlungen am Beispiel von Island	243
8	Bildung in Island: Schüleranteile und Personal in der Vorschulbildung	258
9	Beschäftigungsrelevanz vorschulischer Bildung im deutsch-skandinavischen Vergleich: Deutschland und ausgewählte Bundesländer	260
10	Geschätzte fiktive Lehrkraft-Beschäftigungslücken von Deutschland und ausgewählten Bundesländern anhand der Vergleichsländer Island, Finnland, Norwegen und Schweden 2004 bis 2006 (Dichteziffern pro 1000 Schüler/Studenten)	273
11	Gesundheitsbeschäftigte in Norwegen (VZÄ**)** und Deutschland im Jahr 2004: Formales Qualifikationsniveau und Fiktive Beschäftigungslücke	286
12	Pflegeberufsgruppen 1999 – 2004: Deutschland, Finnland, Island und Schweden (Angaben in 1000**)**	291
13	Fiktive Beschäftigungslücke (in 1000) bei Ärzten und Pflegekräften: Vergleich mit Finnland, Schweden und Norwegen im Jahr 2004	294
14	Dänemark - Pädagogisches und Gesundheitsdienstpersonal (Stellen) 1999 – 2005 (Auszug aus Tabelle A-14)	303

Tabellen im Anhang

Nr.	Bezeichnung	
A-0	Gesundheitssysteme der Vergleichsländer: Synoptischer Vergleich hinsichtlich grundlegender Merkmale	402
A-1	Institutionelle vorschulische Bildung 2002 - 2005: Deutschland (insgesamt und ausgewählte Bundesländer 2002) im Vergleich mit Dänemark (2005), Island (2002 und	405
A-2	Island im Detail: Außerfamiliäre Frühförderung von Vorschulkindern (0 bis 5 Jahre): 1998 bis 2005	406
A-3	Institutionelle vorschulische Bildung: Geschätzte fiktive Beschäftigungslücke von Deutschland anhand der Vergleichsländer Dänemark, Island und Norwegen	407
A-4a+b	Deutschland: Schüler/Studenten und Lehrpersonal insgesamt und in den Bundesländern 2004/2005 resp. 2005/06 a) Bildungspersonal insgesamt und in den Bundesländern 2005 (2004/2005) b) Bildungspersonal insgesamt und in den Bundesländern 2005 (2004/2005)	409
A-5a+b	Island: Schüler und Lehrpersonal an Schulen und Hochschulen 1998 - 2006 a) Pflichtschulen 1998 – 2006: Schüler und Lehrpersonal (incl. Schulmanagement) b) Schüler und Lehrpersonal an Schulen und Hochschulen 1998 - 2006	411
A-6	Schweden: Schüler und Lehrpersonal an Vorschulklassen, Pflichtschulen und den Schulen der oberen Sekundarstufe 1998/99 bis 2004/2005	413
A-7	Geschätzte fiktive Lehrkraft-Beschäftigungslücken von Deutschland (incl. Bundesländer) anhand der Vergleichsländer Island, Finnland, Norwegen und Schweden 2004 bis 2006 (Dichteziffern pro 1000 Schüler/Studenten)	414
A-8	Deutschland: Gesundheitspersonal nach der Amtlichen Statistik 1999 (2000) - 2004 a) Beschäftigte in VZ und TZ insgesamt b) VZ-Äquivalente c) Gesundheitspersonal nach Berufsgruppen 1999 – 2004 (pro 1000 Einwohner	416
A-9	Finnland: Gesundheitsdienstberufe (ohne Physiotherapeuten) 1980 bis 2006	420
A-10	Island: Gesundheitsdienstberufe 1997 – 2004 (VZ und TZ)	421
A-11	Schweden: Gesundheitsdienstberufe 1998 bis 2004	422
A-12	Deutschland: Gesundheitspersonal 2004 nach Einrichtungen: Anzahl, Geschlecht, Teilzeitquoten und Dichteziffer	423
A-13	Norwegen und Deutschland im Vergleich: Beschäftigte (VZÄ) in Krankenhäusern (incl. Psychiatrie) im Jahr 2004	424
A-14	Dänemark - Pädagogisches und Gesundheitsdienstpersonal (Stellen) 1999 – 2005: Lokal- und Zentralregierung	425

Abkürzungen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BB	Brandenburg
BE	Berlin
BGBL	Bundesgesetzblatt
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BW	Baden-Württemberg
BY	Freistaat Bayern
CT	Computertomografie
DK	Dänemark
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Desease Management Programme
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EW	Einwohner
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FI	Finnland
FR	Frankfurter Rundschau
FtD	Financial Times Deutschland
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HB	Freie Hansestadt Bremen
HH	Freie und Hansestadt Hamburg
HE	Hessen
ICD	International Classification of Deseases and relatetd Health Problems
i.d.F.	In der Fassung
IS	Island
ISK	Isländische Krone
ISCED	International Standard Classification of Education (Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens)
IDZ	Institut der deutschen Zahnärzte
KBZ	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KITA	Kindertagesstätte
KHG	Krankenhausgesetz
KMK	Kultusministerkonferenz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LVZ	Leipziger Volkszeitung
MRT	Magnetresonanz-Tomografie
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NEIN-Prinzip	Prinzip der "Niedrigsten Effektiven Interventionsstufe
NHSS	National Health Security System
NI	Niedersachsen
NO	Norwegen
NOK	Norwegische Krone
NW	Nordrhein-Westfalen
ÖD	Öffentlicher Dienst

OECD	Organisation of Economic Cooperation and Development
Pflege-VG	Pflegeversicherungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PPP	Purchasing Power Purity (Kaufkraftparität)
REHA	Rehabilitation
RGBl	Reichsgesetzblatt
RKI	Robert-Koch-Institut
RP	Rheinland-Pfalz
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
SE	Schweden
SEK	Schwedische Kronen
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Freistadt Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
SZ	Süddeutsche Zeitung
TZ	Teilzeit
VZ	Vollzeit
VZÄ	Vollzeit-Äquivalente
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
WS	Wintersemester

1. Theoretischer Bezugsrahmen: Öffentliche Güter und die Debatte um die Zukunft des deutschen Wohlfahrtsstaates

1.1 Öffentliche und meritorische Güter

Öffentliche Bedürfnisse entstehen im Kontext der Schaffung der Voraussetzungen wirtschaftlicher, gesellschaftlicher und politischer Entwicklung. Bei den Entscheidungen, die ein Gemeinwesen hinsichtlich der Produktion und Finanzierung der damit verbundenen Güter und Dienstleistungen trifft, handelt es sich um gesellschaftliche Basisentscheidungen, die elementar die Entwicklung des Gemeinwesens prägen. An der Frage, ob Bildung und Gesundheit allen EinwohnerInnen zugute kommt, auf welchem Niveau und mit welcher Ausrichtung dies erfolgt, entscheidet sich wesentlich, welchen Pfad der Entwicklung gesellschaftlicher Wohlfahrt und ökonomischen Wohlstandes eine Gesellschaft einschlägt. Der Blick auf Länder, die nicht nur in ihrer ökonomischen Entwicklung weit zurückliegen, sondern auch politisch keinen Ausweg finden aus einem Kreislauf der Gewalt - weite Teile Schwarz-Afrikas, etliche arabisch-muslimische Länder, aber auch Länder in Asien und Südamerika bieten diesbezüglich reichlich Anschauungsunterricht - ist diesbezüglich aufschlussreich. Breite Allgemeinbildung für alle unabhängig von Geschlecht, Ethnie usw. mit Zugangsmöglichkeiten auch zu höherer Bildung/Ausbildung ist in diesen Gesellschaften nicht als Staatsaufgabe etabliert. Bildung, zumal höhere Bildung ist das private Privileg kleiner wohlhabender Schichten. Auch um die öffentliche Gesundheitsversorgung ist es in diesen Ländern nicht gut bestellt. Dies erkannte auch die Weltbank, wenn sie schreibt: "*Die Erfahrungen der meisten Länder sprechen für eine grundlegende Beteiligung von Regierungen an der Finanzierung von Gesundheit durch Regulation, Mandate oder direkte Subventionen. Obwohl bedeutende private Ressourcen verfügbar sind, werden diese Ressourcen ohne effektive Gesundheitspolitik oft für ineffektive Gesundheitsdienstleistungen vergeudet.*"(World Bank, 1997).

Die Organisation, Bereitstellung und Finanzierung von Gütern und Dienstleistungen des Bildungs- und Gesundheitssystems erfolgt einmal in Abhängigkeit vom grundlegenden Wohlfahrtsstaatstyp und dann gemäß den spezifischen Traditionen und politischen Kräfteverhältnissen in den jeweiligen Ländern. Die Entscheidung eines Landes, eine Aufgabe als öffentliche wahrzunehmen, kann unterschiedlich begründet werden. Eine einheitliche Theorie der Erklärung staatlich-öffentlicher Aufgabenwahrnehmung existiert nicht. Unter ökonomischem Blickwinkel kann auf Samuelson und Musgrave zurückgegriffen werden. Samuelson (1954) zeichnete das enge Bild einer polaren Güterwelt mit Nicht-Rivalität im

Konsum und der Nicht-Ausschließbarkeit[1] als zentralen Kriterien für das Vorliegen eines öffentlichen Gutes. Musgrave (1959) lieferte mit seinem Standardwerk „*The Theory of Public Finance*" eine ökonomische Begründung für die Notwendigkeit aktiver staatlicher Finanzpolitik und bereicherte dabei die Theorie öffentlicher Güter mit dem Konzept der „merit wants". Bei „merit wants" handelt es sich um Güter, deren Nachfrager nicht über zureichende Informationen zur realistischen Einschätzung des Wertes der Güter verfügen. Bildung ist das klassische Beispiel eines meritorischen Gutes. Gebildete vermögen den Nutzen des Gutes angemessen einzuschätzen; Menschen mit geringer Bildung nicht. Da die Entwicklung eines Gemeinwesens jedoch in hohem Maße vom Bildungsniveau der eigenen Bevölkerung abhängt, motivieren diese positiven externen Effekte staatliche Allokationspolitik, durch Regeln (allgemeine Schulpflicht) und die öffentliche Bereitstellung von Institutionen der Bildungsproduktion für ein in der Breite gutes Bildungsniveau zu sorgen. Der damit verbundene Eingriff in individuelle Präferenzen führte zu sehr kontroversen Diskussionen, wird dabei doch die neoklassische Denkfigur des rational handelnden Wirtschaftssubjekts aufgegeben. Individuelle Präferenzen fallen freilich nicht vom Himmel. Wer das Talent zu einem großen Geiger hat, in der eigenen (unmusikalischen) Familie jedoch nie mit einem Instrument in Berührung kommt, kann seine „Berufung", wenn wir von Zufällen absehen, nur entdecken, wenn es musikalische Bildung als öffentliches Gut gibt. Auch wer in der eigenen Familie kaum Anreize für den Aufbau von Bildungsmotivation erhält, ist essentiell davon abhängig, dass das öffentliche Bildungs- und Erziehungssystem nicht nur bildet und erzieht, sondern auch Lust und Freude am lebenslangen Weiterlernen vermittelt. Damit Menschen ihr Wissen und Können dann anwenden können, benötigen sie ein ausreichend hohes Maß an Gesundheit resp. gesundheitlichem Wohlbefinden. Käuflich ist das Gut Gesundheit trotz aller medizinischen Fortschritte nicht. Auf Krankheit kann auch nicht verzichtet werden wie auf ein neues Kleid oder einen eigentlich geplanten Besuch im Kino. Patienten benötigen ein Recht, Patient sein zu dürfen, denn sie haben keine Möglichkeit die Art, die Intensität und den Zeitpunkt ihrer Erkrankung selbst zu bestimmten. Krankheit ist kein planbares Ereignis. Es existiert keine Konsumentensouveränität und kein Gleichgewicht in der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Von Ausnahmen abgesehen, bestimmt der Patient nur sehr eingeschränkt, welche Untersuchungen durchgeführt werden und welche Therapien zur Anwendung kommen. Es herrscht im Gegenteil eine Übermacht der Anbieterseite, die in hohem Maße selbst be-

[1] Öffentlich sei ein Gut „*which all enjoy in the sense that each individual´s conumption of such a good leads to no substraction from any other individual´s consumption of that good*…" (Samuelson 1954: 387)

stimmt, was der Nachfrager nachtfragt. Der Patient muss im Gegenzug darauf vertrauen können, dass nicht kommerzielle Interessen bestimmen, ob eine Untersuchung durchgeführt wird oder nicht. In der Rolle des Patienten benötigt er oder sie Vertrauen, dass das Gesundheitswesen auf Gleichheit basiert. Gleichhheit zu organisieren oder zu gewährleisten, ist eine der zentralen Aufgaben des Staates im Unterschied zu Märkten, die Ungleichheit in geschäftlichen Erfolg umwandeln und damit verstärken. Wer akut erkrankt ist, kann aber selbst als Wohlhabender keine Recherchen über den Marktanbieter seiner Wahl anstellen und die Behandlung eben solange verschieben, bis der passende Anbieter gefunden wurde. Liegt der Verdacht auf einen Herzinfarkt vor, muss er oder sie sich darauf verlassen können, dass auch das nächst gelegene Krankenhaus nach dem jeweils aktuellen medizinischen Stand gute ärztliche und pflegerische Leistungen erbringt, egal ob er in Münschen und in einem Dorf in Brandenburg wohnt. Dort, wo die Gesundheit durch eine chronische Erkrankung beeinträchtigt ist, gibt es zwar Zeit für Recherche und eigene Entscheidungsbildung. Im Ergebnis benötigen Patienten jedoch auch hier ein Versorgungssystem, das sie verlässlich über viele Jahre betreut, idealerweise zu Experten ihrer Krankheit macht und ihnen die Leistungen zukommen lässt, die sie für die Aufrechterhaltung ihre Arbeitsfähigkeit benötigen. Da jeder heute Gesunde morgen schwerkrank sein kann, bedarf die Gestaltung des Gesundheitswesens, die Festlegung des Umfangs und der Finanzierung seiner Leistungen in Demokratien demokratischer Legitimation. Wie Bildung fällt also auch Gesundheit in die Kategorie der „merit wants". Wer nie mit Krankheit bei sich oder anderen konfrontiert war, kann den Wert von Gesundheit nicht ermessen. Erst der vorübergehende oder langfristig anhaltende Verlust von Gesundheit schafft ein Bewusstsein vom Wert des Gutes.

Für den meritorischen Charakter von Bildung und Gesundheit liefert die psychologische „Zeitreisenforschung" Belege. Hier werden Erwachsene danach befragt, was sie in ihrem leben ändern würden, wenn sie in der Zeit zurückreisen könnten. Es entspricht der Arbeitsweise des menschlichen Gehirns, dass die Antworten asymmetrisch ausfallen. Bereut werden die ausgeführten Handlungen häufig selbst dort nicht, wo die Ergebnisse negativ waren. Der Grund: Der Gefühlshaushalt würde unter starken Stress geraten und schützt sich davor durch Ausblendung. Eingeblendet und ganz anders gewichtet werden unterlassene Handlungen und ganz allgemein Chancen, die jemand hätte ergreifen können. Aus der Auswertung von 11 „Zeitreisenstudien" (Roese, Neal 2007) ergibt sich, dass Menschen im Rückblick weit vor allem anderen bereuen, bei Bildung/Ausbildung nicht mehr getan zu haben (32 Prozent). Familie, Verwandtschaft, Freundschaft bringen es jeweils auf noch nicht einmal 2 Prozent. Dies mag erstaunen, drückt aber nur aus, dass Bildung/Ausbildung/Beruf einen Knotenpunkt darstellen, von dem aus viele Lebenswege

in alle möglichen Richtungen abgehen. Mit der Bildung steigen die Chancen auf eine anspruchsvolle Tätigkeit resp. sinkt das Arbeitslosigkeitsrisiko. Mit der Bildung wachsen auch die Ressourcen, die Menschen als eigenverantwortliche Individuen für ihre Lebensmeisterung benötigen. Dies auch im Falle von Krankheit, was den engen Zusammenhang mit Gesundheit und Gesunderhaltung unterstreicht. Mit der umfassenden Persönlichkeitsbildung von Menschen erweitern sich ihre Chancen auf anspruchsvolle soziale Kontakte über ihren angestammten Kreis hinaus. Viele Möglichkeiten der Teilnahme am sozialen, politischen und kulturellen Leben, der Offenheit für die Erfahrungen anderer Gesellschaften erschließen sich erst bei entsprechender Bildung. Insoweit geht Bildung weit über das hinaus, was ein ökonomisch verengter Bildungsbegriff, der nur nach der kurz- und mittelfristigen ökonomischen Verwertbarkeit fragt, zu erfassen sucht.

Die Theorie öffentlicher Güter liefert Begründungen für staatliches Engagement. Die Frage, ob es sich bei einem bestimmten Gut um ein öffentliches handelt und was daraus folgt, kann freilich nur eingeschränkt über die dem Gut anhaftenden Eigenschaften entschieden werden. Eine mindestens gleich große Bedeutung hat der politische Entscheidungsprozess. Wo Bildung und Gesundheit als öffentliche Güter betrachtet werden, ist staatliche Produktion nicht zwingend. „*Merit wants*" können dem Ausschlussprinzip unterliegen, also von privaten Instanzen produziert werden wie in Deutschland das Gros der Gesundheitsleistungen. Der Staat muss durch seine Aktivität jedoch sicherstellen, dass diese Gesundheitsleistungen bestimmten Kriterien entsprechen und allen zur Verfügung stehen. Fällt die politische Basisentscheidung zugunsten eines Systems privater Produktion aus, bedeutet dies also nicht, dass der Grad der Inanspruchnahme nun vorrangig den Kräften des Marktes überlassen wird. In Deutschland sind es im Gesundheitssystem teilweise die Kräfte des Marktes, überwiegend jedoch die Kräfte der sogenannten „Selbstverwaltung", die über die Menge wie Qualität der erbrachten Leistungen bestimmen und Ressourcen zuteilen.
Bildung für die Kinder der Eliten eines Landes kann ohne Zweifel privat organisiert werden. Gesellschaftliche Zielvorstellungen wie die der Herausbildung umfassend gebildeter StaatsbürgerInnen, der Sicherung von Chancengleichheit beim Zugang zu Bildung und Gesundheit und der Gewährleistung solidarischer Finanzierung lassen sich dagegen nur als kollektive Anstrengung erreichen. Was, wie, für wenn und mit welchem Ressourceneinsatz im Blick auf die Erreichung dieser Ziele produziert wird, bestimmt sich in der Konsequenz nicht oder nur peripher über ein System von Märkten mit Preisen und bestimmten Renditeerwartungen der Produzenten, sondern ist den Institutionen des Bildungs- und

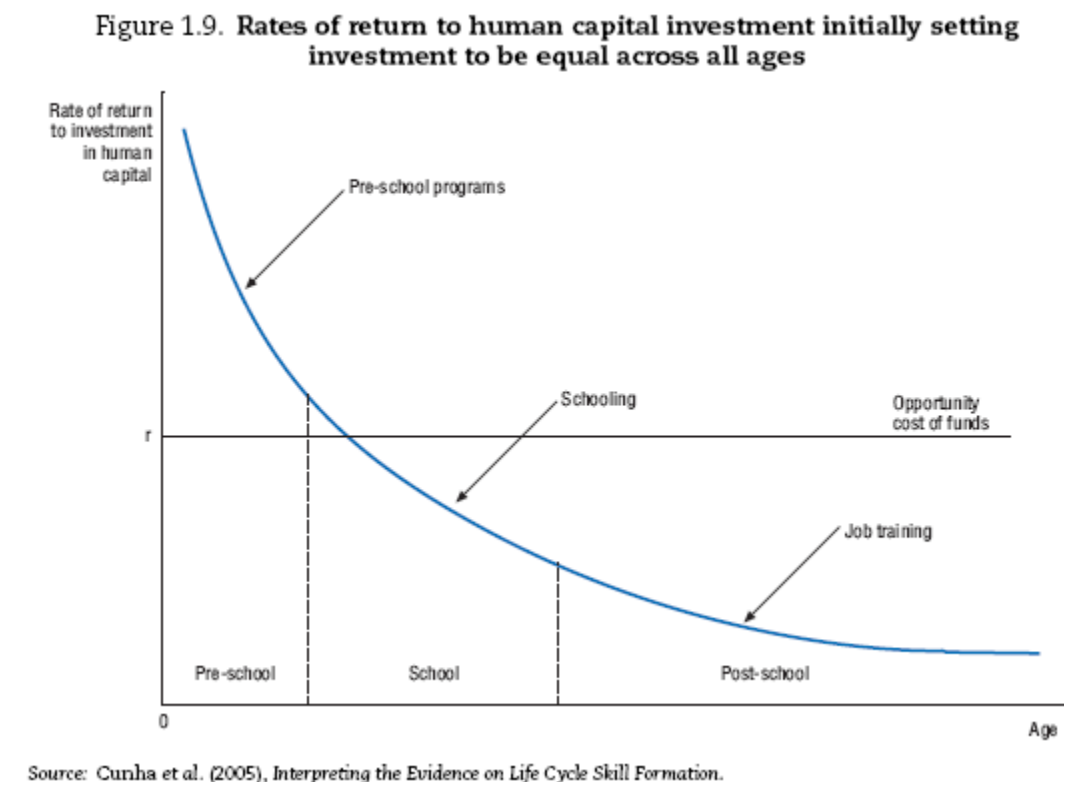
Gesundheitssystems übertragen, die sich in langen historischen Zeiträumen herausgebildet haben. Sie erhalten Ressourcen zugeteilt und unterliegen der politischen Steuerung.

1.1.1 Bildungs- und Gesundheitsrendite

Investitionen in Gesundheit und Bildung rechnen sich. Die gilt für die Gesellschaft wie für Individuen und Unternehmen. Die Effekte für die Gesellschaft sind breit gestreut und nur teilweise ökonomisch greifbar. So liegen die positiven Spillover-Effekte, die sich aus einem hohen Bildungsniveau der Bevölkerung für die demokratische Entwicklung, für die Wahrung von Menschenrechten etc. ergeben, außerhalb eines ökonomisch verengten Horizonts. Bei einer enger ökonomischen Betrachtung gilt: Für jeden Euro, der heute in den quantitativen und qualitativen Ausbau frühkindlicher Bildung, die Qualitätsverbesserung des Schulsystems, den Ausbau der Gesundheitsprävention investiert wird, fließen später mehrere Euro zurück oder es werden Kosten dadurch vermieden, dass Menschen nicht als Bildungsverlierer auf der Strecke bleiben und/oder vermeidbare Krankheiten entwickeln, die in unumkehrbare Prozesse der Chronifizierung münden.

Während bei schulischer Bildung und mit Abstrichen auch bei beruflicher Bildung weitgehend unstrittig ist, dass eine hohe Rendite für die Gesellschaft anfällt, fand die vorschulische Bildung und Erziehung erst in jüngster Zeit bildungsökonomisch Beachtung. Die OECD bezieht sich in ihrer Studie „Starting strong II: Early Childhood and care" (2006: 37) vor allem auf die kanadischen Ökonomen Cleveland und Kashinsky (2003), die in nicht geringerem Umfang als bei der schulischen Bildung Marktversagen sehen und die Existenz positiver Externalitäten herausstellen. Da am Anfang die Grundlage für alles gelegt wird, für Sprachempfinden, mathematisch-naturwissenschaftliches Verständnis, Werte und Normen, eher kooperativ oder eher konkurrenzbetont angelegte Handlungsstrategien usw. liegt die Vermutung nahe, dass der gesellschaftliche Nutzen von Investitionen in vorschulische Bildung und Erziehung höher ist als der von Investitionen in die darauf aufbauende schulische und berufliche Bildung. Cunha et al (2005) kommen bei ihren Überlegungen zu einer return-of-investment-Kurve (vgl. Abbildung 1), die mit dem Lebensalter abnimmt. Jede Stufe baut mit einem gewissen Zusatzertrag auf der vorangegangenen auf; am Anfang jedoch wird die Basis für den gesamten Prozess gelegt. Hier finden die zentralen Weichenstellungen statt. Die Perspektivverlagerung an den Anfang dürfte in der nächsten Zeit Unterstützung auch von der Forschungsrichtung der Sozial-Neurowissenschaft erhalten, die dabei ist, sich in Deutschland zu konstituieren. Hier wird untersucht, wie Kleinkindgehirne in der Wechselwirkung mit ihrer sozialen Umwelt und den Anregungen, die sie von dort erhalten, neuronale Verschaltungsmuster ausprägen im Sinne einer Koevolution zwischen Biologie und sozialem Umfeld.

Abbildung 1: Bildungsrendite im Lebensverlauf aus neoklassischer Perspektive



Quelle: OECD (2006b): Starting Strong – Early Childhood Education and Care: 38

Bekannt ist, dass bei Säuglingen die Nervenzellen über ein dichtes Netz gleichmäßig verbunden sind und elektrische Impulse zunächst in alle Richtungen weitergelenkt werden. Das Gehirn des Neugeborenen ist offen für verschiedenste Erfahrungen und bildet vielfältige Synapsen. Durch die Anregungen, die das Kleinkind erhält und die Erfahrungen, die es macht, verstärken sich bestimmte Stränge sukzessive, während andere verkümmern. Je besser das Kind sich in seiner Umgebung aufgehoben und von ihr angenommen fühlt, je vielfältiger und dem eigenen Entwicklungsstadium angemessen die Anregungen sind, die es auf verschiedenen Feldern (Bewegung, Sprache, Musik, soziale Beziehungen) erhält, umso komplexer werden die Gehirnstrukturen und umso größer sind die Chancen des Kindes, seine Potentiale zu entwickeln. Kinder, die in sozial ungünstigen und bildungsfernen Milieus aufwachsen, benötigen in besonderer Weise verlässliche vorschulische Institutionen der Bildung und Erziehung. Gesellschaften, die es mit dem Anspruch ernst meinen, kein einziges Kind zu rückzulassen, müssen diesbezüglich vom Kind aus denken. Die verschiedenen Disziplinen von Pädagogik bis Bildungsökonomie müssen dabei nicht gegeneinander stehen.

Was Cunha et al (2005) aus ökonomisch-neoklassischer Sicht modelltheoretisch entwickeln, untermauert für Deutschland auch eine Studie des Instituts der Deutschen Wirtschaft aus dem Jahr 2007.[2] Mit einem flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Angebot an Kita-Plätzen könne der Staat eine Rendite von bis zu 8 Prozent erwirtschaften, da es in der Folge weniger Schulabbrecher und eine insgesamt besser qualifizierte Bevölkerung gäbe, die weniger arbeitslos sei, damit weniger Sozialtransfers benötigt und dem Staat ein Mehr an Steuern und Sozialabgaben einbringe. Nach dem Modell, das bis 2050 kalkuliert ist, spart der Staat in der Ertragsphase jährlich gut vier Mrd. Euro an Kosten und nimmt fast 14 Mrd. Euro an Steuern und Sozialabgaben mehr ein. Diese, die Kosten weit übersteigenden Erträge, fallen im genannten Umfang allerdings nur an, wenn nicht nur das Platzangebot ausgeweitet wird, sondern zugleich in die Hebung der Qualität investiert wird, wozu die Studie auch die Akademisierung der Erzieherinnenausbildung mit dann besserer Bezahlung dieser Fachkräfte rechnet. Bei nur quantitativer Ausweitung unter Beibehaltung der jetzigen Qualitätsstandards se nur eine Rendite von dann etwa drei Prozent zu erwarten.

Auch wenn Investitionen am Anfang über den Lebenszyklus betrachtet die höchste Rendite abwerfen, lohnen sich Investitionen doch auf jeder Stufe. Die PwC Health Institute haben für ihre Studie "*Working Towards Wellness: Accelerating the Prevention of Chronic Diseases*" eine Auswertung von rd. 130 Studien zur Gesundheitsprävention in Unternehmen vorgenommen und multinationale Konzerne zu ihren Aufwendungen für unternehmensinterne Gesundheitsförderung befragt. Für jeden Dollar oder Euro, den Unternehmen in Präventionsmaßnahmen stecken, erhalten sie der Studie zufolge drei zurück.[3] Dies ist ein Anhaltspunkt, der größenordnungsmäßig von Präventionsmaßnahmen, die früh in Kindergarten und Schule einsetzen, tendenziell eher noch übertroffen werden dürfte. Für Bildung liegen gleichfalls Renditeabschätzungen vor.

---

[2] Zitiert nach „Kita-Ausbau bringt dem Staat satte Rendite" in HB JG. 34 Nr. 16./17. v. 28.2.2007, S. 3

[3] Die Studie "Working Towards Wellness: Accelerating the Prevention of Chronic Diseases" der PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ist online verfügbar unter: http://www.pwc.de/portal/pub/!ut/p/kcxml/04_Sj9SPykssy0xPLMnMz0vM0Y_QjzKLd4p3djUBSZnFG8Q76kfCRIL0vfV9PfJzU_UD9AtyI8odHRUVASpBSEg!/delta/base64xml/L3dJdyEvd0ZNQUFzQUMvNElVRS82X0JfQ0VS?siteArea=49c234c4f2195056&content=e5b6f7096a5ca4a&topNavNode=49c4e4a420942bcb (Zugriff: Anfang 2007)

1.2 Begründung staatlicher Eingriffe am Beispiel Gesundheit

Die Anforderungen an staatliche Eingriffe sind bei Bildung und Gesundheit unterschiedlich hoch. Bildung als öffentliches Gut bedingt mehr als nur eine weitgehende staatlich-öffentliche Steuerung. Die Herausbildung eines kostenlosen öffentlichen Schul- und Hochschulsystems erfolgte in einem jahrhundertelangen historischen Prozess. Die Öffentlichkeit von Bildung bildet in allen westlichen Gesellschaften die zentrale Grundlage für die Entfaltung der vielfältigen geistigen, handwerklichen, wissenschaftlichen und künstlerisch-musischen Potentiale der entsprechenden Länder. Dies galt bereits für die industrielle Gesellschaft. Für hochentwickelte Nach-Industrieländer, deren dynamisch-innovative Wirtschaftsentwicklung wesentlich davon abhängig ist, dass sie die Potentiale der eigenen BürgerInnen nicht brach liegen lassen, gilt darüber hinaus, dass ohne Chancengleichheit in der Bildung der Übergang in eine wissensbasierte Gesellschaft nicht gelingt.[4] Die Hinführung nicht nur einer Elite, sondern von möglichst breiten Teilen der Bevölkerung zu höheren Bildungsabschlüssen wird zur gesellschaftlichen wie ökonomischen Notwendigkeit. Je nach dem wie gut Wohlfahrtsstaaten diese Herausforderung bestehen, werden sie ihre Wohlstandsposition (relativ oder absolut betrachtet) halten, verbessern oder zurückfallen.

Vergleichbar hohe Anforderungen an staatliche Steuerung stellen sich bei Gesundheit und Krankheit nicht. Krankheit kann als ein versicherbares Risiko betrachtet werden. In der Konsequenz kann sich der Staatseingriff darauf beschränken, einen allgemeinen Krankenversicherungsschutz durchzusetzen. Der nachfolgende Exkurs beleuchtet wie bei Gesundheit auf einer theoretischen Ebene staatliche Eingriffe begründbar sind.

1.2.1 Gesundheit ist keine Ware

Staatliche gesundheitspolitische Aktivitäten können ökonomisch mit Verweis auf externe Effekte (Beispiel: ein staatlich verordneter Impfschutz gegen bestimmte ansteckende Infektionserkrankungen wie Poliomyelitis nutzt der allgemeinen Volksgesundheit und spart teure Behandlungskosten) und die weithin fehlende Konsumentensouveränität begründet werden. Während Konsumenten bei einem privaten Gut in Ruhe überlegen können, ehe sie sich zum Kauf eines bestimmten Produktes entschließen oder die Entscheidung vertagen, da eine spätere Entscheidung bessere Wahlmöglichkeiten oder einen günstigeren Preis verheißt, unterliegen Patienten ab dem Moment, wo sie eine Praxis oder Klinik auf-

[4] Im Abschlussbericht für die EU-Kommission „Human Capital in a Global and Knowledge-based Economy" von Fuente/Ciccone (2002) wird die steigende Bedeutung von Bildung/Ausbildung unterstrichen.

suchen, weitestgehend den Entscheidungen der dort tätigen Ärzte. Nur im Ausnahmefall entscheidet der Kunde einer ärztlichen Praxis oder der stationär versorgte Patient über das einzusetzende Diagnoseverfahren, über die Wahl von Medikamenten und den therapeutischen Ansatz. Die Regel ist eine andere: Nicht der Patient, sondern der Arzt resp. das mit der Versorgung befasste Team trifft Entscheidungen. Die medizinische und pflegerisch-therapeutische Versorgung, die den Kern des Gesundheitssystems ausmacht, ist daher als öffentliches Gut zu qualifizieren, das weitgehende staatlich-öffentliche Verantwortungsübernahme rechtfertigt.

Von der Krankenversorgung und Gesundheitspflege zu unterscheiden ist der Bereich der Gesundheitsprävention. Die auf ein hohes Niveau von Gesundheitsprävention gerichteten Güter und Dienstleistungen können als meritorische Güter betrachtet werden. Bei ihnen greifen zwei Momente:

- Menschen schätzen den Gegenwartsnutzen höher als den Zukunftsnutzen. Sie unterschätzen damit die Schadwirkungen, die von der Praktizierung riskanter Verhaltensweisen ausgehen.
- Menschen sind in ihrem Verhalten nicht vernunftgesteuert. Die moderne Hirnforschung zeigt, dass allein durch die Verfügbarkeit von Wissen und Informationen bei Menschen nichts an Verhaltensänderung bewirkt wird. Um gesundheitlich riskante Verhaltensweisen aufgeben oder zumindest reduzieren, benötigen sie einen emotionalen Anlass.

Wer also als Jugendlicher mit dem Rauchen anfängt, kümmert sich nicht um das erhöhte Risiko, an Bronchial- oder Lungenkrebs zu erkranken resp. ein Raucherbein zu bekommen. Der Einzelne tendiert selbst dort, wo genügend Informationen über die Gefährlichkeit extensiven Rauchens verfügbar sind, zu der optimistischen Annahme, ihn werde es schon nicht treffen. Selbst wenn Symptome wie z.B. chronischer Husten die bereits eingetretene Schädigung signalisieren, wird dies gerne verdrängt nach dem Motto, das muss ja nicht vom Rauchen kommen. Generell ist festzuhalten: Dort wo individuelle Risiken bestehen, über deren Eintreffen es lediglich gewisse statistische Wahrscheinlichkeiten gibt, ist die individuelle Bereitschaft zur angemessenen Vorsorge unterentwickelt, da die meisten Menschen zur Unterbewertung ihrer zukünftigen Bedürfnisse tendieren. Dies betrifft sowohl die Bereitschaft, aus eigenem Antrieb eine Versicherung mit ausreichendem Versicherungsschutz abzuschließen wie auch die Bereitschaft, durch gesundheitsbewusstes Verhalten dem Krankwerden vorzubeugen. Dort wiederum, wo aufgrund von bereits eingetretener gesundheitlicher Beeinträchtigungen und der Angst vor wachsendem Leiden der Wunsch besteht, mit dem Rauchen oder dem Konsum anderer Drogen aufzuhören, gelingt dies den Betreffenden vielfach nicht oder erst nach wiederholten Entwöhnungskuren. Diese Zusammenhänge rechtfertigen staatliche Eingriffe. Durch sie kann der frühe

Griff zur Zigarette oder die Praktizierung anderer gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen in einem solchen Ausmaß erschwert und gesellschaftlich geächtet werden, dass ein Teil der ansonsten gefährdeten Menschen daraus keinen Gegenwartsnutzen mehr zieht und es deshalb lässt. Wer jedoch, obwohl suchtgefährdet, mit dem Rauchen oder anderem Drogenkonsum nicht anfängt, benötigt später auch keine langwierigen und teuren Entwöhnungskuren.

Eine andere Beurteilung ergibt sich bei Dienstleistungen und Produkten, die der Gesundheit förderlich sind oder denen eine derartige Wirkung zugeschrieben wird. Nahrungsmittel mit angeblich der Gesundheit förderlichen Zusatzstoffen zählen dazu. Ebenso Wellness- und Fitnesseinrichtungen. Hier greift die Konsumentensouveränität. Wer die Leistungen eines Wellness-Hotels in Anspruch nimmt, konsumiert zunächst einmal ein Privatgut. Ebenfalls ein Privatgut liegt dort vor, wo Gesundheit zum superioren Gut wird. Gesundheit als superiores oder Luxusgut wird mit zunehmendem Einkommen überproportional stark nachgefragt. Die Mitgliedschaft in einem exklusiven Saunaclub mit Aromatherapie und wöchentlicher Ganzkörpermassage kann ebenso darunter fallen wie die Engagierung eines persönlichen Ernährungsberaters und Fitnesstrainers. Der Einkauf derartiger Leistungen ist Teil der persönlichen Lebensgestaltung und daher als Privatgut zu qualifizieren Vollkommen in die Kategorie „Luxus" fallen die Einrichtungen, die von Stars aus dem Musikbetrieb oder Showbusiness aufgesucht werden, um dem drohenden vollständigen gesundheitlichen Zusammenbruch zu entgehen, also z. B. Suchtentwöhnungskuren durchführen zu lassen. Dass sie hier private Luxusgüter konsumieren, ergibt sich schon aus dem Preis. Kuren in privaten US-amerikanischen Spezialkliniken sollen monatlich bis zu 100.000 US-Dollar kosten.[5] Inwieweit diese Kliniken eine bessere Suchtentwöhnung mit einem geringeren Rückfallrisiko bieten als qualitativ hochstehende Einrichtungen für Normalbürger, ist eine andere Frage. Vermutlich wird es darauf nie eine Antwort geben.
Welche politischen Schlussfolgerungen aus dem Versagen privater Märkte bei Gesundheit gezogen werden, inwieweit auch präventive Gesundheitsleistungen und die Versorgung von Kranken oder nur die Finanzierung und Steuerung des Gesundheitssystems als öffentliche Aufgabe betrachtet wird wie in Deutschland seit den Bismarckschen Sozialreformen Ende des 19 Jahrhunderts, ist eine demokratische Willensentscheidung. Entwicklungen erfolgen nicht nur pfadabhängig. Bei Vorliegen der entsprechenden politischen

[5] Für die Malibus Privatklinik Promises werden solche Beträge genannt. Stars wie Diana Ross, Robert Downey und Ben Affleck haben hier Entzugskuren gemacht. Angabe nach Schindler, Jörg (2007): Star Wars, in: FR Nr. 46 v. 23.02.2007, S. 8.

Mehrheiten kann immer auch ein Systemwechsel erfolgen. Inwieweit der Staat umfassend an der Bereitstellung von medizinischen und therapeutisch-pflegerischen Leistungen beteiligt werden soll, ist auch von der Ausgangsposition, den individuellen Gesundheitsmaßnahmen und anderen Faktoren - u. a. auch kulturellen Wertvorstellungen - abhängig.

1.2.2 Gesundheit braucht Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung

Es ist in der Bevölkerung weitgehend Konsens, dass Gesundheit das höchste Gut ist. Gemäß der seit 1946/1948 unveränderten Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit ein "*state of complete physical, mental and social well-being* and not merely the absence of desease or infirmity*".* [6] Es geht also nicht nur um Krankheit und Behinderung im Sinne eines objektiv messbaren körperlichen Befundes. Zur Gesundheit gehören aus Sicht der WHO auch die Faktoren, die mit maßgeblich sind für die ihre Erhaltung resp. Wiedergewinnung. ein stabiles Selbstwertgefühl, gesunde Ernährung, gute soziale Beziehungen, eine intakte, den Erhalt der Gesundheit stützende Umwelt. Gesundheit basiert somit auf einer Balance im umfänglichen Sinne, körperlich wie psychosozial. Diese ganzheitliche Sicht hat sich weitgehend durchgesetzt. Ihre Perspektive geht vom Individuum aus und den Faktoren, die sein Wohlbefinden beeinflussen. Zu einer anderen Definition gelangt man, wenn Gesundheit als Resultante betrachtet wird. Auf der einen Seite sieht sich das Individuum diversen Bedürfnissen und Anforderungen gegenüber. Sie kommen von außen und innen. Von außen kann das Individuum bedroht werden nicht nur von Viren, Bakterien, Pilzen, chemischen Giftstoffen usw., sondern auch von einer belastenden Arbeitswelt, von Arbeitslosigkeit, dem Verlust enger Freunde oder dem Stress, der aus eine unglücklichen Beziehung resultiert. Ob er deshalb krank wird, vielleicht sogar dauerhaft erkrankt, hängt an vielen Faktoren. Das Gesundheitssystem bietet präventive Angebote, Diagnostik, Beratung, Arzneimittel, schulmedizinische Therapie, komplementäre Therapie. Diese äußeren Ressourcen sind jedoch nur die eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite finden sich die Ressourcen, über die Menschen verfügen. Hier kommt Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung, damit Prozesse des Lernens ins Spiel. Menschen, die gelernt haben, auf ihre Körpersignale zu achten, werden Warnsignale früher registrieren als diejenigen, die ein rein instrumentelles Verhältnis zu ihrem Körper haben. Menschen, deren Geschmacksnerven von klein auf an gesunde Ernährung gewöhnt wurden, erliegen weniger der Gefahr dauerhafter Fehlernährung als Menschen, die als

Kinder mit Fertigkost abgespeist wurden. Auch diejenigen, der gelernt hat, sich gesundheitsbezogene Informationen selbstständig zu erschließen und mit Blick auf den eigenen Bedarf zu bewerten, sind im Vorteil gegenüber denjenigen, die dazu nicht in der Lage sind. Schließlich geht es auch um die Fähigkeit zu erkennen, wann ein gesundheitliches Problem bei vernünftigem Verhalten von alleine verschwindet und wann welche Art von externer Hilfe nötig ist. Dort, wo Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung ein Aspekt von „Bildung für alle" sind, kann erwartet werden, dass die Bevölkerung über ein höheres Maß an internen Ressourcen zur Bewältigung von potentiell gesundheitsbedrohender Anforderungen verfügt als dort, wo Bildungs- und Gesundheitssystem weniger verzahnt sind. Eine gesundheitlich hoch gebildete Bevölkerung wird weniger schnell medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als eine gesundheitlich weniger hoch gebildete Bevölkerung.

1.2.3 Mögliche staatliche Interventionsstufen

Man kann alternative Koordinationssysteme (kapitalistisch verfasste Märkte, Selbstorganisation über die Zivilgesellschaft…) hierarchisch betrachten oder nicht. Bei ökonomischen Analysen wird üblicherweise der Markt als Referenzpunkt gewählt. Da diese Vorgehensweise meist nicht weiter hinterfragt wird, ist es angezeigt, wenigstens zu erwähnen, dass dies nur eine Möglichkeit der Betrachtung ist. Alternativ könnte Referenzpunkt der gesellschaftliche Diskurs sein, bei dem über Wahlen, Bürgerentscheide, Bürgergutachten etc. entschieden wird, ob und wie eine bestimmte Aufgabe als öffentliche wahrzunehmen ist, welche Ressourcen dafür aufgewandt werden sollen, wie sie zu beschaffen sind usw.

Wird die Analyse in einen ökonomischen Bezugsrahmen gepresst mit Markt als Referenzpunkt, kann Ausgangspunkt die Frage sein, ob es nicht den Individuen überlassen werden sollte, ob und wie sie das Krankheitsrisiko versichern wollen. Die geringste Bereitschaft zum Abschluss einer Versicherung besteht tendenziell bei Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen. Vielfach übersteigen die Versicherungsbeiträge rein privater Versicherungen die finanziellen Möglichkeiten dieser Einkommensgruppen. Möglich wäre den wirtschaftlich Schwachen daher nur ein minimaler Versicherungsschutz, der im Ernstfall nicht ausreicht. Nun ist es jedoch gesellschaftlicher Konsens, dass jedem im Falle von Krankheit unabhängig von seinem Einkommen eine angemessene medizinische Versor-

---

[6] Diese Definition steht in der Präambel des Gründungsdokuments der Weltgesundheitsorganisation. Sie wurde auf der Gründungskonferenz im Juni 1946 in New York verabschiedet und zusammen mit der Grün-

gung zustehen soll. Eine allein über den marktlichen Koordinationsmechanismus erfolgende Steuerung würde genau das Gegenteil bewirken. Im Ergebnis würden sich optimale medizinische Leistungen im Falle von Krankheit nur die Reichen leisten könnten. Einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen wären mehr oder weniger unterversorgt. Mittlere Einkommensschichten könnten sich zwar, sofern sie keine Vorerkrankungen haben, noch eine ordentliche Versicherung leisten und im Übrigen durch gesundheitsbewußtes Verhalten ihr individuelles Erkrankungsrisiko günstig beeinflussen. Ihrem erbärmlichen Schicksal überlassen wären jedoch alle anderen Bevölkerungsgruppen. Folge wären Ergebnisse, die inakzeptabel sind. Es ist für eine hochentwickelte Gesellschaft nämlich inakzeptabel, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen bei Krankheit nicht oder unzureichend versorgt sind, weil ihnen das Geld für eine Versicherung fehlt, sie sich der illusionären Hoffnung hingegeben haben, nie ernsthaft krank zu werden oder wegen gewisser Vorerkrankungen von einer risikoäquivalenten Versicherung nicht angenommen wurden. Prinzipiell kann jeder, der heute scheinbar noch kerngesund ist, bereits morgen schwerkrank sein. Es muss also Regelungen dafür geben, wer wie medizinisch-pflegerische Leistungen erbringt und wie das Ganze finanziert wird.

Das Gesundheitssystem setzt sich aus einer Reihe von Untersystemen zusammen. Das Krankenhaussystem resp. das System der stationären Versorgung zählen dazu, dann das Versorgungssystem, das von Patienten bei normalen Erkrankungen angesteuert wird, das Finanzierungssystem usw. Bezogen auf alle Teilsysteme sind Entscheidungen über Art und Tiefe des staatlichen Eingriffs erforderlich. Der weitestgehende staatliche Eingriff besteht darin, ein staatliches Gesundheitswesen vorzuhalten, bei dem von der Ausbildung der Leistungserbringer, die anschließend zu "Staatsbeschäftigten" werden bis zur Regulierung des Arzneimittelmarktes alle Teilsysteme entweder als staatliche Veranstaltungen organisiert sind (Produktion und Finanzierung von Gesundheitsleistungen) oder einer weitgehenden staatlichen Regulierung unterliegen (Arzneimittelmarkt).

Welche staatlichen Eingriffsstufen können unterschieden werden?

Die zur Erreichung bestimmter Ziele am besten geeignete Interventionsstufe soll gefunden werden: Welche staatlichen Eingriffsstufen können unterschieden werden:

1. Stufe: Ordnungsrahmen für einen Versicherungsmarkt

Die Schaffung eines Ordnungsrahmens für den Krankenversicherungsmarkt wäre die unterste Stufe staatlicher Regulierung. Im Minimum müsste hier zweierlei geregelt werden: Durch Wettbewerbsrecht muss sichergestellt werden, dass sich keine monopolistischen Angebots-

---

dung der WHO am 7. April 1948 in Kraft gesetzt.

strukturen bilden. Durch Krankenversicherungsrecht muss sichergestellt werden, dass Versicherungen "schlechte" Risiken, also Menschen mit angeborenen Erkrankungen (z.B. Mukoviszidose) oder erworbenen chronischen Erkrankungen oder sonstigen Schädigungen nicht vom Versicherungsschutz ausschließen dürfen. Hierfür reicht eine simple Verbotsklausel nicht aus, denn Versicherungen könnten versucht sein, den Vertragsabschluss bei Menschen mit erhöhtem Krankheitsrisiko an hohe Risikozuschläge zu binden, was in vielen Fällen einem faktischen Ausschluss gleichkäme. Notwendig wäre deshalb ein Regelungssystem, das eine gewisse solidarische Komponente in das Versicherungsrecht einführt.

2. Stufe: Versicherungszwang für Grundversorgung

Mit der Schaffung allein eines Ordnungsrahmens für ein privates Krankenversicherungssystem ist selbst das reduzierte Ziel, für alle BürgerInnen ein Minimum an Krankenversicherungsschutz sicherzustellen, nicht zu erreichen. Notwendig hierfür ist ein gesetzlicher, damit staatlicher Versicherungszwang, entweder für alle BürgerInnen (unabhängig vom Einkommen) oder für alle BürgerInnen unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze. Dies kann entweder im Rahmen einer staatlich organisierten Versicherungseinrichtung erfolgen oder der Staat beschränkt sich darauf, die Aufgabe einer Selbstverwaltungseinrichtung zu übertragen. Er gewährt hierzu Zuschüsse an einkommensschwache Bevölkerungsgruppen resp. übernimmt die Versicherungsbeiträge für besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

3. Stufe: Versicherungszwang für Vollversorgung

Wird es für unzureichend erachtet, nur die Grundversorgung sicherzustellen, weil damit große Bevölkerungsteile nicht am medizinischen Fortschritt teilhaben, wird der Umfang der Versicherungsleistungen auf das Niveau einer Vollversorgung anzuheben sein.

4. Stufe: Einführung einer staatlich geregelten, über Beiträge finanzierten Pflichtversicherung

Bei den Stufen zwei und drei lastet auf dem Staat eine nicht unerhebliche Finanzierungslast. Er leistet finanzielle Unterstützung für arme Bevölkerungsschichten, die sich aus eigener Kraft eine Versicherung finanziell nicht leisten können. Der Schritt zur nächst höheren Interventionsstufe, nämlich der Einführung einer gesetzlichen Pflichtversicherung, ist naheliegend. Hier gibt es nun verschiedene Optionen, die wiederum unterschiedliche Eingriffstiefen repräsentieren. In der "mildesten" Variante wird nur für diejenigen eine Pflichtversicherung eingeführt, deren Einkommen eine gewisse Grenze nicht überschreitet. Der Beitrag wird dann am Einkommen gemessen bis zu einer Einkommenshöchstgrenze, steigt danach also nicht mehr. In der "schärfsten" Variante werden alle Erwerbstätigen einbezogen, unabhängig davon ob sie abhängig beschäftigt sind oder selbständig, ob Beamter oder Angestellter. Es ist naheliegend, dass das umlagefinanzierte Pflichtversicherungsmodell eine umso stabilere Finanzierungsbasis darstellt und auch umso stärkere Umverteilungswirkungen entfaltet, je breiter die Bemessungsbasis ist und je höher die Kappungsgrenze für die Höchstbeiträge gelegt wird. Auch die Fragen, ob das Modell des männlichen Alleinverdieners hier die Richtschnur abgibt oder nicht und wie die Verteilung der Beiträge auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber gestaltet wird, sind zu beantworten.

5. Stufe: Entscheidung für eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung

Entscheidet sich ein Gemeinwesen für eine Finanzierung über Steuern, stellt dies eine höhere Eingriffstiefe dar als die Finanzierung über Beiträge. Zwischen den Polen Beitragsfinanzierung contra Steuerfinanzierung sind praktisch jedoch auch Mischungen denkbar, etwa in der Form, dass nur die medizinische Grundversorgung über Steuern finanziert wird, während Spezialleistungen über eine beitragsfinanzierte Zusatzversorgung abgedeckt werden müssen.

Nehmen wir an, es ist eine Entscheidung für einen staatlichen Eingriff gemäß Stufe 4 oder Stufe 5 gefallen, so ist damit noch nicht entschieden, in welchem Umfang private Zuzahlungen als weiteres Finanzierungselement eingebunden werden, in welchen Strukturen die medizinische Versorgung erbracht werden soll, wie die Verknüpfung zwischen ambulant und stationär

aussehen soll, wer für die Leistungsplanung verantwortlich ist, wie Qualitäts- und Erfolgskontrolle sichergestellt werden, wie die Bezahlung der Leistungserbringer geregelt wird, in welchen Rechtsformen man sich bewegen will usw. Diese Fragen sind jeweils irgendwo zwischen Markt und Staat zu beantworten. Sie stellen sich teilweise auf den entsprechenden Stufen, gehen aber auch darüber hinaus.

6. Stufe: Entscheidung für einen staatlich-öffentlichen Gesundheitsdienst (öffentliche Produktion und Finanzierung)

Dies ist die weitestgehende Staatsintervention. Wird eine Entscheidung auf Stufe 6 getroffen, sind verschiedene Untervarianten denkbar. So kann der staatlich-öffentliche Gesundheitsdienst alles abdecken oder bestimmte Leistungsbereiche ausgrenzen resp. die Leistungserfüllung teilweise auf Dritte übertragen oder von ihnen einkaufen. Auch sind Kombinationen mit einem Versicherungsansatz denkbar.

1.2.4 Gesundheitsziele

Eine Voraussetzung für die staatliche Einflussnahme im Sinne effektiver Regulierung sowie Beschaffung und Verbreitung von Informationen über Angebot und Qualität von Gesundheitsleistungen sind definierte und explizite Ziele. Wie ist es um die Gesundheit der Bevölkerung nach Niveau und Verteilung bestellt? Welche Trends existieren? Was soll bis wann erreicht werden? Wie steht es um die Qualität und Wirsamkeit medizinischer und pflegerischer Leistungen? Verfügt die Bevölkerung über ein ausreichendes Gesundheitswissen und ausreichende Eigenkompetenz? Wie kann das System und seine Leistungserbringung transparent gemacht werden?

Als *Hauptziele* moderner Gesundheitssysteme gelten:

- *Verbesserung und Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bevölkerung*
- *Zugang aller BürgerInnen unabhängig von Alter, Status, Einkommen zu guten medizinischen und pflegerischen Leistungen im Krankheitsfall*
- *Solidarische Finanzierung*
- *Berücksichtigung der Erwartungen der Bürger*
- *Finanzielle Absicherung (Schutz vor Einkommensausfällen) im Krankheitsfall.*

Die Ziele differieren in ihrer Bedeutung. Für einen guten Gesundheitszustand der Bevölkerung zu sorgen und im Krankheitsfall allen gute, für sie bezahlbare Leistungen zukommen zu lassen, ist prioritär. Die Berücksichtigung von anderweitigen Bürgererwartungen rangiert in der Bedeutung tiefer. Das explizite Eingehen auf individuelle Erwartungen und Wünsche von Patienten kann gegenüber dem Ziel, die Finanzierungslasten von guten Gesundheitsleistungen so zu verteilen, dass Einzelne im Krankheitsfall keinen großen finanziellen Risiken ausgesetzt sind, als Zusatzleistung oder gar Luxus angesehen wer-

den. Solche Ziele werden meist nur in Gesellschaften mit einem höheren Wohlstand und einem besseren Gesundheitsniveau realisiert. Allerdings muss die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen nicht zwingend zu höheren Kosten führen.

Der Beitrag institutionell organisierter Gesundheitssysteme zur Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung ist mit unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Ergebnissen untersucht worden. Für Länder mit geringer Wirtschaftskraft gilt, dass deutliche Verbesserungen des Gesundheitsstatus sowohl auf Individual- als auch auf Bevölkerungsebene mit verhältnismäßig geringem Mitteleinsatz möglich sind. So wurde 1990 für entwickelnde Länder geschätzt, dass ein Einsatz von US $ 12 pro Person die Krankheitslast um ein Drittel reduzieren könnte (Weltbank 1993). Ähnlich führte ein Vergleich der unterschiedlichen Mortalitätsraten in westeuropäischen und osteuropäischen, ehemals kommunistischen Ländern rund 25 Prozent der unterschiedlichen Lebenserwartung bei Männern und fast 40 Prozent bei Frauen auf die Verfügbarkeit moderner medizinischer Versorgung zurück (Velkova et al. 1997).

1.3 Wohlfahrtsstaatlicher Kontext

Öffentliche Bildung und Erziehung sowie die Sicherstellung medizinisch-pflegerischer Versorgung für alle BürgerInnen stehen in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung des modernen Wohlfahrtsstaates. Als Teil wohlfahrtsstaatlicher Entwicklung konnte sich die öffentliche Aufgabenerfüllung etablieren, weil damit mehrere Ziele gleichzeitig erreicht werden.

- Es werden Arbeitskräfte für die Übernahme von Tätigkeiten im Erwerbssystem herangebildet und es wird sichergestellt, dass das in diesen Arbeitskräften angelegte Humankapital lange genutzt werden kann.
- Durch eine nicht eng an der ökonomischen Verwertbarkeit ausgerichtete breite Allgemeinbildung wird die Basis gelegt für die Fähigkeit der Gesellschaft zur laufenden Selbstreflexion und zur kreativen kulturelle Weiterentwicklung.
- Die Gewährleistung von „Gesundheit für alle" resp. „Krankenversorgung für alle" ist eine elementare Komponente sozialer Sicherheit.
- Für den gesellschaftlichen Zusammenhalt ist es unerlässlich, dass Grundvorstellungen von Chancengleichheit, fairer Teilhabe und Absicherung in der Not erfüllt werden. Dem Versprechen, allen BürgerInnen gleiche Bildungschancen einzuräumen und gleichen Zugang zu medizinisch-pflegerischer Versorgung kommt dabei eine Schlüsselstellung zu.
- Die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung westlicher Gesellschaften geht einher mit Prozessen der Demokratisierung und der Gleichberechtigung der Geschlechter. Demokratie und Geschlechtergleichstellung erfordern BürgerInnen, die aufgrund ihres Bildungs- und Gesundheitszustandes in der Lage und motiviert sind, sich als StaatsbürgerInnen in den politischen Prozess qualifiziert einzubringen.

Obwohl die angesprochenen Ziele für die Entwicklung demokratisch verfasster Wohlfahrtsstaaten generell gültig sind, gibt es nicht nur in der Art, sondern auch im Grad der Realisierung gravierende Unterschiede. Gegenstand dieser Untersuchung ist der Vergleich zwischen Deutschland als Repräsentanten eines konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsmodells mit der Gesamtgruppe der Länder, die dem skandinavischen Wohlfahrtsmodell (Esping-Andersen 1990; Esping-Andersen 1999) zuzuordnen sind. Das Verständnis von Wohlfahrtsstaaten, das der Untersuchung zugrunde liegt, ist nicht eindimensional, sondern ähnelt bildlich gesehen einem Haus mit mehreren, untereinander verknüpften Stockwerken (vgl. Heintze 2006b: Tabelle S. 122f). Der Umfang von Sozialschutz und Dekommodifizierung ist eine Ebene. Eine andere Ebene betrifft die Frage, inwieweit wohlfahrtsstaatliches Handeln präventiv und nachhaltig oder eher punktuell und nachsorgend ausgerichtet ist. Eine dritte Ebene betrifft die Geschlechterordnung. Die Scheidelinie liegt hier zwischen Wohlfahrtsregimen, die mehr oder weniger subtil traditionelle Geschlechterordnungen aufrechtzuerhalten versuchen und solchen, die diese durch eine Politik der Rollendurchmischung aufbrechen. Schließlich trennen sich Wohlfahrtsregime auch anhand der Frage, wie der Staat Ziele zu erreichen versucht, welche Instrumente er einsetzt, in welchem Umfang er als Dienstleister selbst tätig wird oder sich bei der Aufgabenerfüllung auf Dritte verlässt oder sich ihrer bedient. Die fünf skandinavischen Länder weisen auf den verschiedenen Ebenen ein relativ großes Maß an Übereinstimmung auf (Heintze 2005; Heintze 2006b). Zumindest bei grober Betrachtung. Damit ist nicht gesagt, dass sich bei Analysen beliebiger Art stets typische Regimecluster ergeben. Dies zu erwarten, würde verkennen, dass es sich bei der Unterscheidung von Wohlfahrtsregimen um heuristische Modelle handelt, die notwendigerweise reduktionistisch sind und daher als Erklärungsansätze für reale Entwicklungen der Ergänzung durch länderspezifische Erklärungsfaktoren bedürfen. Bei politikfeldbezogenen Detailanalysen ist daher eine gewisse Durchmischung von Wohlfahrtsregimen denkbar. Die Hypothese geht allerdings dahin, dass bei ganzheitlicher Längsschnittsbetrachtung die skandinavische Ländergruppe eine größere Einheitlichkeit aufweist als der angelsächsische wie auch der kontinentaleuropäische Grundtyp. Beim kontinental-europäischen Typ mit Deutschland als quasi Prototyp zeigen sich die größeren Differenzen schon in der groben Betrachtung. Das Feld der Bildungs- und Gesundheitspolitik wäre, was hier nicht Thema ist, geeignet, dies herauszuarbeiten. So zählt Frankreich zur Gruppe der kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaaten und ist gleichwohl auf dem Feld von Bildung und Erziehung den skandinavischen Ländern näher als Deutschland. Dies zeigt sich in der langen Tradition von Ganztagsschulen und darin, dass es für französische Familien normal ist, ihre Kinder schon im Alter von 1 bis 2 Jahren außerfamilialen Erziehungseinrichtungen anzuvertrauen. Schlechtes

Gewissen (vgl. das Bild der „Rabenmutter") ist da nicht mit im Spiel. Der *école maternelle*, die bereits 2-Jährige als Schüler aufnimmt, werden im Gegenteil positive Sozialisationseffekten zugeschrieben (Veil 2002).

Die grundlegenden wohlfahrtsstaatlichen Weichenstellungen erfolgten in dem Zeitraum vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis in die ersten Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg. Deutschland hat in dieser Zeit das Leitmodell eines konservativen Wohlfahrtsstaates mit einer Doppelstruktur aus statusbezogenen Sozialversicherungen und Finanztransfers ausgebildet. Die großen Lebensrisiken Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität usw. sind hierbei gemäß dem Bismarckschen Sozialmodell über erwerbsstatusbezogene Sozialversicherungen abgesichert. Diese basieren auf dem Modell des männlichen Familienernährers, damit auf einer Geschlechterordnung mit tradierten Rollenzuweisungen. Für die umverteilenden Finanztransfers ist das eng mit dem Katholizismus verknüpfte Prinzip der Subsidiarität und ein familienbasiert-korporatistisches Gesellschaftsbild grundlegend. Direkte staatliche Leistungen sind nach diesem Modell ordnungspolitisch unerwünscht. Der Staat soll sich weitgehend beschränken auf Gesetzgebung und die Gewährung statusbezogener Steuerermäßigungen und Geldtransfers.
Bei einem historisch-systematischen Blick auf die Verortung von Bildung und Gesundheit im deutschen sozialstaatlichen System werden Merkmale sichtbar, die vom skandinavischen Weg grundlegend verschieden ist. Andererseits, bei den Zielen sehen wir ein hohes Maß an Übereinstimmung. So wird normativ ein Recht auf Bildung und Gesundheit proklamiert. Alle sollen gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen gemäß dem Stand des medizinischen Wissens haben[7] und ebenso soll von Bildungschancen niemand ausgeschlossen werden. Wie weit die Übereinstimmungen gehen, wird bei Gesundheit besonders deutlich, denn hier wird ein Verständnis von Gesundheit geteilt, das in Anlehnung an die WHO-Definition Gesundheit im weiten Sinne versteht als "*state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*". Gesundheit ist also mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Auch bei Bildung dominiert vordergründig die Übereinstimmung. Schließlich wird im Rahmen des Lissabonprozesses gemeinsam das Ziel verfolgt, Europa zu einer weltweit führenden wissensbasierten Öko-

[7] In den skandinavischen Ländern gibt es einklagbare Rechtsansprüche. Bei Gesundheit lautet das oberste Ziel „*good health care on equal conditions for the entire population*". (Swedish Health and Medical Services Act of 1982). In Deutschland hat die Selbstverwaltung einen Sicherstellungsauftrag. Im Übrigen bestehen Bindungen durch die Unterzeichnung von internationalen Erklärungen. So wurde auf der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa die Charta von Ottawa verarschiedet, die „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" zum Ziel erklärt.

nomie zu machen. Ständige Weiterbildung und Lebenslanges Lernen gilt dafür als ein Schlüssel. In Skandinavien wie in Deutschland.

Die Wege, die die Gesellschaften historisch eingeschlagen haben, um bei Bildung und Gesundheit für die eigene Bevölkerung, damit auch die eigene Gesellschaft viel zu erreichen und international Spitzenpositionen einzunehmen, sind jedoch verschieden bis konträr. Vor allem in der Bildungspolitik zeigt sich ein pfadabhängiger deutscher Sonderweg. Während in den angelsächsischen, den skandinavischen und auch einigen kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaaten wie Frankreich Bildung und Sozialstaatlichkeit eng verknüpft sind, steht die Herstellung dieser Verknüpfung für Deutschland noch aus. Einerseits ist mit dem PISA-Schock das Bewusstsein gewachsen, dass Deutschland gegenüber Ländern mit anderen Bildungsstrukturen und höheren Bildungsinvestitionen ins Hintertreffen geraten ist. Andererseits liegt zwischen der kognitiven Einsicht und der tatkräftigen Verfolgung eines Pfadwechsels reichlich Ballast aus historischen wie ideologischen Zutaten. Wir kommen dem auf die Spur, wenn wir bei der Begrifflichkeit selbst ansetzen. In Deutschland wird – historisch gewachsen – zwischen Bildung und Erziehung unterschieden. Schulen werden betrachtet als Bildungsinstitutionen in der Zuständigkeit des Staates. Ihre Aufgabe soll die Vermittlung eines bestimmten Lehrstoffes sein, nicht die Erziehung. Dementsprechend finden sich dort auch kaum ErzieherInnen, Sozialpädagogen, Schulpsychologen. Von Schulgesundheitsschwestern ganz zu schweigen. Erziehung ist Recht und Pflicht der Familien. Krippen, Kindergärten und Horte leisten dabei nur subsidiär eine ergänzende Funktion. Rechtlich gehören diese Einrichtungen nicht zum Bildungssystem, sondern liegen in der Zuständigkeit der „Familien- und Jugendhilfe". An der rudimentären Funktion öffentlicher Erziehung hat sich über Jahrzehnte nichts Wesentliches geändert. Bei der Betrachtung der deutschen Entwicklung seit der Mitte des 19 Jahrhunderts erschließt sich gleichwohl, dass die gedankliche und institutionelle Trennung von Bildung und Erziehung nicht aus einer bruchlosen Traditionslinie erwuchs. *Friedrich Wilhelm Fröbel (1782 – 1852)*, der aus Deutschland stammende Begründer der Kindergartenbewegung, vertrat einen integrativ-ganzheitlichen Ansatz. Dass Bildung immer auch Persönlichkeitsbildung, damit Erziehung umfasst und auf den Reifungsprozess des ganzen Individuums mit all seinen Potentialen gerichtet ist, war bei ihm vorgedacht.[8] Ebenso

[8] Aufgabe der Kindergärten sollte es sein, „*Kinder des vorschulfähigen Alters nicht nur in Aufsicht zu nehmen, sondern ihnen ein ihrem ganzen Wesen entsprechende Betätigung zu geben; ihren Körper zu kräftigen, ihre Sinne zu üben und den erwachenden Geist zu beschäftigen*…" schrieb er 1843. „Personen, namentlich junge Leute beiderlei Geschlechts", die „den Müttern gute Gehilfinnen in der Pflege der Kleinen, den Familien bessere Wärterinnen und Erzieherinnen…" sind, sollten in den Kindergärten beschäftigt sein. Diese wiederum sollten auch eine Art Forschungs- und Entwicklungsauftrag haben, indem sie „Spiele und Spielweisen zu

die Orientierung auf lebenslanges Lernen ab Geburt und die Entwicklung des neuen Berufs der Kindergärtnerin. In der Nachfolge von Fröbel gab es seit Ende des 19 Jahrhunderts Initiativen für eine anspruchsvolle pädagogische Ausrichtung von Kindergärten und ihre Integration in das allgemeine Schulwesen (Aden-Grossmann 2002: 50ff.). Diese Initiativen standen im Wettbewerb mit einem Ehe- und Familienmodell der strikten Aufgabenverteilung zwischen Mann und Frau. Der Mann sollte als Haushaltsvorstand die Ernährung der Familie sichern, die Frau als Hausfrau Kinder gebären und erziehen. Nur notfalls, um z. B. Schaden von Kindern abzuwehren, durfte der Staat in den Erziehungsauftrag der Eltern eingreifen. Grundsätzlich jedoch sollte er nur für die schulische Bildung zuständig sein. Verfechter dieser geschlechtsspezifisch konnotierten Aufgabenverteilung waren das bürgerliche Lager, einschließlich der bürgerlichen Frauenbewegung sowie die Vertreter von Kirchen und anderen Wohlfahrtsorganisationen, die, schon um für sich das Trägermonopol zu sichern, strikt gegen die Anbindung an das Schulsystem eintraten. Im Sinne dieser Kräfte wurde in der Weimarer Verfassung Erziehung als die „oberste Pflicht" und das „natürliche Recht" der Eltern festgeschrieben. Die Festschreibung des Subsidiaritätsprinzips in der Jugendfürsorge wurde dann auch im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1922 verankert. Kindergärten sollten Einrichtungen der Jugendhilfe mit pflegerischem Betreuungsauftrag und keine pädagogischen Einrichtungen sein. Nach Aden-Grossmann (2002: 62) hat sich damit die Auffassung vom *„Kindergarten als Bewahranstalt*" in der Zuständigkeit freier Träger durchgesetzt. In der BRD wurden nach 1945 die Weichenstellungen aus der Weimarer Republik fortgeführt und bis heute konserviert. Gleiches gilt für die Gesundheitspolitik, wo das Ende der Weimarer Republik von den Ärzten durchgesetzte Monopl über die ambulante Leistungserbringung fortgeführt wurde. Es existiert bis heute.

In der DDR gab es eine andere Entwicklung. Die überkommene institutionelle Trennung von Jugendhilfe und Bildung wurde aufgehoben und die Jugendfürsorge in das Ressort Volksbildung integriert. Damit war die DDR auf dem Gebiet der vorschulischen Bildung und Erziehung der Bundesrepublik Deutschland weit voraus. Gleiches gilt für die Existenz integrativer Strukturen in der medizinischen Versorgung über Polikliniken. Wäre die Wiedervereinigung mehr gewesen als der Beitritt der östlichen Bundesländer zur alten Bundesrepublik Deutschland nach der Implusion der DDR, so hätte sie die Chance geboten, das, was in der DDR an zukunftsweisenden Strukturen ausgeprägt war, als Gerüst zu übernehmen. Vorausgesetzt gewesen wäre die Bereitschaft zur ideologisch unvoreingenommenen Inventur der DDR-Hinterlassenschaften. Gegangen wurde der einfache Weg.

---

verallgemeinern" suchen und die Erkenntnisse „durch Veröffentlichungen in den Zeitungen den Eltern" weiter-

DDR, das war „Stasi" und „SED-Unrechtsstaat". Zukunftsweisendes konnte und dürfte sich da nicht entwickelt haben. Alles gehörte auf den Müllhaufen der Geschichte. Sowohl im Bildungs- wie im Gesundheitssystem gab es jedoch Zukunftsweisendes; von den Polikliniken und Gemeindeschwestern bis zur Verkoppelung von Bildung und Erziehung. Durch die Siegerbrille wurde dies nicht gesehen; die in der DDR entwickelten Institutionen folglich bis auf wenige Restbestände abgewickelt und an ihre Stelle das westdeutsche Regelungs- und Institutionengefüge gesetzt.[9] Stimmen aus dem Kreis der ostdeutschen politischen Eliten, die sich dem mit Verweis auf andere europäische Länder widersetzt und Westdeutschland mit kritischen Fragen konfrontiert hätten, gab es nicht. Und es gibt sie bundesweit deutlich vernehmbar immer noch nicht.

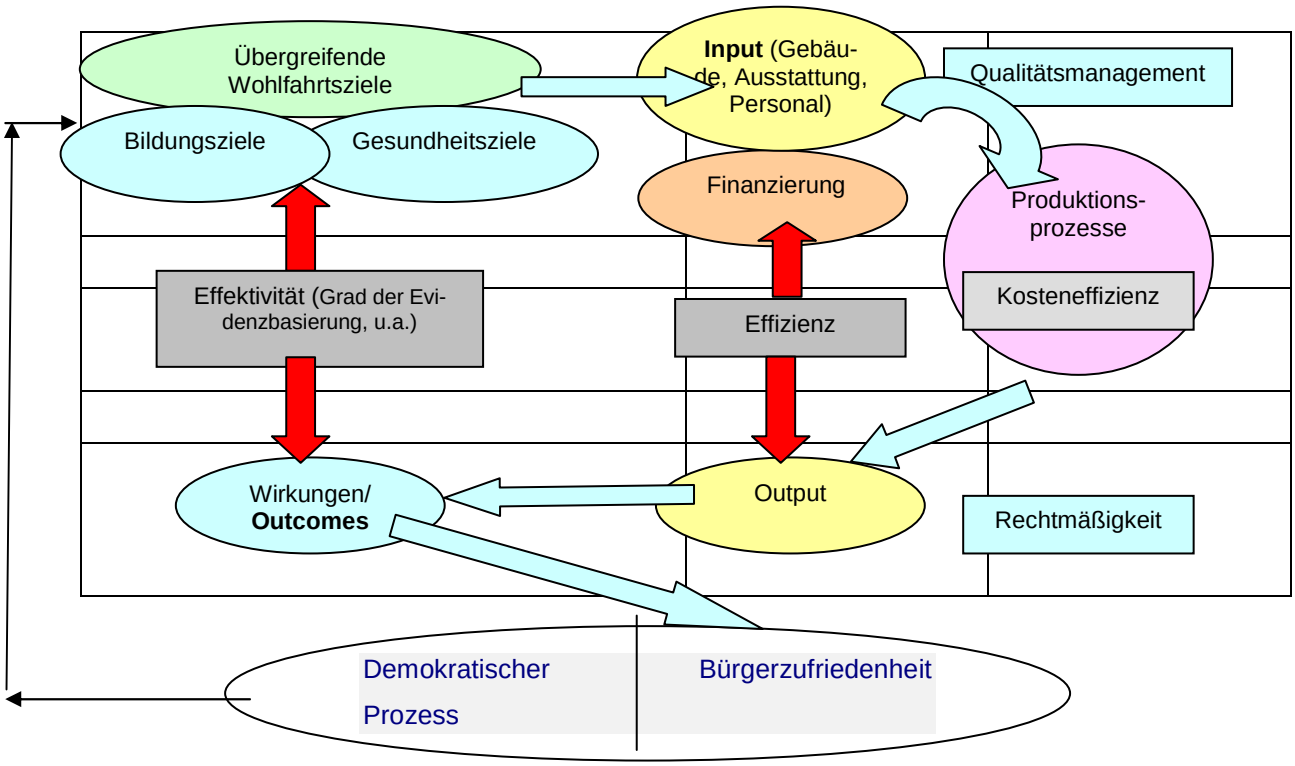
Im Ergebnis bewegt sich das wiedervereinigte Deutschland trotz aller in den letzten Jahrzehnten erfolgter Veränderungen auf dem Weg, der aufgrund der Basisentscheidungen aus der Zeit der Weimarer Republik eingeschlagen wurde. Zwar existiert seit 1996 ein Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz für die über Dreijährigen. Eng mit dem für den deutschen Sozialstaat konstitutiven Familienbild verknüpft sind Kindergärten in Westdeutschland jedoch ganz überwiegend bloße Halbtagsveranstaltungen bei kirchlichen, freigemeinnützigen und nachgeordnet auch kommunalen Trägern. In den skandinavischem Ländern dagegen wurden mit der teilweisen Übernahme des Begriffs Kindergarten als deutsches Lehnwort auch die Leitideen von Fröbel übernommen und konzeptionell weiterentwickelt mit Aufgabenübertragung an die Gemeinden. Der Bezug auf Fröbel erfolgte explizit in Norwegen und Schweden. Nicht übernommen wurde der Begriff „Kindergarten" dagegen in Island. Der dort etablierte Begriff „Spielschulen" (Leikskolars) bringt freilich schon durch die Verbindung von „Spielen" mit „Schule" zum Ausdruck, dass es um Institutionen des Bildungssystems geht, bei denen Lernen im Wege des Spiels erfolgen soll. Deutschland befindet sich in einem Prozess des Umdenkens. Primär scheint er reaktiv. Die Lebenswirklichkeit hat sich weit von den Prämissen entfernt, die dem traditionellen Familienmodell und der Trennung von Bildung und Erziehung zugrunde liegen. Notgedrungen werden daher Konzessionen gemacht. Ein wirklicher Bruch mit den in der Zeit der Weimarer Republik getroffenen Grundsatzentscheidungen, an die nach 1945 in Westdeutschland angeknüpft wurde, steht bislang aus.

---

geben. http://www.religio.de/froebel/biograd/frwm.html (Zugriff am 27.3.2006)

[9] Dies alles ging wie im Handstreichverfahren. Von quälend langen Veränderungsprozessen, die sich in Deutschland angeblich gar nicht vermeiden lassen, keine Spur. Hier wurde nicht nachgedacht, sondern einfach vollzogen. Schon mit Beginn des Schuljahres 1991/92 wurde z. B. die Polytechnische Oberschule in allen ostdeutschen Ländern abgeschafft und in der Sekundarstufe das gegliederte Schulwesen eingeführt. (KMK 2006: 95).

Abbildung 2: Wohlfahrtsstaatliches Evaluationsschema



Quelle: Eigene Darstellung

Das in methodischer Hinsicht Besondere der vorliegenden Studie besteht darin, dass es nicht um Einzelperspektiven, etwa nur die Finanzierungsseite oder die Bewertung anhand von Leistungs- und Outcome-Indikatoren geht, sondern um den Zusammenhang zwischen verschiedenen Betrachtungsebenen. Auch ein ganzheitlicher Ansatz wie der vorliegende kann keine umfängliche Analyse leisten; schon die Datenbasis reicht dafür nicht. Die Bildungs- und Gesundheitssysteme der Vergleichsländer werden in ihren Grundstrukturen, ihrer Finanzierung, ihrem Qualitätsmanagement und der Zielwirksamkeit anhand empirisch greifbarer Ergebnisse zu Niveau und Verteilung der produzierten Bildugns- und Gesundheitsgüter dargestellt und mit Deutschland verglichen. Ausgehend von Bildung als lebenslangem Prozess erfolgt dabei keine Einengung auf die Phase von der Einschulung bis zum Erwerb eines Berufsabschlusses, sondern es wird auch der vorschulische Bereich einbezogen und ein Blick auf die Weiterbildung genommen. Der Blick auf die Weiterbildung erfolgt nur kursorisch, da Erwachsenenbildung in all ihren Spielarten nur eingeschränkt als öffentliches Gut gesehen werden kann.

Für die deutsche Reformdebatte von besonderer Relevanz sind Fragen nach der Personalausstattung und –struktur sowie dem Zusammenwirken verschiedener Professionen.

Bei dieser Analyseperspektive ergibt sich eine Verbindung zur Beschäftigungspolitik. Dies ist deshalb von besonderer Relevanz, weil sich hier gängige Argumente, mit denen in Deutschland Vermarktlichungsstrategien begründet werden, anhand skandinavischer Befunde auf ihre Stichhaltigkeit hin überprüfen lassen.

Bei der Beurteilung des Zusammenhangs zwischen der Finanzierung und der Leistungserstellung des Bildungs- und Gesundheitswesens auf der einen Seite und den übergeordneten Wohlfahrtsergebnissen auf der anderen Seite sind die Bewertungsmaßstäbe nicht immer klar. Häufig wird mit Effektivität und Effizienz argumentiert, ohne dass klar wird, was damit gemeint ist. Effizienz bringt zunächst nur die Relation von Input zu Output zum Ausdruck; dies als Maß für Wirtschaftlichkeit. Effektivität wiederum drückt den Grad der Zielerreichung anhand der Wirkungen resp. dem Outcome aus. Wenn es um Bildung und Gesundheit als öffentliches Gut geht, lautet die entscheidende Frage: Tut Politik das Richtige? Hat sie die systemischen Basisentscheidungen so getroffen, dass formulierte Bildungs- und Gesundheitsziele durch die Strukturen des Systems unterstützt werden? Wie gut lassen sich die ausgeprägten Systeme politisch steuern? Anders gefragt: Wie ist es mit der Fähigkeit bestellt, Strukturen und/oder die Ressourcenbereitstellung grundlegend zu verändern, wenn das eine, das andere oder beides der Erreichung übergeordneter Wohlfahrtsziele entgegensteht. Bei Betrachtung nur der Relation zwischen Input und Output spielen diese politisch zentralen Fragen keine Rolle. Beispiel: Wenn an Schulen, wie in Hessen tendenziell praktiziert, zwecks Kostenersparnis schlecht bezahlte Nicht-Fachkräfte oder gar die Mütter und Großmütter der SchülerInnen eingesetzt würden, um fehlende Fachkräfte (Lehrkräfte/Pädagogen, Sozialarbeiter, Psychologen) notdürftig zu ersetzen, sinken die Personalkosten pro Schülerstundeneinheit und damit steigt die Effizienz. Die Effektivität, damit der Outcome an Bildung sinkt jedoch. Effizienz ist daher bei öffentlichen Gütern ein nachgeordnetes Kriterium. Machen wir überhaupt das im Sinne unserer Ziele Richtige, ist die entscheidende Frage. Das Richtige effizient zu tun, dies ist die hohe politische Kunst. Das Falsche effizient zu tun, führt lediglich zu besonders schlechten Ergebnissen. In der wohlfahrtsstaatlichen Betrachtung müssen also verschiedene Bewertungsdimensionen berücksichtigt und unterschieden werden, wobei der Outcome im Zentrum steht. *Abbildung 1* versucht die Zusammenhänge schematisch wiederzugeben. Betrachtet man das Gesundheits- und das Bildungssystems isoliert, ist die Klärung der Evaluationsgrundlage gleichbedeutend mit der Verständigung auf die bildungs- und gesundheitspolitischen Ziele, die erreicht werden sollen. Dies ist die systembezogene Evaluationsebene.

2. Die Gesundheits- und Bildungssysteme in der Einzelbetrachtung und im Grobvergleich: Grundstrukturen und aktuelle Reformen

2.1 Allgemeines

Für eine ländervergleichende Betrachtung kann bei Gesundheit auf historisch ausgeprägte unterschiedliche Grundtypen von Gesundheitssystemen zurückgegriffen werden. Drei Grundtypen lassen sich unterscheiden.

1. *Staatlich-nationale Gesundheitsdienste (Beveridge-Modell)* mit überwiegend staatlicher Finanzierung, Produktion und Lenkung. Staatliche Produktion bedeutet, dass die Leistungserbringer im Kernbereich der Versorgung (Ärzte, nicht-ärztliche Gesundheitsdienstleister, Apotheker und medizinische Hilfsberufe) in einem Beschäftigungsverhältnis mit Arbeitgebern der öffentlichen Hand stehen. Staatliche Lenkung bedeutet, dass die Politik über direkte Durchgriffsmöglichkeiten verfügt. Im engeren Sinne gehören alle skandinavischen Länder sowie Großbritannien und Irland zu diesem Typ. In einem weiteren Sinne werden auch südeuropäische Länder (Spanien, Portugal, Italien) dem Typ zugeordnet und die osteuropäischen Länder haben zumindest einen entsprechenden historischen Hintergrund.
2. *Sozialversicherungssysteme (Bismarck-Modell)* mit Selbstverwaltung durch Kassen und Leistungserbringer unter staatlicher Aufsicht. Die Finanzierung erfolgt bei diesem Systemtyp primär über einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Die Leistungserbringung erfolgt primär privat. Im ambulanten Bereich liegt sie bei niedergelassenen Ärzten, selbständig tätigen Apothekern und den angehörigen nicht-ärztlicher Heilberufe. Im stationären Bereich gibt es öffentliche Träger, privatwirtschaftliche und frei-gemeinnützige Träger. Dem Systemtyp zuzuordnen sind in einem strikten Sinne Deutschland, Österreich und die Schweiz. In einem weiteren Sinne zählen die Niederlande, Belgien, Luxemburg und auch Japan zu diesem Grundtyp. Die letztgenannte Ländergruppe nimmt bei einigen Merkmalen eine Zwischenposition zwischen dem „Bismarck-Modell" und dem „Beveridge-Modell" ein.[10]
3. *Markt-Modell* mit überwiegend privater Finanzierung und privater Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Im Marktmodell, für das unter den hoch entwickelten Industrieländern nur die USA stehen, ist die staatliche Eingriffstiefe sehr gering. Bei Fehlen einer allgemeinen Krankenversicherung agiert der Staat vor allem mit kompensatorischen Leistungen für sozial schwache Bevölkerungskreise.

Wie immer bei Typologisierungen gibt es Länder, die einem bestimmten Grundtyp zugeordnet sind, gleichzeitig aber Elemente eines anderen Grundtyps aufweisen. Anders ge-

[10] So gibt es in den Niederlanden und Belgien verglichen mit Deutschland eine stärkere staatliche Steuerung als in Deutschland oder der Schweiz. Die Hausärzte haben ein stärkeres, die Fachärzte ein geringeres Gewicht als in Deutschland. Was in einigen skandinavischen Ländern die Primärversorgung der kommunalen Gesundheitszentren (Finnland, Schweden) leistet, leisten in den Niederlanden die Hausärzte als quasi Lotsen. Hier existiert eine gewisse Parallele zu Dänemark. Auch gibt es seit Januar 2006 eine Krankenversicherungspflicht für alle Einwohner mit Kontrahierungszwang privater wie gesetzlicher Krankenversicherungen. Belgien

sagt: Alle Gesundheitssysteme haben die Grundfragen, die „Gesundheit" aufwirft, entlang eines Kontinuums zwischen „privat" resp. „marktlich" auf der einen Seite resp. „öffentlich" resp. „staatlich" auf der anderen Seite entschieden. In einem solchen Kontinuum zu denken, bedeutet die Einordnung von nicht-staatlichen Kollektivregelungen in das Kontinuum in dem Sinne, dass staatliche Leistungserstellung immer zugleich öffentliche und kollektive ist. Öffentliche Leistungserstellung ist dagegen nicht zwingend staatlich und kollektive Lösungen sind intermediär zwischen Staat und Markt zu verorten.

Bei Bildung ist für Zwecke des Vergleichs die von der UNESCO bereits 1976 vorgelegte Klassifikation ISCED (International Standard Classification of Education) hilfreich. Die Klassifikation unterscheidet sieben hierarchisch geordnete Bildungsstufen mit Zuordnung von Bildungseinrichtungen. In den skandinavischen Ländern hat sich das Schema fest etabliert. Nicht nur formale Bildungsabschlüsse, sondern auch Arbeitsplätze werden entsprechend zugeordnet und der vorschulische Bereich ist in das Bildungssystem integriert. Auch die internationale Bildungsberichterstattung (OECD, Eurostat) nimmt ihre Vergleiche anhand des ISCED-Schemas vor. Deutschland steht zurück.[11] Gleichwohl, Bildungsabschlüsse lassen sich zuordnen[12] und damit auch die Institutionen, die diese Abschlüsse verleihen. Allerdings existieren Felder, die der Vergleichbarkeit entgegenstehen. So werden in den skandinavischen Ländern überwiegend nur Abschlüsse dem tertiären Bildungsniveau (ISCED 5 und höher) zugeordnet, wo auf Basis der Hochschulreife an einer Hochschule zumindest ein Kurzstudiengang absolviert wurde. Fachschulausbildungen mit mittlerer Reife als Zugangsvoraussetzung liefern demnach keine tertiären, sondern nur postsekundäre Abschlüsse (ISCED 3 und 4). Mit der Begründung, hier lägen keine Ausbildungen, sondern Weiterbildungen vor, präsentiert die KMK (2006: 135) den europäischen Nachbarländern die an Fachschulen absolvierten Berufsausbildungen dagegen als auf tertiärem Niveau angesiedelt (vgl. Abbildung 3). Hintergrund ist eine widersprüchliche Motivation. In den meisten europäischen Ländern wurden die Berufe der ErzieherInnen,

---

und die skandinavischen Länder haben u.a. gemeinsam, dass die Qualifikation nicht-medizinischer Gesundheitsberufe (Pflege- und Heilberufe) auf akademisches Niveau angehoben wurde.

[11] Beispielsweise werden in der Personalstandsstatistik des öffentlichen Dienstes die tradierten Unterscheidungen von einfachem, mittlerem, gehobenen und höheren Dienst immer noch nicht auf das internationale Klassifikationsschema bezogen.

[12] Wo dies nicht der Fall, sind Anpassungen absehbar. Beispiel: Bei der Umstellung von Studiengängen im Rahmen des Bologna-Prozesses, gibt es neben sachbegründeten Schwierigkeiten auch überholte Denkmuster. So werden im öffentlichen Dienst MitarbeiterInnen, die ein dreijähriges Studium mit Bachelorabschluss durchlaufen haben, je nach dem, ob sie den Abschluss an einer Fachhochhochschule oder einer Universität erworben haben, anders eingruppiert. Nicht der Studiengang selbst ist hier das Kriterium, sondern die Höherschätzung von Universitäten im Vergleich zu Fachhochschulen.

Physiotherapeuten, Gesundheitsschwestern/-pfleger mittlerweile auf tertiärem Niveau angesiedelt resp. es existieren (Benelux-Länder) neben Fachschulbildungsgängen auch Studiengänge an Hochschulen. Die Hebung auf Hochschulniveau bei den erzieherischen und pflegerischen Berufen hat Konsequenzen für Bezahlung, Status, Professionalität. Teil des deutschen Sonderwegs ist es dagegen, diese Berufe von einer Akademisierung auszuschließen. Einerseits diesen deutschen Sonderweg weiterzugehen und es andererseits auf der europäischen Bühne mit der Begründung, es handele sich um keine Aus-, sondern eine Weiterbildung quasi zu vertuschen, kann weder überzeugen noch funktionieren. Bestenfalls liegt hier eine Irreführung vor, die dieser Forschungsbericht nicht übernimmt. Kapitel 4 beschäftigt sich in einem Exkurs näher mit der Thematik.

Institutionell lassen sich bei der Betrachtung von Bildungssystemen die Stufen Vorschulbildung/Elementarbereich, Primarbereich, Sekundarstufe (I und II) und Tertiärbereich unterscheiden. Die Sphäre der Volkshochschulbildung wie der Weiterbildung allgemein liegt quer dazu. Sie als höchste Stufe über dem Tertiärbereich zu definieren, würde einen Bruch in der Systematik darstellen. Wenn die Hochschulberechtigung das Eintrittstor für den tertiären Bereich darstellt, ist es logisch, den berufsbildenden Bereich („vocational training") auf postsekundärem Niveau (ISCED 3 und 4) anzusiedeln. Gemäß ISCED 97 wird dies von der OECD bei ihren Untersuchungen so praktiziert. Der auf tertiärem Niveau niedrigste Abschluss (ISCED 5) entspricht dann einem Kurzstudiengang (Bachelor oder vergleichbarer Abschluss). Ein Masterabschluss resp. ein Hochschuldiplom oder traditionelles Staatsexamen folgen auf Niveau 6 usw. Diese Studie folgt in ihren empirischen Analysen dieser Zuordnung.

Nun endet Bildung nicht mit der Einmündung ins Erwerbssystem. Es entspricht der Idee vom lebenslangen Lernen, dass in einer wissensbasierten Gesellschaft Erwerbstätigkeit immer wieder unterbrochen oder begleitet wird von Phasen der Weiterbildung. Dieser in allen Ländern sehr vielschichtige Bereich kann nur angetippt werden.

Die nachfolgenden Länderporträts konzentrieren sich auf die wesentlichen Merkmale, Besonderheiten und Probleme der dortigen Bildungs- und Gesundheitssysteme. Grundlage der Beschreibung sind die Selbstdarstellungen der jeweiligen Länder incl. ihrer Hauptakteure sowie die Länderstudien, die im Rahmen des WHO-Monitoringsystems zur Entwicklung von Gesundheitssystemen vorliegen. Eingeflochten werden Dokumente zu aktuellen Entwicklungen. Die Einzeldarstellungen versuchen die Gemeinsamkeiten wie die Unterschiede greifbar zu machen.

2.2 Einzeldarstellungen

2.2.1 Deutschland

a) Bildungssystem

Vorbemerkung

Die nachfolgende Darstellung stützt sich auf offizielle Darstellungen (KMK 2006; Internetauftritte der zuständigen Ministerien von Bund und Ländern)[13].

Elementarbereich (Vorschulische Bildung)

In Deutschland existiert seit 1996 ein Rechtsanspruch auf einen Halbtagsplatz in einer Kindertagesstätte. Der Besuch dieser Einrichtungen ist freiwillig. In Kindertageseinrichtungen und in Tagespflege soll die Entwicklung des Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit gefördert werden. Nach der Neufassung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes 2004 und 2005[14] haben Kindergärten einen Betreuungs-, Erziehungs- und Bildungsauftrag. Pädagogisch und organisatorisch sollen sich die Angebote an den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien orientieren. Die Umsetzung des Bildungsauftrags, damit die Verknüpfung des Bildungs- mit dem Sozialsystems, zu dem die Kindertagesstätteneinrichtungen zählen, befindet sich in der Entwicklung. Diese ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich weit gediehen. Die Tabelle auf den folgenden Seiten gibt für die einzelnen Bundesländer einen Überblick.

Das schulische und berufliche Bildungssystem

(1) Grundbildung bis zur Sekundarstufe I

Im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht wird die Grundschule von allen Kindern gemeinsam besucht. Sie umfasst die Jahrgangsstufen 1-4 (Altersgruppe 6-10 Jahre), in Berlin und Brandenburg die Jahrgangsstufen 1-6 (6-12 Jahre). Neben den Grundschulen gibt es im Primarbereich auch Sonderschulen. Der Unterricht wird in der Regel in Jahrgangsklassen nach dem Klassenlehrer-Prinzip erteilt. Auftrag der Grundschule ist es, Kinder mit unterschiedlichen individuellen Lernvoraussetzungen und Lernfähigkeiten so zu fördern, dass sich die Grundlagen für selbständiges Denken, Lernen und Arbeiten entwickeln und sie vorbereitet werden auf den weiterführenden Bildungsgang im Sekundarbereich. (KMK 2006: 84). Der Unterricht schließt in der Regel kein gemeinsames Mittagessen ein und erfolgt nur Halbtags. Dies aus „pädagogischen und schulorganisatorischen Gründen". Nur 5,1 Prozent aller GrundschülerInnen wurden 2003 bundesweit in einer Grundschule mit Ganztagsangebot unterrichtet. (KMK 2006: 85).

---

[13] Die Internetadressen sind in Tabelle 1 und im Literaturverzeichnis wiedergegeben

[14] Das Gesetz zum qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Ausbau der Tagesbetreuung für Kinder (Tagesbetreuungsausbaugesetz – TAG) vom 27. Dezember 2004 (BGBL. I S. 3852) weist den Kindertagesstätten in § 22 II (2) die Aufgabe zu, die Erziehung und Bildung in der Familie zu unterstützen und zu ergänzen. Das am 1.1.2007 in Kraft getretene „Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz – KICK)" erweitert zudem die Möglichkeiten für Jugendämter, wirksam im Sinne des Kindeswohls tätig zu werden.

Tabelle 1: Deutschland - Integration von Bildungszielen in den Kindertagesstättenbereich

Bundesland	Vorhaben und Stand der Umsetzung
Baden-Württemberg	In der Zuständigkeit des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg wird seit Herbst 2005 ein Orientierungsplan für Bildung und Erziehung in Kindergärten erprobt. Ab 2009 soll der Plan für alle Kindertageseinrichtungen verbindlich sein. Näheres siehe unter: http://www.km-bw.de/servlet/PB/-s/bo3r7b16u7g5z16flxy1kbh7f6c5mtwx/show/1182991/OrientierungsplanBawue_NoPrintversion.pdf
Bayern	In der Zuständigkeit des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wurde vom Staatsinstitut für Frühpädagogik (IFP) der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung entwickelt. Nach einjähriger praktischer Erprobung in 104 Kindertageseinrichtungen wurde der Plan (Nov. 2005) überarbeitet und befindet sich in der weiteren Erprobung und Umsetzung. Rechtsgrundlage ist Art. 30 des Bayerischen Gesetzes zur Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Kindergärten, anderen Kindertageseinrichtungen und in Tagespflege(BayKiBiG) vom 8. Juli 2005 (GVBl S. 236, BayRS 2231-1-1-A). Siehe unter: http://www.ifp-bayern.de/cms/BEP_Endfassung.pdf
Bremen	Bremen hat im Dezember 2004 einen Rahmenplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich verabschiedet. Er definiert Ziele für die Bildung und Erziehung von Kindern und richtet sich damit gemäß § 10 des Bremischen Gesetzes zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege an die Fachkräfte in den Tageseinrichtungen des Elementarbereichs und deren Träger. Näheres siehe unter: http://217.110.205.153/private/aktuell/images/Rahmenplan.pdf
Hamburg	Seit November 2005 liegen für Hamburg die Hamburger Bildungsempfehlungen für die Bildung und Erziehung von Kindern in Tageseinrichtungen vor. Die zuständige Behörde für Soziales und Familie hatte mit der Erarbeitung der Empfehlungen das Berliner Institut INA und die gemeinnützige Internationale Akademie für innovative Pädagogik, Psychologie und Ökonomie mbH an der Freien Universität Berlin beauftragt. Den Hamburger Bildungsempfehlungen liegt die Annahme zugrunde, dass Kinder von Natur aus aktiv, neugierig und lernwillig sind. Näheres siehe unter: http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/kita/bildung/bildungsempfehlungen.html
Hessen	In der Zuständigkeit des Hessischen Kultusministeriums wurde für den Bereich der Kindertageseinrichtungen und Grundschulen ein Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder von 0 bis 10 erarbeitet. Im Schuljahr 2005/06 wurde er an verschiedenen Standorten in Modelleinrichtungen erprobt. Für nähere Informationen siehe unter: http://www.kultusministerium.hessen.de/irj/HKM_Internet?cid=f2fd9845270981331a9685a4756782ec und http://www.kultusministerium.hessen.de/irj-/HKM_Internet?uid=422503e0-cf26-2901-be59-2697ccf4e69f
Mecklenburg-Vorpommern	In der Zuständigkeit des Sozialministeriums wurde im Januar 2004 von der Arbeitsgruppe Frühpädagogik der Universität Rostock ein Rahmenplan „Bildungsplan für die pädagogische Arbeit mit Fünfjährigen in den Kindestageseinrichtungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern" für die Vorschulbildung Fünfjähriger vorgelegt. Er hat Empfehlungscharakter. Näheres siehe unter: http://www.sozial-mv.de/doku/Bildungsplan.pdf

Bundesland	Vorhaben und Stand der Umsetzung
Niedersachsen	Seitens des Kultusministeriums wurde ein Orientierungsplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich niedersächsischer Tageseinrichtungen für Kinder vorgelegt. Er benennt Bildungsziele und versteht sich als Orientierungshilfe. Näheres siehe unter: http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C3374461_L20.pdf
Nordrhein-Westfalen	Die Landesregierung hat mit den Spitzenverbänden der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege sowie mit den Kirchen eine Vereinbarung über Bildungsziele, Bildungsbereiche und einen offenen Bildungsplan, der Grundlage für Bildungsprozesse in nordrhein-westfälischen Kindertageseinrichtungen sein soll, abgeschlossen. Die Bildungsvereinbarung NRW – Fundament stärken und erfolgreich starten ist seit Beginn des Kindergartenjahres 2003/2004 in der Umsetzung. Näheres siehe unter: http://www.callnrw.de/php/lettershop/download/865/download.pdf
Rheinland-Pfalz	In der Zuständigkeit des Ministeriums für Bildung, Frauen und Jugend wurden im August 2004 Bildungs- und Erziehungsempfehlungen für Kindertagesstätten vorgelegt. Näheres siehe unter http://www.kita.rlp.de/Bildungs-und_Erzieh.159.0.html
Sachsen	Sachsen brachte 2006 einen Bildungsleitfaden für pädagogische Fachkräfte in Kinderkrippen und Kindergärten auf den Weg. Die darin entwickelte Perspektive, den Kindern Anregungen für Selbstbildungsprozesse zu geben, soll auch im Übergang vom Kindergarten zur Schule fortgesetzt werden. Näheres unter: http://www.kita-bildungsserver.de/content/bildungsplan_volltext.php
Sachsen-Anhalt	In Sachsen-Anhalt befindet sich das Bildungsmodellprojekt „*bildung:elementar*" in der Umsetzung. Bildung in Kindertageseinrichtungen soll danach die Ganzheitlichkeit der Persönlichkeitsentwicklung jedes Kindes zum Ziel haben und Kinder bei der Entwicklung ihrer Selbstbildungspotentiale unterstützen. Das Modellprojekt wird unter Koordination der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wissenschaftlich begleitet. Grundlage ist der Entwurf des Bildungsprogramms für Kindertagesstätten in Sachsen-Anhalt.
Schleswig-Holstein	Zwecks Erprobung wurden in der Zuständigkeit des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein Leitlinien für den Bildungsauftrag von Kindertagesstätten erarbeitet. Seit dem Ende des Kinderjahres 2004/2005 befinden sie sich in der Diskussion und Erprobung. Näheres siehe unter: http://landesregierung. schleswig-holstein.de/coremedia/generator/-Aktueller_20Bestand/MBF/Information/Bildung/PDF/KITA-Leitlinien,property=pdf.pdf
Thüringen	In der Zuständigkeit des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit wurden Leitlinien frühkindlicher Bildung erarbeitet. Ab Kindergartenjahr 2003/2004 wird die Umsetzung erprobt. Näheres sieh unter: http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/aktuell/5.pdf

Im Grundschulunterricht dominiert das Erlernen von Grundfähigkeiten des Lesen, Schreibens und Rechnens. Der Unterricht umfasst Deutsch, Mathematik, Sachunterricht, Kunst, Musik, Sport und in den meisten Ländern auch Religion. Die Leistungsbeurteilung erfolgt in den ersten beiden Jahren in Berichtsform; frühestens ab der 2. Jahrgangsstufe werden Zeugnisse mit Noten verteilt. Der Übergang von der Grundschule in eine weiterführende Schulart ist je nach Landesrecht in den Bundesländern unterschiedlich geregelt.

Die Aufnahme in eine der weiterführenden Schulen des Sekundarbereichs erfolgt in der Regel auf Grundlage einer Eignungsbeurteilung. In allen Bundesländern folgt auf die Grundschule ein gegliedertes Schulsystem (vgl. Abbildung 3). Meist handelt es sich um die Hauptschule, die Realschule, das Gymnasium und die Gesamtschule. In einzelnen Ländern gibt es seit einigen Jahren Schularten mit nach Ländern unterschiedlichen Bezeichnungen, in denen die

Bildungsgänge der Hauptschule und der Realschule pädagogisch und organisatorisch zusammengefasst werden. Dazu gehören die Mittelschule, die Regelschule, die Sekundarschule, die Integrierte Haupt- und Realschule, die Verbundene Haupt- und Realschule, die Regionale Schule, die Erweiterte Realschule. Auch in den Bundesländern, wo noch an der Hauptschule festgehalten wird, erzwingt der massive Akzeptanzverlust, den diese Schulart als quasi „Restschule" bereits erfahren hat Überlegungen in Richtung Zusammenführung mit der Realschule. Die Verteilung auf der Schüler nach Schularten gestaltete sich 2003 wie folgt: Hauptschule 22,8Prozent; Realschule 24,6 Prozent, Gymnasium 29,9 Prozent, Integrierte Gesamtschule 8 Prozent; Schularten mit mehreren Bildungsgängen 8,8 Prozent, Sonderschulen 5,4 Prozent (KMK 2006: 35)

Für Schulen existiert eine doppelte Zuständigkeit. Die Organisation und die generelle Steuerung obliegt den Ländern. Sie regeln die pädagogische Arbeit in den verschiedenen Schularten, entscheiden über die Lehrerausbildung und stellen das Lehrpersonal. Wichtiges Instrument für die Steuerung von Lernprozessen sind Lehrpläne. Sie machen Angaben zur Behandlung der einzelnen Unterrichtsthemen, zur Stoffverteilung und zu didaktischen Ansätzen. Auf der lokalen Ebene agieren dann die Gemeinden als Schulträger. Sie entscheiden über Schulbezirke, regeln den Schülertransport, stellen die Schulgebäude und das Nicht-Lehrpersonal vom Hausmeister bis zum Schulsozialarbeiter.[15] Die Errichtung privater Schulen ist möglich, bedarf jedoch der Genehmigung durch das zuständige Kulturministerium.

(2) Gymnasium und Sekundarstufe II

Alle Bildungsgänge im Sekundarbereich I haben die Funktion der Vorbereitung auf den Sekundarbereich II, an dessen Ende entweder eine berufliche Qualifikation oder die Berechtigung für den Zugang zum Hochschulbereich steht. Im Sekundarbereich I dominiert daher die Allgemeinbildung, während sich der Sekundarbereich II nach Allgemeinbildung (Erwerb der Hochschulreife) oder beruflicher Bildung unterteilt. Das Gymnasium umschließt die gesamte Sekundarstufe. Es ist dort die herausgehobene Bildungsinstitution. Die Gymnasiale Oberstufe umfasst die Jahrgangsstufen 11-13 (in zwei Ländern die Jahrgangsstufen 10-12 bzw. 11-12). Pädagogische Aufgabenstellung ist eine vertiefte Allgemeinbildung mit Grund- und Leistungskursen. Ziel ist der Erwerb der allgemeinen Hochschulreife. Für diejenigen, die nach dem Erwerb eines mittleren Abschlusses ein Abitur anstreben, stehen als weitere Schulformen die Fachoberschule und das Fachgymnasium zur Verfügung. Hier gibt es berufsbezogene Schwerpunkte (Wirtschaft, Technik, Ernährung …) mit teilweise auch der Möglichkeit, neben der allgemeinen oder fachlich gebundenen Hochschulberechtigung einen landesrechtlich geregelten Berufsabschluss zu erwerben (KMK 2006: 105)

(3) Berufliche Bildung (Duales System und berufliche Vollzeitschulen)

Die Berufsausbildung für die 16 - 19-Jährigen im Sekundarbereich II erfolgt in beruflichen Schulen in Vollzeit- oder Teilzeitform sowie in Ausbildungsbetrieben des dualen Systems. Das duale System bietet Ausbildung an zwei Lernorten: im Betrieb und in der Berufsschule. Rd. 60 Prozent der Jugendlichen durchlaufen eine Ausbildung im dualen System. Ziel ist es, eine breit angelegte berufliche Grundbildung und die für die Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit notwendigen fachlichen Fertigkeiten und Kenntnisse in einem geordneten Ausbildungsgang zu vermitteln. Der erfolgreiche Abschluss befähigt zur Berufsausübung als qualifizierte Fachkraft in einem von ca. 346 anerkannten Ausbildungsberufen. Diese sind bundes-

---

[15] Schulsozialarbeiter sind bislang in Deutschland anders als in den skandinavischen Ländern eher die Ausnahme. Konzepte der Schulsozialarbeit stehen vor einer relativ hohen Finanzierungshürde. So plant Markkleeberg in Sachsen die Einstellung eines Schulsozialarbeiters. Während inhaltliche Fragen schnell geklärt waren, zog sich die Finanzierungsfrage schon deshalb in die Länge, weil sich bei kreisangehörigen Gemeinden die Frage stellt, ob Gemeinde und Kreis die Finanzierung gemeinsam übernehmen und zu welchen Anteilen. Vgl. Bericht „Sozialarbeiter an Schulen geplant", in: LVZ v. 7.3.2007, S. 24

rechtlich geregelt. Maßgebende Rechtsquelle ist das mit dem Berufsbildungsreformgesetz von 2005 (seit dem 1. April 2005 in Kraft) novellierte Berufsbildungsgesetz (BBiG).[16] Eine herausragende Rolle bei der Gestaltung der Ausbildungsgänge des dualen Systems spielt das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Es gehört zum Geschäftsbereich des BMBF.

Die Ausbildungsbereitschaft von Betrieben ist konjunkturabhängig. Da die Binnenkonjunktur über Jahre schwach war, blieb die Aufnahmefähigkeit des Lehrstellenmarktes zunehmend hinter der Nachfrage zurück. Es kam zum Aufbau eines Nachfrageüberhanges, der es den Ausbildungsbetrieben zunehmend ermöglichte, vorrangig Schulabgänger mit höheren Abschlüssen und Schulnoten auszuwählen. Begleited wurde und wird das selektive Auswahlverhalten durch öffentliche Klagen über ausbildungsunreife Jugendliche. Teilweise mögen diese Klagen berechtigt sein, teilweise aber auch nur der Legitimierung des eigenen Auswahlverhaltens dienen. Unabhängig von der Berechtigung der Klagen hat das idealtypisch angenommene Übergangsmuster von der Schule in die Berufsausbildung an Bedeutung verloren und das duale System steckt in einer Krise. Nach Baethge/Solga/Wieck (2007) landen zwischenzeitlich 40 Prozent der Ausbildungsplatznachfrager, darunter 60 Prozent der Hauptschüler und sogar noch 25 Prozent der Realschüler in Übergangssystemen, die Qualifizierung, aber keinen Berufsabschluss bieten. Zudem, Schulabgänger mit einem Hauptschulabschluss sind auf ein zunehmend schmaleres Segment von Ausbildungsberufen verwiesen, obwohl ihnen formal alle Berufe des dualen Systems offen stehen; auch Realschulabgänger stehen in der Konkurrenz zu Abiturienten. Die Akteure (Staat, Arbeitgeber, Gewerkschaften) reagieren seit Jahren mit Ausbildungspakten und der Einrichtung von immer mehr Überbrückungsmaßnahmen. Durch die Überbrückungsmaßnahmen werden Warteschleifen organisiert in der Hoffnung, dass den Jugendlichen schließlich doch noch der Einstieg in eine betriebliche Ausbildung gelingt.[17] Mit dem konjunkturellen Aufschwung seit 2006 gibt es auf dem Ausbildungsmarkt zwar wieder eine Entspannung, aber das Strukturproblem bleibt. Nach den aktuellsten Zahlen (vorläufige Ergebnisse) haben im Jahr 2006[18] 581.600 Jugendliche einen neuen Ausbildungsvertrag im Rahmen des dualen Systems abgeschlossen (+ 4,0% gegenüber 2005). Ein Teil der in den zurückliegenden Jahren unversorgten Jugendlichen konnte damit in ein Ausbildungsverhältnis einmünden. Dies freilich mit deutlichen Unterschieden zwischen West- und Ostdeutschland. Der Zuwachs von insgesamt 22.500 Ausbildungsverträgen fiel fast ausschließlich in Westdeutschland und Berlin an (+ 21.400). In Ostdeutschland gab es nur einen marginalen Zuwachs, obwohl dort ein großer Teil der Ausbildungsanfänger staatlich gefördert oder außerbetrieblich ausgebildet wird. Diese Diskrepanz auch noch 16 Jahre nach dem Beitritt des Gebietes der ehemaligen DDR zur Bundesrepublik Deutschland macht deutlich, dass das duale System dort weit weniger verankert ist als in Westdeutschland.

Neben der Ausbildung im Dualen System existieren vollzeitschulische Ausbildungsgänge nach Landesrecht. Die Palette der Berufswege, die sie eröffnen, reicht von unterschiedlich spezialisierten technischen Assistenten über Pflegeberufe bis zu Erzieherinnen. Wichtigste Schulart sind Fachschulen. Gesundheitsschulen mit Ausbildungsgängen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sind als besondere Art von Fachschulen meist an Kliniken/Krankenhäuser angegliedert. Damit gibt es eine gewisse Parallelität zur Ausbildung im dualen System. Auch die Ausbildungsdauer weist ein vergleichbares Muster auf. 3 Jahre sind Standard; es existieren jedoch auch Kurzzeitausbildungsgänge (1-2 Jahre). Auf europäischer Ebene findet in Anleh-

---

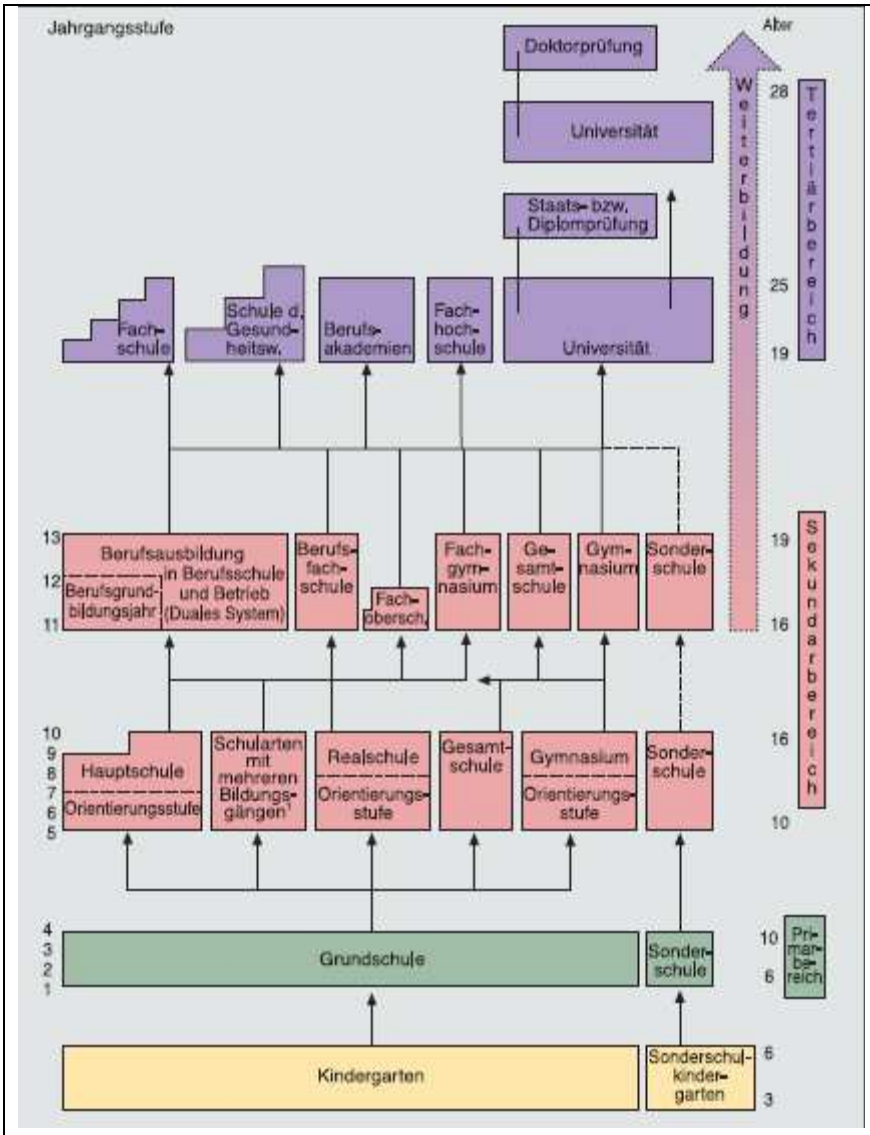
[16] Zur Reform siehe unter: http://www.bmbf.de/pub/die_reform_beruflichen_bildung.pdf

[17] Zu den Warteschleifen kommen Programme außerbetrieblicher Ausbildung. Ulrich (2006: 27) weist darauf hin, dass 2004 in Ostdeutschland 12,4 Prozent der Ausbildungsanfänger in Anlehnung an § 242 SGB III mit dem Etikett „lernbeeinträchtigt" versehen wurden in Westdeutschland dagegen nur 1,7 Prozent. Diese Diskrepanz verweist darauf, dass mit personenbezogenen Zuschreibungen gearbeitet wird, während die wahren Probleme tiefer liegen. In der Konsequenz spielen überbetriebliche Ausbildungen in Ostdeutschland eine größere Rolle als in Westdeutschland.

[18] Quelle: Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung „4 Prozent mehr Ausbildungsverträge in 2006" vom 4. April 2007: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2007/p1470071.htm (Zugriff am 30.4.2007)

nung an den Bologna-Prozess im Rahmen des sogenannten *Kopenhagen-Prozesses* der Versuch statt, auch auf dem Felde der beruflichen Bildung eine verstärkte Zusammenarbeit zu etablieren. [19]

Abbildung 3: Das deutsche Bildungssystem im Überblick



Erläuterung:
1) die Schularten mit mehreren Bildungsgängen umfassen Mittelschulen, Sekundarschulen, erweiterte Realschulen, Regelschulen, Regionale Schulen, Stadtteilschulen, Duale Oberschulen
2) Obwohl Fachschulen und die Schulen des Gesundheitswesens kein Abitur voraussetzen, sondern lediglich zu einem Fachabitur führen können, und keinen Hochschulabschluss verleihen, werde sie unter der Überschrift „Weiterbildung" offiziell dem Tertiärbereich zugeordnet.

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hg.) (2006b): 51 Datenreport 2006

[19] Dazu definierten die Bildungsminister der EU, der EEA- und EFTA-Staaten mit der am 30.11.2002 verabschiedeten Kopenhagener Erklärung konkrete Themenfelder und Umsetzungsschritte.

Der Kopenhagen-Prozess steht vor weit größeren Hürden als der das Hochschulwesen betreffende Bologna-Prozess. So hat es Deutschland bislang versäumt, nicht-akademische Berufe modular zu gestalten mit einer überschaubaren Anzahl von Grundberufen. Zudem, das deutsche Berufsschulwesen ist hochgradig intransparent. Die nach Landesrecht gestalteten Schulen haben nämlich eine Doppelfunktion. Die Hauptfunktion besteht im Angebot vollzeitschulischer Berufsausbildungsgänge. Daneben jedoch offerieren sie eine Durchlässigkeitsschneise im nach Bildungsgängen abgezirkelten deutschen Schulsystem. Für Haupt- und Realschüler mit sehr gutem Abschluss wie auch für gescheiterte Gymnasiasten gibt es hier theoretisch die Möglichkeit, über Stufen wie ein Berufsgrundschuljahr mit Schwerpunkt Wirtschaft, den Besuch einer höheren Handelsschule und dann eines Wirtschaftsgymnasiums doch noch ein Fachabitur zu erlangen. Die Krux dabei: Von diesem Umweg wissen nur Eingeweihte. Kinder aus benachteiligtem Milieu zählen kaum dazu; Kinder einkommensstarker Eltern, die trotz Nachhilfe am Gymnasium scheitern, dürften dagegen häufig die Chance erhalten, über spezielle Schleichwege im Berufsschulsystem doch noch das begehrte Reifezeugnis zu erhalten. So hat die Intransparenz System. Gegenüber ausländischer Kritik an der Undurchlässigkeit des deutschen Schulsystems dient der Verweis auf höhere Handelsschulen, Berufskollegs etc. als Beleg für eine doch vorhandene Durchlässigkeit. Im Binnenverhältnis freilich ist zugleich dafür gesorgt, dass das Umwegsystem an der schichtenbezogenen Selektionswirkung des deutschen Schulsystems nichts ändert. Die Intransparenz wird seitens der Bundesländer soweit getrieben, dass gleiche Schulbezeichnungen teilweise Unterschiedliches meinen. So sind Berufskollegs in Nordrhein-Westfalen normale berufsbildende Schulen, in Baden-Württemberg dagegen Schulen, die zum Fachabitur führen. Die Verwirrung, die entsteht, muss nicht absichtsvoll gestiftet worden sein; sie resultiert aus der Logik eines hochselektiven Bildungssystems, dass nachgelagert doch für ein gewisses Maß an Durchlässigkeit sorgen will und muss, dies dann aber wiederum so, dass massenhafte Sogwirkungen auf die, das System benachteiligt, ausbleiben.

Hochschulbildung

Das deutsche Hochschulwesen ist breit aufgestellt mit Universitäten, Fachhochschulen, Kunst-und Musikhochschulen, Hochschulen in kirchlicher oder privater Trägerschaft und Berufsakademien. Derzeit (2006/2007) gibt es 268 staatliche, 63 private und 41 kirchliche Hochschulen. Je nach Hochschultyp sind Fächerprofil, Qualifizierungsmöglichkeiten und Zugangsvoraussetzungen sehr verschieden. Die Zahl der Studenten (Wintersemester 2005/2006) beläuft sich auf 1,383 Millionen. 70 Prozent davon studieren an Universitäten oder vergleichbaren Hochschulen, 567.400 (29%) an Fach- oder Verwaltungsfachhochschulen und 32.000 (2%) an Kunsthochschulen.[20] In mehrfacher Hinsicht befinden sich Hochschulen im Umbruch. Der Bolognaprozess[21] zielt auf die Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraumes bis 2010. Kernelemente sind die Schaffung vergleichbarer Hochschulabschlüsse durch die Einführung eines zweistufigen Studiensystems (Bachelor- und Masterstudiengänge) sowie eines Leistungspunktesystems nach dem ECTS-Modell, die Förderung der Zusammenarbeit im Bereich der Qualitätssicherung und Entwicklung eines Qualifikationsrahmens. Während die skandinavischen Länder die Umstellung einschließlich der Vergabe von Leistungspunkten bereits vorgenommen haben, hat Deutschland mit Stand von Anfang 2007 noch die halbe Wegstrecke vor sich.

---

[20] Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 6. Dezember 2005: http://www.destatis.de/presse/-deutsch/pm2005/p5090071.htm

[21] Benannt nach der „Bologna-Erklärung", die 1999 im Rahmen einer Konferenz der BildungsministerInnen von 29 europäischen Staaten in Bologna verabschiedet wurde.

Verknüpfung von Schulen und Gesundheitswesen

Die Schulen sind über den schulärztlichen Dienst und die Erbringung schulpsychologischer Leistungen mit dem Gesundheitssystem verbunden. Unter der Amtsarztregie (Gesundheitsamt) werden Reihenuntersuchungen bei der Einschulung und zahnärztliche Untersuchungen durchgeführt. Dazu kommen Sprechstunden für Eltern, Lehrer und Schüler sowie gesundheitsfördernde Beratungsleistungen. (KMK 2006: 90) Die personelle Ausstattung und damit auch die Qualität des schulärztlichen Dienstes differiert sehr stark. Gleiches gilt für den schulpsychologischen Dienst. Er ist entweder im Schulamt angesiedelt oder in einer eigenen Einrichtung. Die auftretenden psychologischen Probleme sind vielfältiger Natur. Sie reichen von individuellen Lernstörungen über Probleme im Elternhaus bis zu innerschulischen Konflikten unterschiedlichster Art und Schwere. In den skandinavischen Ländern ist die Schulpsychologie als Teil des schulischen Unterstützungssystems systematisch ausgebaut mit Relationen von im Schnitt 800 bis 1000 SchülerInnen pro Schulpsychologe. Verglichen damit verharrt Deutschland auf dem Stand eines schulpsychologischenEntwicklungslandes. Bundesweit kommt ein Schulpsychologe auf ca. 16.000 SchülerInnen (incl. gehörender Lehrkräfte). Zwar sehen die Schulgesetze einen anspruchsvollen Aufgabenkanon des schulpsychologischen Dienstes vor, einschließlich präventiver Arbeit. Angesichts der Personalausstattung sind diese Zielstellungen jedoch ohne praktische Relevanz.[22]

Aktuelle Herausforderungen und die Reaktion der Bildungspolitik

Das deutsche Bildungssystem hat Stärken und Schwächen. Zu den Stärken gehört das Berufsausbildungssystem und auch das Hochschulwesen. Das deutsche nicht-akademische Berufsausbildungssystem gilt im internationalen Vergleich als relativ robust. Maßgebend hierfür sind institutionelle Faktoren. Einmal die Gliederung des Schulsystems und das auf den Bildungswegen der Haupt- und Realschule aufbauende System standardisierter Berufsausbildung. Dann die enge Koordination zwischen Politik, staatlichen Institutionen und privaten wie öffentlichen Arbeitgebern. Dieses hoch-regulierte gegliederte System kanalisiert qualifikationsgebunden den Übergang in den Arbeitsmarkt stärker und für Jugendliche auch reibungsloser als es in den skandinavischen Ländern (siehe unten) der Fall ist. Einerseits ist dies ein Vorteil. Er schlägt sich in dem Paradoxon nieder, dass die Jugendarbeitslosigkeit in Deutschland traditionell eine geringere Rolle spielt als in den

---

[22] Die Autorin hat auf den Webseiten der Landesbildungsministerien den Suchbegriff Schulpsychologie/Schulpsychologen eingegeben. Das Ergebnis dokumentiert die desolate Situation der Schulpsychologie. Teilweise gibt es keine Treffer (BB, RP; SL, SH…), Verweise auf Google (Bremen) oder es werden Links zu privaten Kooperationspartnern (Vodafone-Stiftung im Falle von Niedersachsen) angezeigt. Wo es Informationen gibt, sind sie nichtssagend. So liefert das Kultusministerium von NW Informationen zum Amoklauf in Emsdetten oder aktuell (28.05.2005) die Nachricht „16-Jährige erliegt Verletzung nach Messerattacke". Informationen zum schulpsychologischen Dienst dagegen:Fehlanzeige. Immerhin erfährt man, dass es im Hessischen Landtag eine Debatte zu Maßnahmen gegen Verrohung und Gewalt an Hessens Schulen gegeben hat **(**Landtagsdrucksache 16/5552: Landtagsbeschluss (http://www.bhs-hessen.de/pages/hinweise/hkm2.html). Ob daraus eine Personalaufstockung beim schulpsychologischen Dienst resultierte, bleibt offen. Aussagekräftige Informationen findet man lediglich für Berlin. Die 1 bis 2 Schulpsychologen, die es dort pro Bezirk gibt, machen jedoch deutlich, dass mehr als Krisenintervention nicht stattfindet. Für präventive Arbeit, wie sie in den Schulgesetzen als Aufgabenstellung formuliert ist (Hessischen Schulgesetz i.d.F. vom 2. August 2002 (GVBl. I S. 466), zuletzt geändert durch Gesetz vom 29. November 2004 (GVBl. I S. 330): § 95), braucht man eine ganz

skandinavischen Ländern, obwohl abgesehen von den Jugendlichen die Arbeitslosigkeit insgesamt und auch über alle anderen Gruppen gesehen deutlich höher ist.[23] Die Kehrseite besteht in der höheren sozialen Selektivität und einer stärkeren berufsfachlichen Einengung. Die soziale Selektivität verfestigt sich über eine Reihe kumulativer Entwicklungen. Betrachtet man den Lebenslauf eines Menschen, führt die Nichtexistenz flächendeckender Frühförderung, die dann nur geringe Phase gemeinsamen Lernens in der Grundschule und die frühe Zuweisung zu unterschiedlichen Bildungswegen mit darauf aufbauender Einmündung in standardisierte Ausbildungswege, die zu bestimmten Positionen im Erwerbssystem führen, zur Vererbung von Bildungs- und Erwerbschancen. Während sich die höheren Bildungsschichten über die Zutrittswege zur gymnasialen Oberstufe mit Abschluss Abitur und dann der Einmündung in Studiengänge an öffentlichen und privaten Hochschulen jeweils selbst rekrutieren und reproduzieren, scheitern begabte Kinder aus benachteiligtem Unterschichtenmilieu meist schon an den frühen Schwellen. Im Ergebnis bleiben die am Anfang des Prozesses, d.h. bei der Geburt bestehenden sozialen Ungleichheiten während der Bildungs- und der anschließenden Erwerbslaufbahn stabil. Neuere Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass sie sich von Schwelle zu Schwelle tendenziell sogar verstärken. (Hovestadt et al. 2007) Dass dies nicht so sein muss, dass es vielmehr möglich ist, Bildungsprozesse so auszugestalten, dass soziale Ungleichheit vermindert wird, zeigen die skandinavischen Länder. Die PISA-Studien haben dies offen gelegt.

Die ökonomische und gesellschaftliche Wirklichkeit ist heute grundlegend verschieden von den 50er oder 60er Jahren. Das deutsche Bildungssystem blieb gleichwohl in seinen Grundstrukturen über Jahrzehnte unverändert. Nun könnte man erwarten, dass nach dem PISA-Schock Reformen auf die Hebung des Gesamtniveaus wie die Minderung der Bildungsungerechtigkeit gerichtet sind und Strukturen, die dem entgegenstehen, in neue Strukturen überführt werden. Tatsächlich herrscht hektischer Reformaktivität. Vieles ist in Bewegung, das Bildungssystem wurde zur Reformbaustelle. Die Stichworte für aktuelle Reformen lauten: Abitur in 12 statt in 13 Jahren, Zentralabitur, mehr Selbständigkeit für Schulen und Hochschulen, Ganztagsangebote an Schulen, Schaffung von Mittel- oder

---

andere Personalausstattung. Immerhin, Baden-Württemberg hat 50 neue Stelle ausgeschrieben (Bewerbungsschluss: 31.5.2007). Wie danach der Personalschlüssel aussieht: keine Information.

[23] Allerdings sind die in den 90er Jahren entwickelten Strategien nicht ohne Erfolg geblieben. In besonderem Maße gelang Dänemark die Reduktion der Jugendarbeitslosigkeit. Dort wie auch in Island liegt sie niedriger als in Deutschland, in Finnland und Schweden dagegen höher (OECD nach Graphik in FR. Nr. 121 v. 26.5.2006, S. 26.)

Sekundarschulen, die teilweise an die Stelle bisheriger Haupt- und Realschulen treten, Reduktion der Zahl dualer Ausbildungsberufe usw.

Angesichts der Vielzahl von Reformen darf nicht übersehen werden, dass diese auch einer Abwehrstrategie folgen. So verfügen die Länder über weitgehende Gestaltungsmöglichkeiten. Sie könnten das deutsche Bildungssystem beginnend ab der frühkindlichen Bildung und Erziehung auf ein neues Fundament stellen. Abschaffung des gegliederten Schulsystems durch einen Systemwechsel zur Neun- oder 10jährigen Gemeinschaftsschule mit Ganztagsbetrieb, Ausbildungsoffensive für LehrerInnen in Elementarpädagogik (Einrichtung von Studiengängen für KindergartenlehrerInnen und Kleinkindpädagogen), Neuausrichtung der LehrerInnenausbildung durch Stärkung der pädagogischen, didaktischen und Teamworkkompetenz, massive Verbesserung der Finanzausstattung durch eine veränderte Finanzpolitik, Unterstützung und Entlastung des Lehrpersonals durch die Einstellung professioneller Kräfte in den Bereichen Schulpsychologie, Schulgesundheit, Coaching usw. sind wichtige Stichworte. Derartige grundlegende Reformen finden aber nicht statt.

Privatsektor und Vermarktlichung

Unterdessen gibt es eine Fluchtbewegung gut situierter Eltern aus dem staatlichen Schulsystem. Seit 1992 stieg die Zahl der Privatschüler um 52 Prozent auf (Schuljahr 2005(2006) 873.000. Von den 12,3 Millionen Schülern wird damit rund jeder 14. Schüler an den mittlerweile über 4600 Privatschulen unterrichtet, teilte das Statistische Bundesamt in Wiesbaden Ende 2006 mit.[24] Obwohl der Privatsektor starke Zunahmen verzeichnet, ist der Anteil von SchülerInnen, die gegenwärtig eine Privatschule besuchen, mit bundesweit 6,7 Prozent und einer Spannweite zwischen den Bundesländern von 3,6 Prozent in Schweswig-Holstein bis 10 Prozent in Bayern im internationalen Vergleich immer noch sehr gering.[25] Die skandinavischen Länder liegen abgesehen von Dänemark, wo 2005 knapp 12 Prozent der SchülerInnen eine Privatschule besuchten, mit Werten zwischen ein bis zwei Prozent (Finnland, Island, Norwegen) und gut 6 Prozent (Schweden) etwas niedriger.

Private Nachhilfe spielt in Skandinavien nur eine marginale Rolle. Diese Gesellschaften erachten es als Aufgabe der Schule, SchülerInnen mit Leistungsproblemen innerhalb der

---

[24] Zitiert nach Financial Times Deutschland (FTD) vom 23.11.2006

[25] In der EU haben Privatschulen in den Niederlanden (76,4 %), Belgien (56,5 %) und Großbritannien (40,6%) eine besonders hohe Bedeutung. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 15,1 %. Zitiert nach dem Focus-Bericht „Das Super-Abi als Ziel" (Beitrag von Esser/Henkel et al.), in: Focus Nr. 17 v. 23.4.2007, S. 50 – 64.

Schule die nötigen Förderungen zukommen zu lassen. Eine Spaltung dahin gehend, dass Kinder der Mittel- und Oberschicht Vorteile durch private Nachhilfe erhalten, die Unterschichteltern schon rein finanziell ihren Kindern nicht zukommen lassen können, würde als Widerspruch zu grundlegenden Wohlfahrtsnormen wahrgenommen. In Deutschland dagegen ist private Nachhilfe traditionell akzeptiert und nicht zuletzt dank PISA ein Wachstumsmarkt. Nachhilfe findet in informellen und formellen Kontexten statt. Das bedeutet: Es gibt wenig Transparenz. Vorliegende Studien kamen bereits in den 90er-Jahren zu dem Ergebnis, dass etwa ein Fünftel der Schülerinnen und Schüler ab dem Alter von 11 Jahren Nachhilfe in Anspruch nahmen (Rauschenbach u.a. 2004: 337; Hurrelmann 1996: 38). Nach Hurrelmann (ebd.) wird Nachhilfe im Wesentlichen von zwei verschiedenen Schülergruppen in Anspruch genommen: von solchen, die akut versetzungsgefährdet sind, und von solchen, die mit längerfristiger Nachhilfe einem möglichen Leistungsabfall vorbeugen wollen. Tendenziell nimmt sowohl die Zahl der Nachhilfeschülerinnen und -schüler als auch die der kommerziellen Nachhilfeangebote zu.

b) Gesundheitssystem

Allgemeines: Basisentscheidungen und Grundstruktur

Den Anker für das deutsche Gesundheitssystem und seine Entwicklung über einen Zeitraum von über 100 Jahren setzten zwei Basisentscheidungen:

1. *Basisentscheidung hinsichtlich der Finanzierung*

Das Fundament wurde 1883 gelegt, als im Deutschen Reichtag ein Gesetz angenommen wurde, das für bestimmte Gruppen von Arbeitnehmern den Abschluss einer durch Beiträge der Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber solidarisch zu finanzierenden Krankenversicherung verpflichtend machte. Mit der Einführung dieses sogenannten Bismarck-Systems war Deutschland international Vorreiter bei der Schaffung eines landesweiten Sozialversicherungssytems. 1901 wurde es in zwei separate Systeme für Arbeiter und Angestellte geteilt, um so dem wachsenden Einfluss der Sozialdemokratie in der damals noch nicht paritätisch, sondern überwiegend (zu zwei Dritteln) durch Arbeitnehmerbeiträge finanzierten Krankenversicherung entgegenzutreten und für Angestellte ein Exklusivsystem mit Möglichkeiten der freiwilligen Versicherung zu schaffen (Busse/Riesberg 2004: 14). Ohne Berücksichtigung der Sonderstellung von Beamten, bildet diese Entscheidung die Grundlage für ein bis heute bestehendes Mehrklassen-Finanzierungssystem: Arbeiter werden resp. wurden (bis 1995) allgemeinen Kassen zugewiesen; Angestellte haben Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Kassen; Erwerbstätige, die bestimmte Einkommensgrenzen überschreiten, haben zusätzlich die Möglichkeit, außerhalb des Solidarsystems eine private Vollversicherung zu wählen. Der Übergang von der Industriegesellschaft zur Dienstleistungsgesellschaft machte Mitte der 90er Jahre eine Anpassung notwendig. Statt das Mehrklassen-Finanzierungssystem durch eine allgemeine Krankenversicherung zu ersetzen, wurde für die Pflichtversicherten ein Kassen-Wahlrecht eingeführt. Bislang den Angestellten vorbehaltene Kassen können nun auch von Arbeitern gewählt werden und umgekehrt. Das Mehrklassenfinanzierungssystem wurde so nicht überwunden, sondern reproduziert sich auf einer neuer Basis, bei der die Kassen nun im Wettbewerb um die jeweils besten Risiken stehen.

2. *Basisentscheidung hinsichtlich der ambulanten Leistungserbringung*

Die Leistungsseite des Systems war zunächst als Mischsystem aus gewinnorientierten, freigemeinnützigen und öffentlichen Leistungsanbietern ausgeprägt. Die Marktmacht lag bei den Kassen. Faktisch verfügten sie über ein Vertragsmonopol. Es war Ergebnis des Einzelvertragsrechts, bei dem Ärzte je separat mit Kassen Honorarverträge abschlossen. Bei den niedergelassenen Ärzten führte dieses System zu großem Unmut und ständigen Auseinandersetzungen mit den Kassen. Aus diesem Machtkampf gingen die Ärzte als Sieger hervor, denn in der Endphase der Weimarer Republik wurde ihnen der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung übertragen und es kam zur Gründung von regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen,[26] die vom Staat mit der Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags betraut wurden. Während der Zeit des Nationalsozialismus (Verordnung vom 2. August 1933 - RGBl. 567) wurden einerseits die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschafft und eine vom faschistischen Staat gelenkte einheitlich-deutsche Kassenärztliche Vereinigung gebildet. Andererseits wurde der den niedergelassenen Ärzten übertragene Sicherstellungsauftrag zu einem Monopol ausgebaut, indem den überwiegend öffentlichen und frei-gemeinnützigen Krankenhäusern die Erbringung fachärztlicher ambulanter Leistungen untersagt und die ambulant tätigen Ärzte mit der alleinigen Regelung ihrer Zulassung betraut wurden (Busse/Riesberg 2004: 20f.). Im Ergebnis war es den freiberuflich tätigen niedergelassenen Ärzten gelungen, die anfängliche Kassenübermacht zum eigenen Vorteil umzukehren. Der Zusammenbruch des Faschismus und die Verstrickung der verfassten Ärzteschaft mit dem faschistischen Regime hätte nach 1945 die Möglichkeit geboten, gemäß britischem Vorbild das Beveridge-Modell zu übernehmen. Fortgeführt wurde jedoch nicht nur die im Kaiserreich und in der Endphase der Weimarer Republik angelegte Traditionslinie. Auch das während der Zeit des Nationasozialismus zulasten der Kassen ausgebaute Monopol der niedergelassenen Ärzteschaft blieb unangetastet.

Das deutsche Gesundheitssystem bewegt sich bis heute in der durch die beiden Basisentscheidungen vorgeprägten Traditionslinie. Es ist kein staatliches, sondern ein von überwiegend privaten Leistungserbringern und Krankenkassen (Gesetzliche und private Vollkrankenversicherungen) selbst organisiertes System, das der politischen Steuerung unterliegt. Die wesentlichen Strukturprinzipien sind Solidarität im Bereich der Pflichtversicherung, Sachleistung, paritätische Finanzierung, Selbstverwaltung und Pluralität. Ein direkt an den Staat adressiertes Recht der BürgerInnen auf die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen sieht dieses System nicht vor. Der Staat gewährleistet, leistet aber nicht selbst. Die Leistungsaufgabe obliegt der Selbstverwaltung. Sie setzt sich aus den ambulanten und stationären Leistungserbringern sowie den für die Finanzierung zuständigen Kassen zusammen. Ihr staatlicher Auftrag ist es, bezahlbare Medizin in guter Qualität für jeden sicherzustellen. Dies für die Pflichtmitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in einem solidarisch geprägten Rahmen, während die privat Versicherten (gut 10 Prozent der Bevölkerung) nicht in das Solidarsystem einbezogen sind. Organisation und Aufgaben der GKV sind rechtlich im Wesentlichen durch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgelegt.[27] Das System der gesetzlichen Krankenversicherungen folgt dem deutschen Sozialstaatsmodell mit seiner statusbezogenen Erwerbsarbeitszentrierung. Die Einführung von begrenztem Wettbewerb brachte hier eine gewisse Lockerung, denn mit dem Gesundheitsstruktur-Gesetz von 1993 wurde die freie Kassenwahl

[26] Die vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutz des inneren Friedens vom 8. Dezember 1931 (RGBl. 699) sah in § 1 den Abschluss von Gesamtverträgen zwischen Kassen und kassenärztlichen Vereinigungen vor. Die Verordnung über kassenärztliche Versorgung vom 14. Januar 1932 (RGBl. I S.19) passte die §§ 368- 373 RVO (Reichsversicherungsordnung) dem neuen Rechtszustand an. 1931 und 1932 entstanden daraufhin die Kassenärztlichen Vereinigungen.

[27] Die Gesundheitsreformgesetze – 2003 das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) und 2007 das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) v. 26. März 2007 (BGBl. I, S. 378) - werden nach ihrer Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in das Sozialgesetzbuch V eingefügt.

eingeführt. Seither (seit 1996) können die Versicherten im Prinzip frei entscheiden, bei welcher Kasse sich sich versichern wollen. Das vorher starre Zuweisungssystem, das Arbeiter benachteiligte, wurde aufgehoben. Als Aufgabe der GKV formuliert das SGB (§ 1): „*Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.*"

Ein Versicherungssystem finanziert sich durch Beiträge der Versicherten. Bei einer solidarischen Pflichtversicherung wie der GKV berechnen sich die Beiträge nach dem Einkommen des Versicherten und nicht nach Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen oder gesundheitlichen Risiken. Als Pflichtmitglieder sind in die GKV allerdings nur die Erwerbstätigen (Arbeitnehmer und einige Gruppen von Selbständigen) einbezogen, deren Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Außerdem wird das Einkommen der Mitglieder nur bis zu einer bestimmten Beitragsbemessungsgrenze (2007: 42.750 Euro jährlich resp. 3.562,50 Euro mtl.) herangezogen. Dies begrenzt die Umverteilungswirkung der solidarischen Krankenversicherung. Für eine private Kranken- und Pflegeversicherung können sich diejenigen entscheiden, deren Einkommen oberhalb gewisser Grenzen liegt. Seit dem 1.1. 2007 liegt die Versicherungspflichtgrenze bei 3.975 Euro/Monat resp. 47.700 Euro/Jahr (2006: 3.937,50 Euro/Monat, 47.250 Euro/Jahr). Bei einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze wechseln Erwerbstätige je nach Günstigkeitsabwägung zu einer privaten Krrankenversicherung oder bleiben als freiwilliges Mitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Ein wesentliches Abwägungskriterium ist der Umstand, dass Familienangehörige ohne eigenes Einkommen in der Gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert sind, während sie bei den Privaten Krankenversicherungen separat versichert werden müssen.

In seiner Grundstruktur ist das deutsche Gesundheitssystem also ein selbstverwaltetes Sozialversicherungssystems mit überwiegend privater Produktion. Dem Staat als Gewährleister obliegt die öffentliche Regulierung und Kontrolle. Dazu legt das Sozialgesetzbuch fest, welche Regelleistungen die Krankenkassen zu tragen haben (§ 11 SGB V) und welche Sonderleistungen sie anbieten können, die dann in ihrer Satzung festgelegt werden müssen. Neben den Versorgungsleistungen im Krankheitsfall existieren Festlegungen für eine Vielzahl weiterer Leistungen, die von Krankenkassen, niedergelassenen Ärzten und in einem engen Rahmen auch von weiteren Institutionen wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder sozialpädiatrischen Zentren zu erbringen sind. Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt Schutz- und Überwachungsaufgaben (Seuchenschutz; Überwachung der Einhaltung von Hygienevorschriften usw.) sowie Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention wahr. Infektionsschutz, Suchtprävention und die Aids-Beratung sind Stichworte. Dazu kommen Aufgaben im Rahmen des Kinder- und Jugendschutzes wie Kinderuntersuchungen (§ 26 SGB V), Schuleingangsuntersuchungen und der jugendpsychiatrische Dienst. Eine vergleichsweise neue Aufgabe stellt die Verhütung von Zahnerkrankungen nicht nur durch Maßnahmen der Individualprophylaxe in Praxen niedergelassener Zahnärzte (§ 22 SGB V), sondern auch durch gruppenprophylaktische Maßnahmen (§ 21 SGB V) des jugendzahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes dar.[28]

[28] § 21 SGB V weist den Krankenkassen die Aufgabe zu, „im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen" über Rahmenvereinbarungen „einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen." Die Maßnahmen sollen flächendeckend zum Einsatz kommen und werden in Schulen mit überdurchschnittlichem

Akteure und institutionelle Verfasstheit

Bei einem politisch regulierten Selbstverwaltungssystem wie dem deutschen Gesundheitssystem stellt sich die Frage nach den Akteuren und ihrer Stellung im Gesamtsystem. Gestaltungsmacht besitzen auf staatlicher Seite das Bundesgesundheitsministerium und für den Bereich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes das Verbraucherschutzministerium mit ihren jeweiligen nachgeordneten Behörden; die Landesgesundheitsministerien mit Gesetzgebungs- und Planungskompetenz für Krankenhäuser und Universitätskliniken und auf kommunaler Ebene in einem sehr reduzierten Sinne auch die Gesundheitsämter/öffentlichen Gesundheitsdienste.[29] Die Entscheidung darüber, was aus den Rechtsakten des Bundesgesetzgebers in der Praxis wird, treffen gemäß ihrer jeweiligen partikularen Eigenlogik die Verbände der Selbstverwaltung, die im engeren Sinne Leistungserbringer und die einschlägigen Industrien, wozu neben Pharmaindustrie und Medizintechnik zunehmend börsennotierte private Klinikkonzerne zählen. Am Rande dieses Systems agiert ein weitgefächerter Kreis sonstiger nichtstaatlicher Akteursgruppen. Über originäre eigene Machtressourcen verfügen diese Akteursgruppen nicht. Sie sind darauf angewiesen, ihre Interessen in den gesellschaftlichen Meinungsbildungsprozess zu Fragen der Gesundheit einzubringen. Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich auf die nicht-staatlichen Akteure, die über originäre Machtressourcen (Gestaltungsmacht, Verhinderungsmacht, Deutungsmacht usw.) verfügen.

Die *gewichtigsten nicht-staatlichen Akteure* im deutschen Gesundheitssystem sind:[30]

- *Ärzteschaft*[31] *mit Bundesärztekammer (BÄK) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK)* als Spitzenorganisationen der ärztlichen Selbstverwaltung. Die ärztlichen Dachorganisationen vertreten als Arbeitsgemeinschaften der deutschen Ärzte- resp. Zahnärztekammern [32] die berufsständischen Interessen[33] der 406.974 Ärzte (Stand: 31.12.2006) und

---

Kariesrisiko der Schüler bis zu deren 16. Lebensjahr durchgeführt. Das Gegenstück zu dieser Rechtsvorschrift findet sich in den Landesgesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst. So nehmen nach dem Niedersächsisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) vom 24.3.2006 (Nds.GVBl. Nr.11/2006 S.178) - VORIS 21061 - Landkreise und kreisfreie Städte die Aufgaben der zuständigen Stellen für die Zahngesundheitspflege nach § 21 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs wahr (§ 5 Abs. 3). Im Rahmen der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (§ 5) sollen Landkreise und kreisfreie Städte gemeinsam mit Kindertagesstätten und Schulen „zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken". (§ 5 Abs. 1)

[29] Zur Aufteilung von Kompetenzen zwischen Bund und Ländern siehe bei Busse/Riesberg 2004 die Übersicht von Tabelle 7, S. 50f.

[30] Die Detailinformationen der nachfolgenden Darstellung sind den Webseiten der dargestellten Akteure entnommen (Zugriff erfolgte im Mai 2007). Die Adressen finden sich im Quellenverzeichnis.

[31] Innhalb der Ärzteschaft ist jede Arztgruppe (Internisten, Gynäkologen, Orthopäden) in einem eigenen Fachverband organisiert und darunter gibt es weitere Fachvereine. Nach Busse/Riesberg 2004 (S. 37) existieren über 140 Fachorganisationen. Beispiel: Die derzeit rd. 10.000 Kinder- und Jugendärzte aus Klinik, Praxis und öffentlichem Gesundheitsdienst bilden den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ). Neben standespolitischen Interessen setzt sich der BVKJ für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen ein und wirkt an der Erarbeitung der entsprechenden gesetzlichen Grundlagen mit. In ähnlicher Weise nehmen die verschiedenen anderen Facharztgruppen ihre und die Interessen ihres Fachs wahr. Außerdem gibt es Dachverbände etwa der Hausärzte oder der Fachärzte. Sie vertreten übergeordnete Fach- und Standesinteressen.

[32] Nach § 1 des Satzung der Bundesärztekammer von 2001 (Fassung angenommen auf dem 104. Deutschen Ärztetag 2001) bilden folgende 17 Ärztekammern die Arbeitsgemeinschaft: Die Landesärztekammer Baden-Württemberg, die Bayerische Landesärztekammer, die Ärztekammer Berlin, die Landesärztekammer Brandenburg, die Ärztekammer Bremen, die Ärztekammer Hamburg, die Landesärztekammer Hessen, die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, die Ärztekammer Niedersachsen, die Ärztekammer Nordrhein, die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, die Ärztekammer des Saarlandes, die Sächsische Landesärztekammer, die Ärztekammer Sachsen-Anhalt, die Ärztekammer Schleswig-Holstein, die Landesärztekammer Thüringen und die Ärztekammer Westfalen-Lippe.

81.792 Zahnärzte (Stand: 31.12.2005)[34]. Beide Arbeitsgemeinschaften wirken am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft sowie durch Unterstützung der Arbeit der regionalen Kammern mittelbar auch an der Erfüllung gesetzlicher Aufgaben mit. Die Kammergesetze der Länder verpflichten die Angehörigen der sogenannten verkammerten Berufe zur Mitgliedschaft in ihren regionalen Apotheker-, Zahnärzte- oder Ärztekammern. Der einzelne Arzt resp. Zahnarzt gehört der Bundesärztekammer resp. Bundeszahnärztekammer lediglich mittelbar über die Pflichtmitgliedschaft in seiner Kammer an. Anders als die regionalen Kammern sind die Dachorganisationen eingetragene Vereine. Im Bereich von Weiterbildung und Qualitätssicherung nehmen sie übergreifende Aufgaben wahr, bringen eigene Publikationsorgane heraus und unterhalten Forschungsinstitute. So ist die Bundesärztekammer Herausgeber des Deutschen Ärzteblattes und unterhält gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

- *Die Kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen* in den bundesweit 17 (KBZ: 18) KV-Bezirken. Diese Selbstverwaltungsorgane sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert. Alle Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die zur ambulanten Behandlung von Kassenpatienten zugelassen sind, gehören ihnen automatisch an. Die KVen haben mehrere Funktionen. Zum einen liegt ihre Aufgabe in der Erfüllung der ihnen durch das SGB-V übertragenen Aufgaben (§ 77 SGB V), vor allem der Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung (§ 75 SGB V). Hier sollen sie gemeinsam mit den Krankenkassen dafür sorgen, dass die Versorgung "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" erfolgt. Zum anderen regeln sie die Honorarverteilung auf die Kassenärzte (Ärzte und Psychotherapeuten) in ihrem Verbandsgebiet und vertreten deren wirtschaftliche Interessen gegenüber den Krankenkassen. Übertragen hat ihnen der Gesetzgeber auch die Aufgabe, über die Pflichterfüllung der Vertragsärzte zu wachen (§ 75 SGB V Abs. 2). Die KVen unterstehen der Aufsicht des für ihren räumlichen Bereich zuständigen Landesgesundheitsministeriums.

- *Die Kassenärztliche und kassenzahnärztliche Bundesvereinigung* als Dachorganisationen für die auf Landesebene tätigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen und KZVen). Die KBV und die KZBV sind Beratungsgremien der Landes-KVen ohne Weisungsbefugnis. Sie schließen die Bundesmantelverträge ab, unter anderem zur Vereinbarung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs, der Qualitätssicherung der ärztlichen Tätigkeit und der Einzelheiten der ärztlichen Kassenabrechnung. Außerdem führen sie die Bundesärzteregister und die Abrechnungsstatistik. Beide Dachorganisationen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts (K.d.ö.R.) und unterstehen der Aufsicht des Bundesgesundheitsministeriums.

- *Die gesetzlichen Krankenkassen sind als Körperschaften öffentlichen Rechts* mit Selbstverwaltung die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie unterliegen der Aufsicht der jeweils zuständigen Ministerien auf Bundes- und Landesebene. Es gibt verschiedene Kassenarten, die bundesweit oder regional organisiert sind. Traditionell besteht eine Dreiteilung in die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen (BKK)[35] und die Innungskrankenkassen (IKK) als primäre Krankenkassen, die Ersatzkas-

---

[33] Das Ziel dieser Interessenwahrnehmung wird auf der Webseite der Bundeszahnärztekammer wie folgt definiert: „Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e.V…vertritt die gesundheits- und standespolitischen Interessen des zahnärztlichen Berufsstandes. Ihr oberstes Ziel ist der Einsatz für ein freiheitliches, zukunftsorientiertes Gesundheitswesen, das den Patienten in den Mittelpunkt der zahnärztlichen Bemühungen stellt, und in dem sich das Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patienten frei von Fremdeinflüssen entwickeln kann".

[34] Hierin enthalten sind neben den praktizierenden Ärzten auch solche, die nicht als Ärzte tätig sind. Bei den Zahnärzten z. B. gab es zum 31.12.2005 56.113 niedergelassene, 9.094 anderweitig tätige (Kliniken, öffentlicher Gesundheitsdienst) und 16.585 nicht zahnärztlich tätige Zahnärzte.

[35] Die rd. 180 Betriebskrankenkassen mit acht Landesverbänden und einem Bundesverband – sie versichern als drittgrößte GKV-Kasse etwa 14 Millionen Menschen (incl. der mitversicherten Familienmitglieder) – blicken

sen (Deutsche Angestellten Krankenkasse – DAK; Barmer Ersatzkasse – BEK, Techniker Krankenkasse – TK, Gmünder Ersatzkasse – GEK…) und einige Spezialkassen (eine See-Krankenkasse, mehrere landwirtschaftliche Krankenkassen, die Knappschaft für Bergleute). Mit der Einführung der freien Kassenwahl ab 1996 hat diese Unterscheidung an Bedeutung eingebüßt. Wählbar sind heute die AOK des Beschäftigungs- oder Wohnorts, jede Ersatzkasse, die für den Beschäftigungs- oder Wohnort zuständig ist, die Betriebs- oder Innungskrankenkasse des Betriebs, dem der Erwerbstätige angehört und jede geöffnete BKK/IKK, die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft oder Familienmitversicherung bestand oder die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist. Die Zahl der Krankenkassen hat sich seit Anfang der 90er Jahre stark vermindert von 1.209 (1991) auf heute unter 250 (Anfang 2007: 242). Hintergrund sind Fusionen innerhalb der verschiedenen Kassen. Allein innerhalb der größten Krankenversicherung, der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), die mit allerdings Schrumpfungstendenz mehr als 25 Millionen Menschen versichert (Marktanteil: rd. 37 Prozent), sank die Zahl von 276 Ortskrankenkassen 1991 auf jetzt noch 16.[36] Die auf regionaler Ebene selbständigen Krankenkassen sind auf Bundesebene zu Bundesverbänden, die als politische Dachorganisationen fungieren, zusammengeschlossen. Die Spitzenverbände arbeiten eng zusammen. Sie haben hierzu Arbeitsgemeinschaften gebildet. Die Krankenkassen finanzieren sich hauptsächlich aus Mitgliedsbeiträgen (Versicherte und deren Arbeitgeber). Ihre Beitragssätze legen sie autonom in ihren Satzungen fest. 2006 lag die Spannweite zwischen 12 -16 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze.[37]

- *Die privaten Krankenversicherungen nehmen intermediär über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) Einfluss.* Der Verband hat 48 ordentliche Mitglieder und ein außerordentliches Mitglied; zwei Unternehmen stellen verbundene Einrichtungen dar. Die ordentlichen Mitglieder vertreten über 99 Prozent des gesamten PKV-Marktanteils. Zweck des Verbandes ist die Vertretung und Förderung der Allgemeininteressen der privaten Krankenversicherung und seiner Mitgliedsunternehmen. Zudem hat er die Funktion, die PKV-Position in sozialpolitischen Entscheidungen durch fachliche Stellungnahmen und Teilnahme an Anhörungen im nationalen und europäischen Gesetzgebungsverfahren einzubringen und die Mitgliedsunternehmen in Grundsatzfragen der Tarifgestaltung, z.B. bei Einführung neuer Tarife wie der Pflegepflichtversicherung, zu beraten. 2005 bestand für 8,373 Mio. Personen eine Krankheitsvollversicherung, für 9,164 Mio. Personen eine Pflegeversicherung und für 17,088 Mio. GKV-Mitglieder eine private Zusatzversicherung.

- *Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)* wurde durch das Anfang des Jahres 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) geschaffen.[38] Rechtsgrundlage bildet der § 91 des V. Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V). Der

---

auf eine Geschichte von mehr als 150 Jahren zurück. Sie sind die älteste solidarische Krankenkasse, verlieren aktuell jedoch genauso wie die AOKen und die Ersatzkassen Marktanteile. Nach einem Bericht des Ärzteblattes vom 11. Mai 2007 konnten die Innungskrankenkassen (IKK) ihre Mitgliederzahl im ersten Quartal 2007 um 186.240 auf 3,89 Millionen steigern, während die Betriebskrankenkassen (BKK) 53.228 Mitglieder verloren und damit aktuell (Frühjahr 2007) nur noch 9,84 Millionen Mitglieder (ohne mitversicherte Familienmitglieder) zählen. Als Grund werden die vergleichsweise niedrigen Beitragssätze der IKKen genannt.

[36] Die Regionalkassen müssen nicht deckungsgleich sein mit Bundesländern. So gibt es die AOK Westfalen-Lippe und die AOK Rheinland/Hamburg. Andererseits haben zum 1. Juli 2006 die Kassen von Rheinland und Hamburg fusioniert. Eine weitere Fusion über Landesgrenzen hinweg ist für den 1. Januar 2008 geplant; AOK Thüringen und die AOK Sachsen wollen sich zusammenschließen.

[37] Zum 1. Januar 2007 lagen die Beitragssätze bei den AOKen zwischen 12,9 % (Sachsen) und 15,8 % (Berlin und Saarland): http://www.aok-bv.de/aok/daten/index.html. Bei der DAK liegt der allgemeine Beitragssatz seit dem 1. Januar 2007 bei 14,5 Prozent bei einer Spannweite von 13,6 bis 15,8 Prozent.

[38] Der Gemeinsame Bundesausschuss ersetzt die bisher vier nebeneinander tätigen Ausschüsse: - Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen - Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen - Koordinierungsausschuss - Ausschuss Krankenhaus.

GBA wird als Gremium der ärztichen Selbstverwaltung von der KBV zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Bundesverbänden der Krankenkassen gebildet. Im Ausschuss wirken auch Patientenvertreter mit, allerdings nur mit beratender Stimme. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann als das wichtigste und zentralste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen angesehen werden. Er trifft vielfältige Entscheidungen zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung. Unter anderem konkretisiert er den GKV-Leistungskatalog gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot, legt also die Leistungen fest, die von Krankenkassen bewilligt und von Leistungserbringern bewirkt werden dürfen. Daneben ist er mit Qualitätssicherung und Qualitätsmanagementaufgaben betraut. Hierzu wird er fachlich vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beraten.

- *Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* wurde zum 1. Juni 2004 mit Sitz in Köln neu eingerichtet. Träger ist die Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit Sitz in Berlin. Die Funktion des neuen Instituts besteht vor allem darin, die wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungen des GBA zu erarbeiten. Zentrale Aufgabe: Es bewertet den Nutzen von Arzneimitteln und leistet die Bereitstellung von auch für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung. Bis zur Einrichtung des IQWiG gab es in Deutschland bezogen auf Arzneimittel keine unabhängige Prüfungsinstitution. Sobald die Genehmigung für neue Medikamente nach Prüfung der gesundheitlichen Unbedenklichkeit erteilt war, konnte die pharmazeutische Industrie die Preise frei festlegen und die Krankenkassen hatten sie bei ärztlicher Verschreibung zu bezahlen. Neben der Nutzenbewertung von Arzneimitteln erstellt das IQWiG zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren Expertisen und gutachterliche Stellungnahmen, die den weltweiten Wissensstand bewerten und auf dieser Basis Em-pfehlungen aussprechen etwa zu evidenzbasierten Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Erkrankungen, Disease-Management-Programmen und zu bestimmten Arzneimitteln. Quasi ist das Institut somit das Komplementärinstitut zum BGA. Es soll verhindern, dass sich dort rein interessengeleitete Positionen durchsetzen.[39] Damit folgt es der Entwicklung in anderen Ländern.[40] Seiner auch Kontroll-Funktion entspricht, dass das Institut nicht nur im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), sondern auch im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums tätig wird. Es fasst keine Beschlüsse, sondern gibt Empfehlungen ab, die der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt. Als beratende Gremien sind ein Kuratorium und ein wissenschaftlicher Beirat vorgesehen.

- Der *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*. Der Gesundheitssachverständigenrat hat nach § 142 Abs 2 SGB V den Auftrag, unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und der festgestellten Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswe-

---

[39] Dieser Intention entsprechend wurde die Leitungsposition besetzt. Leiter des IQWiG ist seit 1. September 2004 Professor Dr. med. Peter Sawicki. Der Diabetologe war zuvor Chefarzt am St.-Franziskus-Hospital in Köln und Mitherausgeber des pharmakritischen "Arznei-Telegramms". Peter Sawicki steht dafür, dass der Nutzen von Medikamenten durch empirische Studien nachgewiesen werden muss, statt lediglich festzustellen, dass sie nicht schädlich sind. Er wirbt dafür, dass diese Studien nicht von der interessegeleiteten Pharmazeutischen Industrie durchgeführt werden, sondern von neutraler staatlicher Seite, beispielsweise durch länderübergreifende Zusammenarbeit der großen europäischen Staaten. In einem ersten Gutachten stellte das IQWiG fest, dass Insulin-Analoga keinen Vorteil gegenüber herkömmlichem Insulin bieten. Daraufhin schloss der Gemeinsame Bundesausschuss die Analoga von der Erstattung der gesetzlichen Krankenkassen aus. Seitens vor allem der Pharmaindustrie wird seither daran gearbeitet, die Unabhängigkeit des Instituts, für die Herr Prof. Sawicki steht, zu unterminieren und die Spitze durch eine pharmaindustriefreundliche Persönlichkeit zu ersetzen.

[40] Die unabhängige Prüfung des Nutzens neuer von der Pharmaindustrie entwickelter Produkte erfolgt über eigene Institute u.a. auch in der Schweiz, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Neuseeland, den Niederlande und Österreich.

sens aufzuzeigen. Der Gesundheitssachverständigenrat ist mit seinen Gutachten seit Jahren ein wichtiger Impulsgeber für die zukunftsgerichtete Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Während die Träger der Selbstverwaltung jeweils nur ihrem sowohl fachlich wie ökonomisch verengten Patialinteresse folgen und die existierenden Institute (Robert-Koch-Institut - RWI, Paul-Ehrlich-Institut PEI, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG…) Einzelthemen bearbeiten, untersucht der Gesundheitssachverständigenrat komplexe Themenstellungen aus systematischem wie international vergleichendem Blickwinkel.

- *Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)* ist die Spitzenorganisation der ca. 53.000 deutschen Apothekerinnen und Apotheker. Verbandsziel ist die Wahrnehmung und Förderung der gemeinsamen Interessen dieses Heilberufes. Mitgliedsorganisationen der ABDA sind die 17 Apothekerkammern und 17 Apothekervereine/-verbände. Die Apothekerkammern sind in der Bundesapothekerkammer, die Apothekervereine/-verbände im Deutschen Apothekerverband zusammengeschlossen Die ABDA wirkt bei der Gestaltung des Arzneimittelwesens mit.

Zu den aufgeführten Akteuren gesellen sich weitere Akteursgruppen, von den rd. 80 Heilberufen (Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten...) über die Pflegeberufe und die Vertreter der Alternativmedizin bis zu den rd. 70.000 Patienten-Selbsthilfegruppen mit ihren rd. 3 Mio. Mitgliedern. Da die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe (Pflegeberufe, diverse Therapieberufe) im deutschen System freilich nur eine nachgeordnete Rolle spielen – logischerweise existieren hier auch keine Kammern – wird auf sie nicht im Detail eingegangen. Die nichtverkammerten Berufsgruppen haben mit Patientenorganisationen gemeinsam, dass sie auf sich alleine gestellt weder über Verhinderungs-, noch über Gestaltungsmacht verfügen. Sie können lediglich versuchen, durch geschickte Vernetzung Macht von unten aufzubauen, an denen die Systemakteure dann auch nicht mehr vorbeigehen können. Auf der anderen Seite sind Patientenorganisationen der Gefahr ausgesetzt, von mächtigen Interessenvertretern oder auch der Pharmaindustrie instrumentalisiert zu werden.[41] Die Pharmaindustrie ist im Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. organisiert.

Leistungen und Finanzierung

Abgesehen von der Arbeitslosenversicherung, die in Dänemark, Schweden und Finnland zusammen mit den Gewerkschaften organisiert ist, sind die in den skandinavischen Ländern existierenden Sozialversicherungssysteme hochintegriert. Es gibt Einheitssysteme, die alle Einwohner unabhängig von ihrem Berufsstatus einschließen. Dem steht in Deutschland ein kompliziertes Geflecht von Einzelsystemen (Renten-, Arbeitslosen-, Unfall-, Kranken- und Pflegeversicherung) gegenüber, die teilweise gleichen und teilweise unterschiedlichen Prinzipien folgen. Nicht einmal Kranken- und Pflegeversicherung bilden ein einheitliches System. Die Pflegeversicherung wurde als neuer Sozialversicherungszweig nach kontroverser Diskussion (vgl. Gesundheits-SVR 1995: 371ff.) überhaupt erst 1995 eingeführt mit einem Beitragssatz von zunächst 1 Prozent des versicherungspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze; er ist zwischenzeitlich auf 1,7 Prozent resp. 1,95 Prozent (Kinderlose) gestiegen. (Deutsche Bundesbank 2007a: 31) Die von den Pflegekassen erbrachten Leistungssätze differieren je nach der Pflegestufe, in die ein Pflegebedürftiger vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen eingruppiert wird und auch danach, ob Angehörige oder ein professioneller Dienstleister die Leistungen erbringen. Die Sätze reichen von 205 Euro im Monat bei Pflegestufe I bis 1.432 Euro in Stufe III (Härtefälle bis 1.918 Euro), sofern die Pflege durch

[41] Im besonderen Maße sind dieser Gefahr die Organisationen ausgesetzt, die Patienten mit (bislang) nicht heilbaren Krankheitsbildern versammeln. Sie sind für unrealistische Versprechen, die an bestimmte Medikamente oder Therapien geknüpft werden, empfänglich. Da sich Krankheitsbilder von Akuterkrankungen zu chronischen Erkrankungen verschieben, nimmt die Gefahr der Instrumentalisierung tendenziell zu.

einen ambulanten Dienst oder stationär erfolgt. Nach den Plänen der Großen Koalition sollen die seit 1995 unveränderten Sätze bis zum Jahr 2012 schrittweise ansteigen auf 450 Euro (Pflegestufe I) bis 1550 (Pflegestufe III). Der bislang starr in Minuten bemessene Betreuungsaufwand soll qualitativ verbessert werden. Der Missstand, dass altersverwirrte Menschen (Demenzkranke) bislang in hohem Maße durch das Raster fallen, soll behoben werden.[42]

Die Pflegeversicherung ist in ihrer heutigen Ausprägung keine Vollversicherung, sondern ausge-staltet als kompensatorisches System entlang des deutschen Denkens in Subsidiaritätsbeziehungen. Vor der Reform galt „freigemeinnützige Dienstleister kommen vor privaten und öffentlichen Dienstleistern"; nach der Reform gilt: „familiäre Laien-Pfleger kommen vor professionellen Pflegern jedweder Trägerschaft". Professionelle Pflege greift in dem errichteten Versicherungssystem für den Fall, dass die ideologisch hochgehaltene familiengebundene Pflege, für die Anreize und Geldleistungen gewährt werden, nicht zustande kommt. Zum Ergebnis dieser dem traditionellen deutschen Subsidiaritätsdenken folgenden Systementscheidung schreibt der Gesundheits-SVR (2005: Ziffer 534, S. 406): *„Angehörige und professionelle Pflegekräfte sind zu Konkurrenten geworden. Der bisher schon bestehende Konkurrenzkampf zwischen pflegenden „Laien-Frauen" und „professionellen Pflegefrauen" weitet sich auch auf monetäre Aspekte aus. Seit Einführung der Pflegeversicherung erleben Pflegekräfte ihre Arbeit durch knappe Zeitvorgaben als sehr eingeschränkt und sehen ihre berufliche Kompetenz und Identität durch die Aufwertung der Ehrenamtlichkeit abgewertet… Dies hemmt die dringend notwendige vertrauensvolle Zusammenarbeit".* Eine Reform der Pflegeversicherung, die eine stabile Finanzgrundlage schafft und die Leistungen zumindest bei mittelschwerer Pflegebedürftigkeit auf einen professionellen Standard bringt, ist überfällig, bislang aber nicht zustande gekommen. Wie auch vom Gesundheits-SVR (2005: 407) angesprochen, besteht gegenüber den skandinavischen Ländern wie auch gegenüber Großbritannien, Irland und den Niederlanden bei der Qualitätssicherung in der Pflege ein großer Entwicklungsrückstand. Er ist in den letzten Jahren nicht kleiner geworden.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) versichert rund 87 Prozent der Bevölkerung, darunter rd. 20 Millionen beitragsfreie Familienangehörige, 16,9 Millionen Rentner und 4,8 Millionen freiwillig Versicherte. Die Finanzierung erfolgt nach dem Umlageverfahren, d.h. die laufenden Ausgaben müssen durch die jeweils laufenden Einnahmen (Beiträge, vor allem) gedeckt werden. Für die Beitragsfinanzierung gilt zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern das Prinzip der Parität. In der jüngsten Zeit wurde es gelockert. Zum 1. Juli 2005 wurde ein Sonderbeitrag der Versicherten in Höhe von 0,9 Prozentpunkten für Zahnersatz und Krankengeld eingeführt; die Arbeitgeberbeiträge liegen seither um 0,9 Prozentpunkte niedriger als die der Arbeitnehmer. Dies kann als Einstieg in die Aufgabe der Parität durch Deckelung der Arbeitgeberbeiträge gewertet werden. Beiträge müssen anders als in den skandinavischen Ländern nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (BBG) entrichtet werden. Die Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung ist identisch. Sie beträgt für das Jahr 2007 unverändert zu 2006 bundeseinheitlich 42.750 Euro (3.562,50 € pro Monat). Liegt das Einkommen des Versicherten darüber, fällt für den übersteigenden Anteil des Einkommens kein Beitrag an. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze resp. Versicherungspflichtgrenze beträgt bundeseinheitlich 47.250 Euro (3.937,50 € pro Monat).

Zu den wichtigsten Aufgaben der Korporationen des deutschen Gesundheitssystems gehört die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Alle Versicherten haben den gleichen Leistungsanspruch, dessen Umfang im Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt ist. Die medizinisch-pflegerischen und therapeutischen Leistungen werden als Sachleistungen gewährt, zu denen die Versicherten gewisse Zuzahlungen leisten müssen. Der Leistungskatalog der GKV ist im Krankheitsfall umfassend und auch mit Blick auf Schwangerschaft, Impfprogramme, Früherkennungs- und Routineuntersuchungen im interna-

[42] Vgl. die Nachrichten vom 19.6. 2007 sowie die Printmedien vom 20.6.2007 (u.a. FR Nr. 140 v. 20.6.2007, S. 3)

tionalen Vergleich sehr umfangreich. Die Leistungen lassen sich unterteilen in Leistungen der Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, ihrer Verhütung (Empfängnisverhütung) oder künstlichen Herbeiführung (künstliche Befruchtung), Gesundheitsuntersuchungen, Leistungen der Versorgung bei Krankheit und Rehabilitation sowie sonstige Leistungen wie häusliche Krankenpflege, stationäre und ambulante Hospizleistungen etc. Zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen gehören zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen. Kinder und Jugendliche erhalten kostenfreie Leistungen, bei den Erwachsenen bewegen sich die Zuzahlungen in Abhängigkeit von der Art der Dienstleistung zwischen 25 bis 45 Prozent. Vergünstigungen existieren für diejenigen, die einmal jährlich ihren Zahnarzt zum Check-up aufsuchen. Einbezogen sind anders als in den skandinavischen Ländern (mit Ausnahme von Finnland) alle Altersgruppen. Bei der zahnärztlichen Versorgung existiert das am stärksten ausgeprägte Präventionssystem.

Zu den Leistungen der GKV leisten die Versicherten Eigenanteile und Zuzahlungen. Die Zuzahlung zu Arzneimitteln und Heilbehandlungen beträgt grundsätzlich 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, keinesfalls aber mehr als die Kosten des Mittels. Bei stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro fällig, für maximal 28 Kalendertage im Jahr. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten zuzüglich einer Gebühr von 10 Euro je Verordnung. Bei ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung ist eine Praxisgebühr von 10 Euro je Quartal zu entrichten. Die Zuzahlungen sind gedeckelt bei in der Regel maximal 2 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens, bei chronisch Kranken 1 Prozent. Darüber hinausgehende Beträge erstatten die Krankenkassen auf Antrag.

Um die unterschiedliche Versichertenstruktur (Alter, Geschlecht, Krankheitshäufigkeit und -schwere) der einzelnen Krankenkassen auszugleichen, wurde ab 1994 zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ein Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Er ist Dauerstreitpunkt zwischen den leistenden Kassen, bei denen sich die „guten" Risiken sammeln und den empfangenden Kassen, die sowohl viele Mitglieder mit geringem Einkommen wie auch viele multimorbide Mitglieder versichern. Mehrfach schon wurde er reformiert. Ziel ist ein sogenannter morbiditätsorientierter RSA, der sich an den tatsächlichen Erkrankungen der Versicherten orientiert. Der „Morbi-RSA" soll dafür sorgen, dass beim Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auch die Qualität der Gesundheitsversorgung eine Rolle spielt und nicht nur die Beiträge. In der RSA-Reform von 2002 war als Starttermin für den Morbi-RSA das Jahr 2007 vorgesehen. Bundestag und Bundesrat haben das Thema auf 2009 verschoben. Zu diesem Zeitpunkt soll auch die Reform der vertragsärztlichen Vergütung in Kraft treten.

Ambulante Versorgung und Ansätze für Prävention

Im ambulanten Bereich haben die niedergelassenen Ärzte den Auftrag, die Krankenversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Niederlassungs-Möglichkeiten der Ärzte, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen wollen, werden gesetzlich kontingentiert, um Über- und Unterversorgungen zu vermeiden. Die Steuerung obliegt der Selbstverwaltung über einen Zulassungsausschuss, dem neben den Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung auch die Krankenkassen angehören. Seit 2007 gibt es bei der Zulassungssteuerung eine größere Flexibilität. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) sieht Erleichterungen u.a. dadurch vor, dass zukünftig auch multidisziplinäre Praxen als örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern möglich sind. Sie können den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreiten. Zudem, ein Arzt kann eine Teilzulassung beantragen. Damit wird es möglich, dass er oder sie teilweise angestellt (Krankenhaus) und teilweise freiberuflich tätig ist. Aus der Zulassung als niedergelassener Arzt resultiert ein Versorgungsauftrag. Er oder sie kann die GKV-Zulassung aber auch zurückgeben und sich ausschließlich auf Privatpatienten und Selbstzahler konzentrieren.

Die Abrechnung von nach dem Sachleistungsprinzip ambulant erbrachten medizinischen Leistungen erfolgt nicht direkt zwischen dem Arzt und der zuständigen GKV. Die Krankenkassen schließen mit den jeweiligen KVen vielmehr Kollektivverträge ab, in denen die Gesamtvergü-

tung für den jeweiligen KV-Bezirk festgelegt ist. Die Gesamtvergütung deckt alle ärztlichen Leistungen zur Versorgung der GKV-Versicherten im Voraus ab. Innerhalb dieses Rahmens erfolgt die Abrechnung (Kassenliquidation) einzelner ärztlicher Leistungen mit der KV über ein Punktesystem, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Der Honorarverteilungsvertrag regelt mit u.a. Praxisbudgets, welche Vergütung der einzelne Arzt auf Basis der von den Gesetzlichen Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung und der von ihm abgerechneten Punkte letztlich erhält. Der Neigung von Ärzten, durch die Maximierung von Einzelleistungen das eigene Einkommen zu steigern, sind dadurch Grenzen gesetzt. Steigt die Leistungsmenge über die begrenzte Gesamtvergütung, sinken die ärztlichen Honorare je Leistung. Über diesen Punktwerteverfall führen Ärzte bei Diskussionsrunden regelmäßig beredt Klage. Ohne ein derartiges Begrenzungssystem wäre das deutsche System jedoch nicht bezahlbar, da sich große Teile der Ärzte im Zweifelsfall für den Einsatz auch von Leistungen entscheiden, die zwar medizinisch keinen Sinn ergeben, der Arztpraxis jedoch ein Zusatzeinkommen bescheren.[43]

Krankenhaussystem

Aktuell (2004) gibt es 2.166 Krankenhäuser. Hinsichtlich Träger/Eigentümer existiert eine Mischstruktur aus öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern. Während in der Vergangenheit private Träger eine minoritäre Rolle spielten, hat sich dies seit Anfang der 90er Jahre geändert. 1990 gab es im gesamten Bundesgebiet 2.447 Krankenhäuser. Davon waren 42,6 Prozent im öffentlichen Besitz. Diese Quote ist bis 2004 auf einen Anteil von nur noch knapp 31 Prozent gesunken.[44] Auch die freigemeinnützigen Träger haben an Gewicht eingebüßt. Stark zugenommen von 13,1 Prozent (1990) auf 20,5 Prozent hat gegenläufig der Anteil privater Krankenhäuser (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2006: 18). Zunächst blieben materielle Privatisierungen[45] auf Allgemeine Krankenhäuser und spezialisierte Einrichtungen beschränkt. Mittlerweile sind einige Bundesländer jedoch dazu übergegangen, auch Universitätskliniken in ihre Privatisierungsstrategien einzubeziehen.[46] Damit kommen sie den Interessen privater Klinikkonzerne entgegen, die nicht an der Übernahme kleiner Häuser der Regelversorgung, sondern am Aufbau von Ankerplätzen, um die herum sie Cluster anlegen können, interessiert sind. Universitätskliniken erfüllen diese Funktion und bieten zudem die Möglichkeit, auf Forschung und Lehre verstärkt Einfluss zu nehmen.

---

[43] Daher führten die in der Vergangenheit durchgeführten Reformen der Honorarordnung zu einem bestimmten ökonomischen Reaktionsmuster. Leistungen, bei denen die Vergütungssätze erhöht worden waren, wurden mengenmäßig stark ausgeweitet, ohne dass dafür ein medizinischer Grund plausibel gemacht werden konnte.

[44] Allerdings lag der öffentliche Anteil bezogen auf Betten 2004 noch bei 43,9 Prozent gegenüber 25,3 % bei den Privaten (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2006: 14). Die Zahl der Planbetten darf allerdings nicht überschätzt werden. Entscheidend sind die Leistungen, die erbracht werden.

[45] Es gibt unterschiedliche Stufen der Privatisierung. Rein rechtliche Privatisierungen (Wechsel in eine private Rechtsform) können die Vorstufe für eine materielle Privatisierung (Eigentümerwechsel) sein, dies ist aber nicht zwingend. Wenn in dieser Studie von Privatisierung die Rede ist, geht es um Privatisierung im materiellen Sinne.

[46] Als Vorreiter bei der Privatisierung von Universitätskliniken betätigte sich Hessen. Der börsennotierte Rhön-Klinikum-Konzern konnte 2006 das Universitätsklinikum Gießen/Marburg erwerben. Damit gehören dem Konzern 45 Krankenhäusern mit insgesamt 14.703 Betten (FR Nr. 92 v. 20.4.2007, S. 13). Ein weiterer großer Klinikkonzern ist die HELIOS Kliniken Gruppe mit Sitz in Berlin. Zu ihr gehören (Stand: Frühjahr 2007) 57 eigene Kliniken, darunter vier Maximalversorger in Erfurt, Berlin-Buch, Wuppertal und Schwerin. (http://www.helios-kliniken.de/de/Unternehmen/index.htm?highlightAdditionalId=1642). Auch Pharma-Konzerne (Fresenius, z. B.) sind bestrebt, relevante Teil des Gesundheitsmarktes durch Übernahme von Krankenhäusern und Aufbau ambulanter Versorgungszentren zu beherrschen. Sie sichern sich dadurch Absatzwege für ihre Arzneimittel.

Der Krankenhausbereich ist abweichend vom ambulanten Bereich nicht korporatistisch organisiert. Deshalb ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft auch keine öffentlich-rechtliche Körperschaft, sondern unterliegt als Verein privatem Recht. Dass der Krankenhaussektor anderen Prinzipien folgt als der ambulante Sektor zeigt sich vor allem an der Finanzierung. Seit 1972 besteht ein duales Finanzierungssystem (Busse/Riesberg: 24; 165). Für Investitionen sind auf Basis einer Krankenhausplanung die Bundesländer zuständig; für die Pflegesätze die Krankenkassen. Krankenkassen verhandeln Budgets dabei direkt mit den Krankenhäusern und nicht mit Korporationen wie im ambulanten Bereich. Seit geraumer Zeit kommen die Länder ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung jedoch nur ungenügend nach. Seit etwa Mitte der 90er Jahre wird eingebettet in die staatliche Kürzungspolitik ein schleichender Systemwechsel in Richtung einer monistischen Finanzierung betrieben, bei der die Krankenhäuser ihre Investitionen aus Überschüssen selbst erwirtschaften müssen. Der Rückzug der Länder aus der Investitionsfinanzierung wirkt als Hebel, um den Privatisierungsprozess voranzutreiben, weil die im Vergleich zu öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern meist kapitalkräftigeren Privat-Investoren als diejenigen aufgeboten werden, die den aufgelaufenen Investitionsstau endlich beenden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft beziffert den Investitionsstau mit 50 Mrd. Euro; die jährliche Lücke verglichen mit dem Bedarf betrage 4 Mrd. Euro.[47]

Zunächst freiwillig und seit 2004 verpflichtend, folgt die Abrechnung in Krankenhäusern nicht mehr über Pflegesätze, sondern über Fallpauschalen. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft rechneten Ende 2004 1.600 Krankenhäuser der Akutversorgung nach dem neuen Entgeltsystem ab. Die Krankenhäuser verbinden die Umstellung mit der Hoffnung, aus den kurzfristigen Kostendämpfungsaktivitäten, die sich über mehr als 10 Jahre hinzogen, herauszukommen. Die Kassen hoffen auf die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven und ein transparenteres System. Inwieweit diese Hoffnung begründet ist, kann derzeit nicht verlässlich eingeschätzt werden. Eines ist jedoch schon sicher: Auch das neue Entgeltsystem ist betrugsanfällig.[48]

Hauptziel der Gesundheitsreformen der zurückliegenden Dekaden war und ist die Stabilisierung des Beitragssatzes bei der GKV. Seit den 90er Jahren ist die Politik jedoch auch bemüht, strukturelle Veränderungen, mehr Wettbewerb und mehr Qualität durchzusezten. Hierzu gehört, dass die Krankenhäuser seit 2004 rechtlich zur Vorlage von Qualitätsberichten (§ 137 Abs. 1, Satz 3 Nr. 6 SGB V) verpflichtet sind. Die Berichte sollen Auskunft geben zu Strukturen und Prozessen. Ein Problem bei den Qualitätsberichten besteht darin, dass es unterschiedliche Informationsbedürfnisse gibt. Während sich die breite Öffentlichkeit hauptsächlich für Strukturdaten interessiert (Bettenzahl, Wartezeiten, High-tech-Ausstattung), interessiert die Krankenkassen, wie die Kostenstruktur ist; einweisende Ärzte sind an Daten zur Zahl der Eingriffe, zu Komplikationen und Mortalität interessiert:. Die Patienten wiederum wollen etwas wissen zur medizinischen und pflegerischen Qualität; auch Zimmerausstattung, Qualität des Essens und Freundlichkeit des Personals interessieren. Ein Qualitätsbericht in der Form einer Werbebroschüre dürfte für kritische Patienten kaum eine geeignete Orientierungshilfe sein. Sie erwarten aussagekräftige Indikatoren und den transparenten Umgang mit Schwachstellen

---

[47] Real liege die Investitionsfinanzierung der Länder heute um 44,3 Prozent unter dem Niveau von 1991. Vgl. Pressemitteilung „*Jedes Jahr fehlen 4 Milliarden Euro in Krankenhäusern*" der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 8.4.2007 mit Anlage.

[48] Ob mehr als das alte System ist reine Spekulation, weil es dazu keine Daten gibt. Immerhin beklagen zahlreiche Krankenkassen erhöhte Abrechnungen. Obwohl der Nachweis schwierig ist und innerhalb eines engen Zeitfensters vorgenommen werden muss, werden in großem Umfang Falschabrechnungen festgestellt. In Thüringen ergab die Überprüfung von 51.000 Krankenhausrechnungen des Jahres 2006, dass 20.400 Rechnungen überhöht waren. Eine Quote von 60 Prozent korrekter Rechnungen zeigt, dass im Fallpauschalen-System etwas gründlich schiefläuft. Durch die überhöhten Krankenhausrechnungen ist den Versicherten in Thüringen nach Angaben der Technikerkrankenkasse ein Schaden von über 22 Mio. Euro entstanden. Quelle: Pressemitteilung der Technikerkrankenkasse vom 13.4.2007: http://www.pr-inside.com/de/tk-sieht-millionenschaden-durch-ueberhoehte-r92835.htm

(Krankenhausinfektionen, Komplikationsraten, Einsatz schonender Verfahren…). Schwachstellen transparent zu machen, fällt jedoch den meisten Krankenhäusern schwer.

Problem fehlender integrativer Leistungserstellung

Eine Quelle unzureichender Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitssystem ist das weitgehende Fehlen integrativer Strukturen. Dies beinhaltet mehrere Aspekte:

- *Doppelte Facharztschiene*
- *Geringe Ausprägung einer Primärversorgung mit Lotsenfunktion durch Hausärzte*
- *Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Behandlungen nur im Ausnahmefall (Universitätskliniken, Notfallaufnahmen, wenige schwere Krankheitsbilder wie Aids, Muskoviszidose usw.)*

In welchem Umfang der Mangel an Integration zu suboptimalen Behandlungen und vermeidbaren Zusatzkosten führt, ist zwischen den Lobbygruppen strittig. Der Hausarztverband ist davon überzeugt, dass die doppelte Facharztschiene zu unnötigen Doppeluntersuchungen führt, folglich eine Quelle der Ressourcenvergeudung ist. Eine Fülle von Einzelbeobachtungen stützt diese Einschätzung und auch der SVR für das Gesundheitswesen sieht hier eine Quelle der Ineffizienz. Dagegen bestreitet ein Gutachten, das der Deutsche Facharztverband bei I-GES Institut für Gesundheit und Sozialforschung (Berlin) in Kooperation mit Prof. Bert Rürup eingeholt hat, das Entstehen von Zusatzkosten in relevantem Umfang. Verwiesen wird auf die mit 1,6 Fachärzten pro 1000 Einwohnern im internationalen Vergleich nicht besonders hohe Facharztdichte. Die stichprobenmäßige Abschätzung von Doppeluntersuchungen mit bildgebenden Verfahren habe ergeben, dass das diesbezügliche Einsparpotential überschätzt werde.[49]

Der Desintegration des deutschen Gesundheitssystems begegnet der Gesetzgeber mit einer widersprüchlichen Politik. Einerseits: Der Beitritt des Gebietes der ehemaligen DDR zur alten Bundesrepublik hätte die Möglichkeit geboten, die in der DDR auf kommunaler Ebene angesiedelten multidisziplinären Polikliniken fortzuführen. Die Sieger-Haltung der westdeutschen Politiker-Elite erzwang jedoch - mit Ausnahme weniger Restbestände in Berlin und Brandenburg – die Abwicklung der Polikliniken. Nach Angabe bei Busse/Riesberg (2004: 25) hatten in der Folge bereits 1992 91 Prozent der vormals in Polykliniken tätigen Ärzte ihre eigene Privatpraxis. Andererseits: Was Anfang der 90er Jahre abgewickelt wurde, kehrt nun über Umwege im neuen Gewand sogenannter Medizinischer Versorgungszentren sukzessive zurück auf die Gesundheitsbühne. Dahinter stehen diverse Anläufe des Gesetzgebers, Öffnungen für ein Mehr an Integration zu schaffen. Im Ergebnis sind es kleine Schritte, die je für sich gegen erhebliche Widerstände durchgesetzt werden müssen. So sollen psychiatrische Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung ermächtigt werden, wenn die Art der Erkrankung dieses nahe legt oder geeignete niedergelassene Ärzte wohnortnah nicht zur Verfügung stehen (SGB V – GKV § 118) und bei der sozialpädiatrischen Behandlung wurde eine Kann-Bestimmung geschaffen (SGB V – GKV 119). Einerseits ist für psychiatrische Behandlungen nunmehr (seit 2004) die Errichtung Medizinischer Versorgungszentren auch durch Krankenhäuser möglich, was in steigendem Umfang auch passiert; andererseits ist die Öffnung von Krankenhäusern der Regelversorgung für ambulante fachärztliche Behandlungen jedweder Art weiter blockiert resp. nur über Umwege möglich. Standard ist es lediglich an universitären Polikliniken. Hier ist der

---

[49] Durchgeführt wurde eine Sensitivitätsuntersuchung. Danach liegt das Einsparvolumen für die gesamte GKV im Bereich zwischen 63,6 Mio Euro und 325,4 Mio Euro. Diese enorme Spannweite zeigt, wie unsicher Abschätzungen in diesem Bereich sind. Quelle: IGES – Institut für Gesundheit und Sozialforschung (Berlin), PM „Überversorgung durch ambulant praktizierende Fachkräfte nicht nachweisbar" vom 18. April 2007 (Zugriff auf Webseite www.iges.de am 20.4.2007)

Zulassungsausschuss rechtlich verpflichtet, Institutionsambulanzen in dem für „Forschung und Lehre erforderlichen Umfang" zuzulassen (SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung § 117).

Patientenrechte, Patientensicherheit

Die Rechtsposition der Versicherten ist in Deutschland stark bei der Entscheidung für einen bestimmten Arzt oder ein bestimmtes Krankenhaus. Auch existiert Therapiefreiheit. Alternative Verfahren sind in stärkerem Maße als in den skandinavischen Ländern einbezogen in den Leistungskatalog. Im Behandlungsprozess selbst dagegen verfügen Patienten über eine weit schwächere Rechtsposition. Umfangreiche Rechte, wie sie in Norwegen oder Schweden ausgeprägt sind, existieren in Deutschland nicht. Auch existiert kein System der systematischen Vermeidung und Verminderung von Fehlerketten, die im Behandlungsprozess unerwünschte Ereignisse, im schlimmsten Fall den Tod des Patienten auslösen können. In Schweden wurde mit der Lex Maria ein solches System etabliert. Es schafft (vgl. unten) für alle Beteiligten ein hohes Maß an Sicherheit und Transparenz. Bislang gibt es in Deutschland gerade an dieser Transparenz kein Interesse. Dokumentiert (seit 1979) sind die von Patienten formal geltend gemachten Entschädigungsansprüche aufgrund von behaupteten Behandlungsfehlern. Erst seit 2006 werden diese Fälle jedoch ausschnittsweise einheitlich erfasst und bei der Bundesärztekammer in einer Bundesstatistik zusammengeführt. Der Ausschnitt bezieht sich auf die bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern aufgelaufenen Vorgänge. 2006 gab es dort 10.280 Anträge und 6.751 Sachentscheidungen; in 1.913 Fällen wurde ein Behandlungsfehler bejaht, in 4.767 Fällen verneint.[50] Da für Patientenbeschwerden jedoch auch andere Stellen zuständig sind oder sein können (Medizinischer Dienst der Kassen; Haftpflichtversicherungen, Gerichte) gibt es keine wirklich verlässlichen Daten, sondern nur Schätzwerte. Sie belaufen sich auf rd. 40.000 Patienteneingaben, einschließlich gerichtlicher Klagen. Anerkannt werden jährlich rd. 12.000 Behandlungsfehler mit Schwerpunkt in den Bereichen Chirurgie und Orthopädie, da dort der Nachweis einfach zu führen ist.[51] Das gesamte System ist orientiert an der Feststellung individueller Schuld. Darüber, was im ambulanten und stationären Bereich tatsächlich schief läuft von unzulänglicher Kommunikation bis zur Fehldosierung von Medikamenten, wie Fehlerketten entstehen und am Ende zu vermeidbaren Schäden bei Patienten führen können, gibt es keine Daten. Es existiert eine Null-Fehlermentalität, die in der Praxis die Vertuschung von Fehlern begünstigt, weil jeder Fehler, der dokumentiert wird, als Ausweis persönlichen Versagens interpretiert wird. Die Erkenntnis, dass von Fehlern nur gelernt werden kann, wenn sie systematisch offen gelegt werden, hält in den deutschen Medizinbetrieb nur ganz allmählich Einzug, indem einzelne Kliniken sich des Themas annehmen. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützen auf nationaler Ebene das aus der Schweiz übernommene anonyme Meldesystem CIRS-medical[52] Die Beteiligung daran hält sich jedoch in engen Grenzen.

Laufende Reformen

Das deutsche Gesundheitssystem ist eine Dauerbaustelle. Obwohl es schwer ist, über die Vielzahl von Gesetzesänderungen den Überblick zu behalten, kann doch ein übergreifender Impuls, aus dem sich die Reformen quasi nähren, ausgemacht werden. Der Politik

---

[50] Bundesärztekammer: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen - statistikjahr 2006: Tabelle 4, S. 4.

[51] Wenn bei einer Operation die gesunde Niere entfernt wurde statt der kranken Niere, das falsche Bein operiert wurde oder medizinisches Gerät im Körper verblieb, kann das Vorliegen eines Behandlungsfehlers kaum verneint werden.

[52] www.cirsmedical.ch/demo/cirs/cirs.php

geht es zum einen darum, das System ohne Änderung der Grundstrukturen und ohne dirigistische Eingriffe des Staates in den Selbstverwaltungskorporatismus so weiter zu entwickeln, dass es auf finanzierbarer Grundlage funktionsfähig bleibt. Zum anderen ist sie bestrebt, Anreize zu entwickeln, damit sich das System an neue gesellschaftliche Herausforderungen (Verschiebung bei den Krankheitsbildern von akuten zu chronischen Erkrankungen, Änderungen in der Alters- und Erwerbsstruktur…) anpasst. Der Steuerungsaufwand, den die Politik dabei betreibt resp. betreiben muss, ist verglichen mit den eher bescheidenen, den Intentionen der Politik nicht selten widersprechenden Ergebnissen enorm. Und er hat während der letzten 15 Jahre stetig zugenommen, wie anhand der Dichte, mit der seit einer Dekade eine „Gesundheitsreform" auf die andere folgt, leicht belegt werden kann (vgl. Busse/Reinberg 2004: 189ff.). Dieses Missverhältnis wirft die Frage auf, inwieweit das gewachsene korporatistische System überhaupt noch politisch steuerbar ist und welche Konsequenzen die Politik daraus zieht. Gegenstand der zurückliegenden Reformen waren einerseits sinnvolle Weiterentwicklungen des Leistungskatalogs und andererseits (seit den 70er Jahren) Kostendämpfungsmaßnahmen sowie Änderungen in der Finanzierungsstruktur (Ausweitung privater Zuzahlungen, vor allem). In erheblichem Umfang ging es vor allem in den letzten Jahren auch um die Bearbeitung der negativen Folgewirkungen des etablierten Selbstverwaltungssystems mit seinen abgeschotteten Teilsystemen, seiner Intransparenz, seinen Machtkämpfen zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, zwischen Fachärzten und Hausärzten usw.[53] Ein Leitstern und übergreifendes Hauptziel ist für die Politik seit vielen Jahren das Thema „Beitragsstabilität". Die Erfolge sind meist nur kurzfristiger Natur. Unterschiedlichste Instrumente geringer Eingriffstiefe wurden ausprobiert; Instrumente größerer Eingriffstiefe wie die Regulierung der Arzneimittelpreise bleiben dagegen ebenso tabu wie die Überwindung der Spaltung in ein öffentlich-solidarisches und ein privates Vollversicherungs-

---

[53] Eine der aktuellen Auseinandersetzungen zwischen den tonangebenden Ärztefunktionären und dem Hausärzteverband dreht sich um Weiterbildungsfragen. Die dominierenden Berufsfachverbände sind für die Weitereinführung eines dritten Weiterbildungsweges im Gebiet Innere und Allgemeinmedizin durch den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt; die Allgemeinmediziner lehnen dies ab. Auf dem 110. Deutschen Ärztetag im Mai 2007 in Münster gab es darüber heftige Auseinandersetzungen. Gegen die Hausärzte/Allgemeinmediziner wurde beschlossen, dass zukünftig auch Internisten Generalisten sein sollen. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) übte in der Folge massive Kritik an Ärztekammern sowie der Bundesärztekammer. In einer Pressemitteilung wurde den Kammern die Legitimation abgesprochen, auch im Namen von Hausärzten und Allgemeinmedizinern zu sprechen "Die hausärztliche Weiterbildung gehört endgültig nicht mehr in die Hand der Ärztekammern und der ärztlichen Selbstverwaltung.", heißt es, denn die Politik der Bundesärztekammer (BÄK) sei "schwach und einseitig". Erneut habe eine „eine Koalition von Gebietsärzten, Chefärzten und Marburger Bund" die hausärztlichen Vertreter "kompromisslos niedergestimmt". Diese einseitige Interessenpolitik gegen Hausärzte und Allgemeinmediziner werde man nicht länger hinnehmen und nunmehr über Konsequenzen nachdenken. (zitiert nach den Berichten in der Ärzte-Zeitung vom 21. und 23. Mai 2007)

system. Mit der Kontroverse „Bürgerversicherung" contra „Gesundheitsprämie" (Kopfpauschale) werden nun freilich Strukturänderungen des Finanzierungssystems angepeilt.[54] Auch der ausufernden Bürokratie des zersplitterten Verbändewesens versucht die Politik zu Leibe zu rücken. Immer freilich mit der Maßgabe: keine Einheitskasse, kein Einheitssystem, so wenig staatliche Intervention wie möglich.

Die Gesundheitsreform 2007 („Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bzw. GKV-WSG) ist eines der zentralen Reformprojekte der Großen Koalition. Es trat zum 1. April 2007 in Kraft. Nachfolgend sollen die Änderungen, die damit verbunden sind, umrissen werden:[55]

Maßnahmen ab 1. April 2007

- Das existierende System konnte nicht verhindern, dass einige 100.000 Menschen über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen. Schrittweise soll nun Versicherungsschutz für alle wirksam werden. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird dazu ab 1. April 2007 eine Versicherungspflicht für Personen ohne Absicherung eingeführt, die früher einmal gesetzlich versichert waren. BürgerInnen, die aus Gründen etwa ihres beruflichen Werdeganges aus der GKV herausgefallen sind, erhalten so wieder Zugang.[56] Entsprechend dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung" begründet die Neuregelung automatisch auch eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.

- Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Überwiegend wurden Kann-Bestimmungen erlassen. So können die Krankenkassen Selbstbehalttarife, Tarife für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen oder variable Kostenerstattungstarife anbieten. Wahltarife sind auch möglich für besondere Versorgungsformen wie integrierte Versorgung nach § 140a ff SGB V, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten und Hausarztmodell mit speziellen Hausarzttarifen. Für alle Tarife, die Kassen freiwillig anbieten können, gilt eine Mindestbindungsfrist von drei Jahren. Vor

---

[54] Unter der Überschrift „Bürgerversicherung" versammeln sich Konzepte, die die Finanzierungsbasis der GKV durch Einbezug von bislang nicht oder nur eingeschränkt erfassten Bevölkerungskreisen wie Selbständigen und Beamten und/oder die Ausweitung der Bemessungsgrundlagen auf zusätzliche Einkommensquellen zu verbreitern suchen (Lauterbach 2004 und 2005; Krämer 2004; Strengmann-Kuhn 2005). Die Linke, Bündnis90/Die Grünen und die Mehrheit in der SPD vertreten unterschiedlich weit greifende Konzepte einer Bürgerversicherung. Zu den Prinzipien und offenen Fragen vgl. Engelen-Kefer (Hg.) (2004). Das Gegenmodell einer sogenannten „Gesundheitsprämie" (Kopfpauschale) fußt wesentlich auf Arbeiten der Rürup-Kommission (2003) und den neoklassisch begründeten Vorschlägen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002 und 2003) Es zielt auf die Senkung der „Lohnnebenkosten" durch die Ersetzung der bis zur Beitragsbemessungsgrenze einkommensäquivalenten Beitragsbemessung durch einen für alle Versicherten einheitlichen Betrag mit steuerfinanzierten Zuschüssen für die sozial Schwachen. Die CDU vertritt diesen Systemwechsel (Beschluss 2003 auf ihrem 17. Parteitag (vgl. die Dokumentation des Kapitels „Reform der krankenversicherung" in: FR Nr. 282 v. 3. Dezember 2003, S. 9).

[55] So nicht anders angegeben erfolgt die Darstellung anhand der Informationen auf der Homepage des Gesundheitsministeriums: www.bmg.bund.de und www.die-gesundheitsreform.de sowie anhand der Pressemitteilung des Ministeriums vom 29.3.2007: http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600110/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse-1-2007/pm-29-3-07.html

[56] Dazu wird der Mindestbeitrag für freiwillig versicherte Selbständige so abgesenkt, dass bei Selbstständigen mit geringem Einkommen ein Monatsbeitrag von unter 200 Euro möglich ist. Beitragsrechtlich werden die nunmehr Versicherungspflichtigen wie freiwillige Mitglieder behandelt. Die Mitgliedschaft ist von den Betreffenden bei der Kasse anzuzeigen. Die Nichtzahlung von Beiträgen führt ab einer gewissen Höhe zu einem Ruhen des Leistungsanspruchs gegenüber der Kasse.

Ablauf dieser Zeit kann die Krankenkasse nur in Härtefällen (z.B. Arbeitslosigkeit) gewechselt werden. Die Prämienzahlungen an Versicherte sind in der Höhe begrenzt auf maximal 600 Euro im Jahr.

- Die Reform nimmt einige Lückenschließungen im Leistungsangebot vor, indem z.B. empfohlene Impfungen und Mutter-/Vater-Kind-Kuren in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Einen Fortschritt bringt die Reform bei den Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Ambulante und stationäre Reha-Leistungen werden Pflichtleistung. Der Rechtsanspruch zielt im Besonderen auf die Rehabilitation älterer Menschen (geriatrische Rehabilitation). Eingeschlossen sind auch Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen. Leistungen der medizinischen Rehabilitation können nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Rehabilitationsleistungen erbracht werden. Ebenfalls primär auf Ältere zielt der für Schwerstkranke neu geschaffene Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Versorgung. Ambulante Pflegeteams (sog. Palliativ-Care-Teams) aus ärztlichem und pflegerischem Personal können diesen Menschen ein würdevolles Sterben mit wenig Schmerzen ermöglichen. Durch die Verpflichtung der Krankenkassen, bei ambulanten Geburten in einem Geburtshaus einen Betriebskostenzuschuss zu zahlen, könnte sich auf diesem Felde eine größere Angebotsvielfalt ergeben.

- Die Verkürzung der Verweildauer in Krankenhäusern hat eine negative Kehrseite. Während Patienten früher bei operativen Eingriffen einige Tage zur Nachbeobachtung und Nachbehandlung im Krankenhaus verblieben, werden sie heute sehr schnell wieder entlassen. Nicht immer ist die Nachsorge gewährleistet. Hierauf hat der Gesetzgeber nunmehr reagiert, indem bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ein Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement eingeführt wurde. Es soll durch eine verbesserte Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten mit dem Ziel einer sachgerechten Anschlussversorgung gewährleistet werden.

- Gesellschaftliche Trends begünstigen die missbräuchliche Inanspruchnahme der Solidargemeinschaft, etwa wenn medizinisch nicht erforderliche Schönheitsoperationen, Tätowierungen und Piercings zu Schädigungen führen, die dann eine medizinische Folgebehandlung erfordern. Solche missbräuchlichen Inanspruchnahmen sollen eingedämmt werden, indem die Krankenkassen verpflichtet werden, die Versicherten an derartigen Folgekosten zu beteiligen.

Maßnahmen ab 1 Juli 2008

Nicht erfolgt ist die Reduktion der Krankenkassenzahl auf eine überschaubare Anzahl. Es wird erwartet, dass sich dies im Selbstlauf erledigt. Krankenkassen können kassenartenübergreifend fusionieren, müssen es aber nicht. Bis zum 1. Juli 2008 soll ein Spitzenverband „Bund der Krankenkassen" auf Bundesebene seine Arbeit aufnehmen.[57] Er ersetzt die bisher sieben Krankenkassenspitzenverbände. Nach Vorstellung der Bundesregierung soll er für alle kollektiv-vertraglichen Regelungen auf Bundesebene zuständig sein. Diese Bündelung von Kompetenzen würde ein mehr an Transparenz schaffen, Entscheidungen stärker zentralisieren und unnötige bürokratische Ebenen abschmelzen. Ob es dazu kommt, ist nicht gewährleistet. Diejenigen, die dafür Macht aufgeben müssten, werden versucht sein, die Dachorganisation als bürokratischen Wasserkopf mit mageren Kompetenzen zu installieren.

[57] Mit der Wahl eines Verwaltungsrates wurde hierfür im Mai 2007 ein wichtiger Schritt getan. Vgl. die Berichte in der Tagespresse vom 22.5.2007 („Spitzenverband der Kassen nimmt Form an", in FR. Nr. 117 v. 22.05.2007, S. 4 oder „Die Entdeckung der Schnelligkeit, in: SZ Nr. 116 v. 22.05.2007, S. 6)

Maßnahmen ab 1. Januar 2009

- *Im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion stand das Thema „Gesundheitsfonds".* Ab dem 1. Januar 2009 soll wie bei den anderen Sozialversicherungen ein einheitlicher Beitragssatz, der von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung festgelegt wird, gelten. Ein Gesundheitsfonds, gespeist aus Beitragseinnahmen und einem Bundeszuschuss, soll die Finanzströme der GKV bündeln. Dies ohne den Einbezug der privaten Krankenversicherungen in das System und ohne über die Stellschrauben Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze die Finanzierungsbasis der GKV zu verbessern. Aus dem Fonds erhält jede Krankenkasse einen einheitlichen Beitrag je Versichertem und einen Ausgleichsbetrag gemäß der Risikostruktur ihrer Mitglieder. Vorgesehen ist, dass der Fonds zunächst 100 Prozent der GKV-Ausgaben deckt, dann aber bis auf 95 Prozent zurückgehen kann. Die Lücke soll durch einen ausschließlich von den GKV-Mitgliedern aufzubringenden Zusatzbetrag geschlossen werden. Er kann als einkommensunabhängige Pauschale erhoben werden. Um individuelle Härten zu vermeiden, ist der Zusatzbeitrag auf 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens beschränkt. Sofern Kassen ihre Ausgaben trotz des Zusatzbeitrags nicht decken können, sind Leistungseinschränkungen angedacht. Der Bundeszuschuss dient der teilweisen Abgeltung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der GKV. Ab 2009 soll er jährlich um 1,5 Mrd. Euro ansteigen, so dass im Jahr 2016 14 Mrd. Euro und damit rd. 10 Prozent der GKV-Ausgaben aus dem Steueraufkommen finanziert werden.

- *Ebenfalls* ab dem 1. Januar 2009 müssen die Unternehmen der PKV einen Basistarif *anbieten*, dessen Leistungen dem Leistungskatalog der GKV vergleichbar sind. Die Prämie darf den Höchstbetrag der GVK nicht überschreiten und muss ohne Risikozuschläge/Leistungsausschlüsse gewährt werden. Wer bereits privat krankenversichert ist, kann im 1. Halbjahr 2009 und danach nicht mehr zu einem anderen privaten Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Altersrückstellung im Umfang des Basistarifs wechseln. Für diejenigen, die ab dem 1. Januar 2009 einen privaten Versicherungsvertrag abschließen wird ein Wechselrecht in den Basistarifvertrag anderer privater Krankenversicherungen unter Mitnahme ebenfalls nur der Altersrückstellung im Umfang des Basistarifs eingeführt. Volle Übertragung von Altersrückstellungen gibt es nur für diejenigen, die im gleichen Versicherungsunternehmen vom Volltarif in den Basistarif wechseln (regulär im 1. Halbjahr 2009 oder später, weil der Versicherte 55 Jahre oder älter ist bzw. nachweislich die volle Prämie nicht mehr aufbringen kann). Wer von der PKV in die GKV wechselt, verliert seine Altersrückstellungen auch weiterhin. Durchlässigkeit besteht damit nur innerhalb des PKV-Systems; die Systeme von GKV und PKV sind dagegen nur in Richtung PKV begehbar.

Die getroffenen Entscheidungen verfolgen primär das Ziel, die Entscheidung über die zukünftige Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems (Verbreiterung der Finanzierungsbasis über eine Bürgerversicherung contra Kopfprämie plus Steuerausgleich für sozial Schwache) offen zu halten. Statt die PKV in der einen oder anderen Form (etwa durch Beteiligung am Risikostrukturausgleich) in das Solidarsystem einzubinden, wird der Weg beschritten, einerseits Elemente der Privatversicherung (Wahltarife, Selbstbehalte) in der GKV zuzulassen und andererseits gewisse Solidarelemente bei den privaten Versicherungen einzuführen. Dies ohne zeitliche Synchronisierung. Während die Wahltarife der gesetzlichen Kassen schon auf dem Markt sind, ist die Einführung eines Basistarifs bei der PKV erst für 2009 vorgesehen. Bis dahin kann aber noch vieles passieren. Auch ist ein klarer Wille, den Steuerfinanzierungsanteil auszuweiten und die Finanzierung nachhaltig sicherzustellen, noch nicht erkennbar. So war die Tabaksteuer zwecks Gegenfinanzierung eines erhöhten Zuschusses aus Steuern erhöht worden. 2006 flossen über 4 Mrd. Euro aus dieser Quelle in das Gesundheitssystem. Parallel zum Beschluss, den Steuerfinanzierungsanteil auf rd. 10 Prozent der GKV-Ausgaben erhöhen zu wollen, wurde der Steuerzuschuss jedoch nicht erhöht, sondern im Gegenteil auf 2,5 Mrd. Euro abgesenkt. Die Logik dieser ‚Absenkung ist ebenso wenig erfindlich wie die Gegenfinanzierung des zukünftigen Steuerzuschusses unklar ist.

Inwieweit die Reform dem Anspruch gerecht wird, die ambulante fachärztliche Versorgung an Krankenhäusern auszuweiten und integrierte Versorgungsmodelle voranzubringen, ist gleich-

falls schwer zu beurteilen. Zwar gibt es heute ein Mehr an Durchlässigkeit im System als noch vor 10 Jahren. Aber dieser Prozess verläuft sehr schleppend. Mit der Gesundheitsreform werden nun solche integrierten Versorgungsangebote gezielt gefördert, die die flächendeckende Behandlung von Volkskrankheiten wie Typ-II-Diabetes zum Ziel haben. Pflegedienste, Pflegeheime und Pflegekassen können sich in Zukunft an den Verträgen zur Integrierten Versorgung beteiligen. Die Schaffung flächendeckender Angebote für hausarztzentrierte Versorgung im ambulanten Bereich ist schon lange Thema, hinkt aber gleichfalls in der Umsetzung. Dies hat mit der starken Stellung niedergelassener Fachärzte zu tun. So gibt es bislang auf der ambulanten Versorgungsebene kaum abgestufte Versorgungen, bei denen Hausärzte für Erkrankungen zuständig sind, wo ein Spezialist nicht erforderlich ist und gleichzeitig die Heranziehung von Fachärzten für die von ihnen zu betreuenden Patienten steuern. Da die meisten Versicherten, die Ärzte aufsuchen, gar keine ernsthafte Erkrankung haben, sondern auch ohne jede medizinische Intervention von alleine wieder gesund würden, ist es unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten dringend geboten, die Zahl derartiger Praxisbesuche zu reduzieren. Zumindest jedoch sollten nicht medizinische Spezialisten dort zum Einsatz kommen, wo Bagatellerkrankungen vorliegen oder ein medizinisches Problem reklamiert wird, während tatsächlich ein soziales oder familiäres Problem vorliegt. Derzeit suchen nicht wenige Patienten direkt einen Facharzt auf oder gar mehrere neben- und hintereinander, deren Tätigkeit unkoordiniert bleibt. Bisherige Bemühungen, eine hausarztzentrierte Versorgung flächendeckend zu etablieren waren nicht erfolgreich. Seit 1. April 2007 sind Krankenkassen nunmehr verpflichtet, eine hausärztliche Versorgung anzubieten und sie dürfen für die Teilnahme einen Bonus gewähren, indem z. B. die Praxisgebühr erstattet wird. Die Kassen gehen mit den von ihnen entwickelten Modellen unterschiedlich an den Start. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in Ländern, die Hausarztmodelle schon sehr lange (Dänemark seit 40 Jahren) oder seit einigen Jahren (Norwegen, Finnland) flächendeckend praktizieren, kann eine hohe Akzeptanz erwartet werden, wenn das System mit klar definierten Patientenrechten verknüpft wird und Vorteile bietet gegenüber der jederzeit freien Arztwahl. Erste Zahlen sprechen für gute Akzeptanz.[58] Allerdings dürften sich gesunde und gut verdienende GKV-Mitglieder weniger von Hausarztmodellen als von den diversen Wahltarifen angesprochen fühlen, die die Kassen nun auch anbieten dürfen (Tarife mit Selbstbehalten und im Gegenzug reduzierten Beiträgen..). Einerseits soll dies die Wettbewerbsposition der GKV gegenüber der PKV im Ringen um die Gutverdiener verbessern, andererseits führt es zur Aufspaltung der GKV-Mitglieder in gute Risiken, die einen Selbstbehalt wählen und die diversen anderen Gruppen.

[58] Nach einem Bericht vom 16. April 2007 sind in Hessen 176.000 Versicherte und 84 Prozent der Hausärzte in das Programm eingeschrieben, das die Barmer Ersatzkasse bereits seit 2005 anbietet. Bei den anderen Ersatzkassen nutzen bereits 420.000 Versicherte das Modell. Die AOK Hessen als größte gesetzliche Krankenkasse will allerdings erst im nächsten Jahr an den Start gehen. Nach „Der erste Weg führt zum Hausarzt", in: FR Nr. 88 v. 16.4.2007, S. 14.

2.2.2 Dänemark

Vorbemerkung

Die skandinavischen Bildungs- und Gesundheitssysteme weisen hinsichtlich ihrer grundlegenden Ausrichtung, ihrer Strukturmerkmale, ihrer administrativen Steuerung wie auch der Art der Finanzierung ein relativ hohes Maß an Übereinstimmung.[59] Um Wiederholungen zu vermeiden, liegt der Schwerpunkt auf der Herausarbeitung von Unterschieden.

a) Bildungssystem

Vorbemerkung

Die nachfolgende Darstellung stützt sich auf offizielle Darstellungen des Ministry of Education und seiner nachgeordneten Behörden.[60]

Allgemeines, Rechtsrahmen und politische Verantwortlichkeiten

Das dänische Bildungssystem ist weniger stark integriert als das schwedische oder finnische System. Dies zeigt sich auch an der Zuständigkeitsverteilung. Während der Elementarbereich dort in das Schulsystem integriert wurde, wurde dieser Schritt in Dänemark nur für Vorschulklassen realisiert. Das Bildungsministerium ist daher für diesen Bereich nicht direkt zuständig

Gemäß dänischer ‚Verfassung gibt es für alle Kinder ein Recht auf kostenlose Volksschulbildung (Folkeskole"), aber keine Schulpflicht. Ebenso wie etwa auch in Finnland sind Eltern frei, das Erreichen der formulierten Bildungsziele für ihre Kinder auch unabhängig vom öffentlichen Schulwesen zu erreichen. Als Pflicht definiert sind 9 Jahre Grundbildung. Der Rechtsrahmen (Volksschulgesetz von 2005) umfasst die Bildung auf der Primarstufe und der Sekundarstufe I. Es umschließt den Bereich von Stufe 0 (Vorschulklassen) bis Stufe 10 (Ende der Sekundarstufe I) und erstreckt sich damit vom 6. bis zum 16. Lebensjahr. Wie in Finnland erfolgt die Einschulung regulär erst mit dem 7. Lebensjahr. Anders als dort jedoch und vor allem in Schweden wie auch in Island sind Kindertagesstätten bisher nicht formell in das Bildungssystem überführt worden.

Die Bildungsreformen der jüngeren Zeit betrafen einmal die Neuregelung der beruflichen Bildung sowie die Dezentralisierung der Zuständigkeiten für die schulische Bildung und die Veränderung der Steuerungsphilosophie. Gab es früher eine Detailsteuerung, werden heute nur noch der Rahmen und die zu erreichenden Ziele seitens der Bildungsbürokratie festgelegt. Die Zuständigkeit für die organisatorische und inhaltliche Steuerung liegt bei den Kommunen und Landkreisen. Ab 1. Januar 2007 ging sie im Rahmen einer Gebiets- und Funktionalreform auf vom Zentralstaat finanzierte Regionen über. Deren Zuständigkeit umfasst auch die Gesundheitsbildungsprogramme und die Erwachsenenbildungszentren.

---

[59] Auch die Weiterentwicklung einschließlich der wechselseitigen Anerkennung von Bildungsabschlüssen erfolgt in enger Kooperation So regelt z. B. die Reykjavik Declaration (2004) die wechselseitige Anerkennung der im Rahmen des Bologna Prozesses neu strukturierten Hochschulbildungsgänge.

[60] http://us.uvm.dk/grundskole/generelinformation/vejledendetimetal/documents/Vejledningtimefordelingsplan2.pdf; http://194.78.211.243/Eurybase/Application/frameset.asp?country=DK&language=EN

Elementarbereich (Vorschulische Bildung)

Dänemark verfügt ebenso wie Schweden über ein flächendeckendes Netz von Kindertagesstätten für alle Altersgruppen ab dem 6ten Monat. Aufschlussreich ist die Historie. Sie reicht bis in die 20er Jahre des 19 Jahrhunderts zurück und hat damit Wurzeln, die älter sind als die von Fröbel ausgegangene Kindergartenbewegung. Die ersten Vorschuleinrichtungen wurden auf privater Basis für die Kinder von Eltern, die beide berufstätig waren, Basis gegründet. Nach 1850 entstand ein dichteres Netz solcher Einrichtungen, die meist halbtags geöffnet waren. Zielgruppe waren nicht Arbeiterfamilien, sondern besser gestellte Kreise. Dementsprechend verfolgten die Einrichtungen bereits pädagogische Ziele und dienten nicht nur der Kinderverwahrung. Der Staat stieg 1919 in die finanzielle Förderung der privaten Kindertagesstätten. Im Gegenzug wurden den Einrichtungen bestimmte soziale Ziele auferlegt. Die Sozialreform von 1933 erweiterte die finanzielle staatliche Förderung. Bis zu 50 Prozent ihrer Betriebsausgaben konnten die privaten Kindertagesstätten nun durch öffentliche Mittel decken, wenn sie damit sozialen Vorgaben entsprachen. Da Teile der Privateinrichtungen Kinder aus benachteiligten Familien ausgrenzten, wurde Ende der 40er Jahre ein Anlauf unternommen, auch diese Einrichtungen in den sozialen Auftrag einzubinden. Dies gelang offensichtlich nicht. Mitte der 60er Jahre wurde daraufhin der Grundstein gelegt für die Organisierung kommunaler Dienste, die allen BürgerInnen unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status offen stehen. 1964 erhielten die lokalen Behörden zunächst den Auftrag, öffentliche Dienste allen BürgerInnen zugänglich zu machen. Der Social Assistance Act of 1976 verpflichtete sie, Kindertagesstätten gemäß den Bedürfnissen der Familien vorzuhalten. Dies mündete Mitte der 90er Jahre in einen Rechtsanspruch für alle Kinder. Die Historie der dänischen Vorschulbildung ist deshalb von Bedeutung, weil sie zeigt, dass der Staat die Aufgabe erst in eigener Regie übernahm, als sich gezeigt hatte, dass das Modell „Bindung öffentlicher Subventionierung von Privateinrichtungen an die Erfüllung sozialer Vorgaben" nicht gut funktionierte.

Der Vorschulbereich ist in der Theorie in folgender Weise altersgebunden:

- „nurseries": ab dem 6. Monat
- Integrierte Einrichtungen: ab dem 1 Lebensjahr
- Kindergärten: ab dem 3. Lebensjahr
- Vorschulklassen: 5- und 6-Jährige.

Da die Kommunen trotz des sehr guten Ausbaustandes Mühe haben, der Nachfrage zu entsprechen, planen sie die Platzangebote nach anderen Kriterien. Kriterien sind u.a. Kinder mit speziellen pädagogischen oder sozialen Bedürfnissen, Kinder von Ein-Eltern-Familien; Kinder, deren Eltern auswärts arbeiten; Kinder, deren Geschwister von der Einrichtung bereits betreut werden usw. Im Schuljahr 2004/2005 waren einschließlich der Vorschulklassen 370.985 Kinder in das. Vorschulbildungssystem eingebunden. Das entsprach bei Kindern bis 2 Jahre einer Versorgungsquote von über 60 Prozent und bei den über 3-Jährigen einer Betreuungsquote von über 95 Prozent. Anbieter von Kindertagesstätten sind neben den Kommunen Elternkooperativen, Stiftungen und gewerbliche Anbieter. Aktuell entfallen etwa ein Drittel der Einrichtungen auf den Privatsektor. Die Finanzierung der privaten Einrichtungen erfolgt über Gebühren und staatliche Zuschüsse.

Das schulische und berufliche Bildungssystem

(1) Basisbildung bis untere Sekundarstufe.

Ebenso wie in Schweden und Finnland gibt es einen fließenden Übergang von der Elementarbildung in Krippen und Kindergärten ins reguläre Schulwesen über einjährige Vorschulklassen (Børnehaveklassen), deren Besuch freiwillig ist, aber ganz überwiegend genutzt wird.[61] Es gibt für die Vorschulklassen 6 Bereiche, für die Bildungsziele definiert sind:

- Sprache
- Natur und Verstehen von Naturphänomenen
- Musikalische Bildung
- Bewegung und motorische Fähigkeiten
- Soziale Fähigkeiten
- Kooperatives Zusammensein

Wie LehrerInnen ihre Lerneinheiten organisieren und welcher Materialien sie sich bedienen, steht ihnen frei. Entscheidend sind die Ergebnisse. Allerdings gibt es die Vorgabe, dass spielerisch gelernt werden soll. Auch sollen die Schüler unterschiedliche Rollen erlernen (anderen zuhören, selbst eine Geschichte erzählen usw.).

Auf die Vorschulklassen folgt eine 9- bis 10-jährige gemeinsame Bildungszeit. Die Zuständigkeit für das Volksschul- resp. das Gemeinschaftsschulwesen[62] wurde in jüngerer Zeit stark dezentralisiert. Zentralstaatliche Stellen sind nur noch für die Zielsteuerung zuständig. Operative Steuerung und Betrieb liegen auf kommunaler Ebene

In den ersten 7. Schuljahren werden üblicherweise keine Schulnoten erteilt, sondern es gibt Besprechungen zwischen Schüler, Eltern und dem Klassenlehrer. Danach gibt es zweimal im Jahr einen schriftlichen Bericht mit Benotungen im Rahmen eines 13-Punkte-Systems (13 Punkte = exzellent; 0 = vollkommen ungenügend). Die 9 bis 10-jährige Grundbildung schließt mit einem Examen, das landesweit nach einheitlichen Kriterien erfolgt. Die Teilnahme ist freiwillig, wird aber überwiegend wahrgenommen. Das Abgangszeugnis basiert auf den in den letzten Jahren erreichten Ergebnissen.

Im eigentlichen Schulsektor (Gemeinschaftsschulen für die 7-. bis 16-Jährigen) spielen Privatschulen traditionell eine viel größere Rolle als in den anderen skandinavischen Ländern. Es gibt kirchliche Schulen, Waldorfschulen, freie Schulen, Schulen der deutschen Minderheit und muslimische Schulen. Die laufende Finanzierung erfolgt überwiegend durch Zuschüsse des Zentralstaates. Seit 1991 erfolgen sie in gleicher Höhe (pro Schüler und Jahr), wie ihn auch die Kommunen erhalten. Dazu kommen von den Eltern zu zahlende Gebühren. Die relativ starke Stellung von Privatschulen verdeutlichen folgende Zahlen: Im Schuljahr 2001/2002 (2004) wurden einschließlich Vorschulklassen und 10. Schuljahr 12,2 Prozent (12,9 %)[63] der

---

[61] 1999 besuchten 98 Prozent der 6-Jährigen Vorschulklassen.

[62] In Deutschland hat sich als Bezeichnung für eine Schulform, bei der wie in den skandinavischen Ländern die Kinder nicht früh auf unterschiedliche Sparten verteilt werden, sondern lange gemeinsam unterrichtet werden, der Begriff „Gemeinschaftsschule" etabliert. Diese Begriffswahl dient deutschen Bedürfnissen, etwa der Vermeidung des ideologisch belasteten Begriffs „Gesamtschule". Die Begriffsbezeichnungen in den skandinavischen Ländern variieren zwischen Volksschule, „Compulsory school" (Pflichtschule) und „Comprehensive School" (Gesamtschule). Hier werden die Begriffe synonym verwandt.

[63] Im Schuljahr 2004 gab es an Privatschulen 88.763 Schüler und an kommunal betriebenen Volksschulen 599.040 Schüler. Vgl. Bekendtgørelse af lov om folkeskolen - LBK nr 393 af 26/05/2005 (Gældende) Tal der taler – Uddannelsesnøgletal 2005, http://pub.uvm.dk/2005/taldertaler/ Vejledning om undervisningstimetal i

schulpflichtigen Kinder an Privatschulen unterrichtet gegenüber 1,1 Prozent in Island, 2,2 Prozent in Norwegen und 4,8 Prozent in Schweden.[64] Eine gewisse Änderung brachte für die Privatschulen das Volksschulgesetz von 2005. Der Basisbildung definierte sich bislang über die Primarstufe und die Sekundarstufe I. Private Schulen waren daher nicht verpflichtet, Vorschulklassen einzurichten. Seit August 2006 zählen auch die Vorklassen zur Basisbildung. Da Privatschulen verpflichtet sind, nach denselben Prinzipien zu arbeiten wie öffentliche Schulen, dürfte es an den Privatschulen eine Ausweitung des Vorschulklassenangebots geben.

(2) Gymnasium und obere Sekundarstufe (Sekundarstufe II)

Nach dem Erreichen der mit dem Gesamtschulbesuch verbundenen Bildungsziele, wofür regulär 9 Jahre ausreichen, aber fakultativ ein 10. Jahr möglich ist, trennt sich der Bildungsweg. Die einen besuchen Kurse der höheren Allgemeinbildung in Richtung auf ein späteres Studium, die anderen besuchen die Kurs- und Trainingsangebote beruflicher Bildung.

Wichtige Institution der höheren Allgemeinbildung ist wie in Deutschland das Gymnasium. Es hat in Dänemark eine bis ins Mittelalter zurückreichende Tradition als zunächst kirchliche Einrichtung. Erst Anfang des 19 Jahrhunderts begann die Säkularisierung der höheren Bildung, die sich Ende des 19 Jahrhunderts mit einer Trennung in einen sprachlichen und einen naturwissenschaftlich-technischen Zweig fortsetzte. Dies orientierte sich an der deutschen Entwicklung. Auch die Anfang des letzten Jahrhunderts vorgenommene Ausprägung eines mittleren Schulweges in Form von Mittelschulen resp. Realschulen verweist auf Deutschland. Während Deutschland diese Struktur allerdings bis heute beibehalten hat, verschwand sie in Dänemark durch die Ausweitung der Volksschulbildung. Heute ist das Gymnasium eine auf der Sekundarstufe I aufbauende dreijährige Bildung, zu der alle Zutritt haben, die die Basisbildung erfolgreich absolviert haben und mit einen höheren Bildungsabschluss anstreben. Am ende des Gymnasialbesuchs steht die Ablegung der Reifeprüfung (Studentereksamen).

(3) Berufliche Bildung

Auch bei der beruflichen Bildung gab es bis in die jüngste Zeit hinein das im Kern gleiche System wie in Deutschland. Ausgehend von der mittelalterlichen Handwerkslehre mit Gesellen und Meistern entwickelte sich ein Lehrlingsausbildungssystem, in das nach Abschluss der Basisausbildung der ganz überwiegende Teil der Jugendlichen einmündete. In den 60er Jahren geriet die Lehrlingsausbildung in eine Krise. Einmal aufgrund der steigenden Bedeutung akademischer Ausbildung und dann aufgrund unzureichender betrieblicher Ausbildungsplätze. Dem begegnete man in einem ersten Schritt mit der Einführung eines einheitlichen Basisjahres beruflicher Bildung ab 1977. Der Erfolg war bescheiden, denn es entstand eine nichtintegrierte Parallelstruktur. Auf der einen Seite gab es Programme auf Basis des „Apprenticeship Act of 1956" und auf der anderen Seite Programme, die auf dem „Act on Basic Vocational Education of 1977" aufbauten. Beide Systeme funktionierten nach unterschiedlichen Regeln. Um zu einer Vereinheitlichung (Management, Finanzierung) sowie zu einer Qualitätshebung zu kommen, startete ein Reformprozess, der sich bis 1999 hinzog. Am 21 April 1999 wurde der „Vocational Education and Training Act" vom dänischen Parlament verabschiedet und trat zum 1. Januar 2001 in Kraft. Seither gibt es die im Schaubild 4 dargestellte Struktur. Berufliche Bildung ist nun einmal an Berufscolleges (Act on Vocational Colleges) und zum anderen kommerziell organisiert. Die Berufscolleges sind in etwa vergleichbar den deutschen Fachschulen mit einem Schwerpunkt bei sozialen und Gesundheitsberufen.

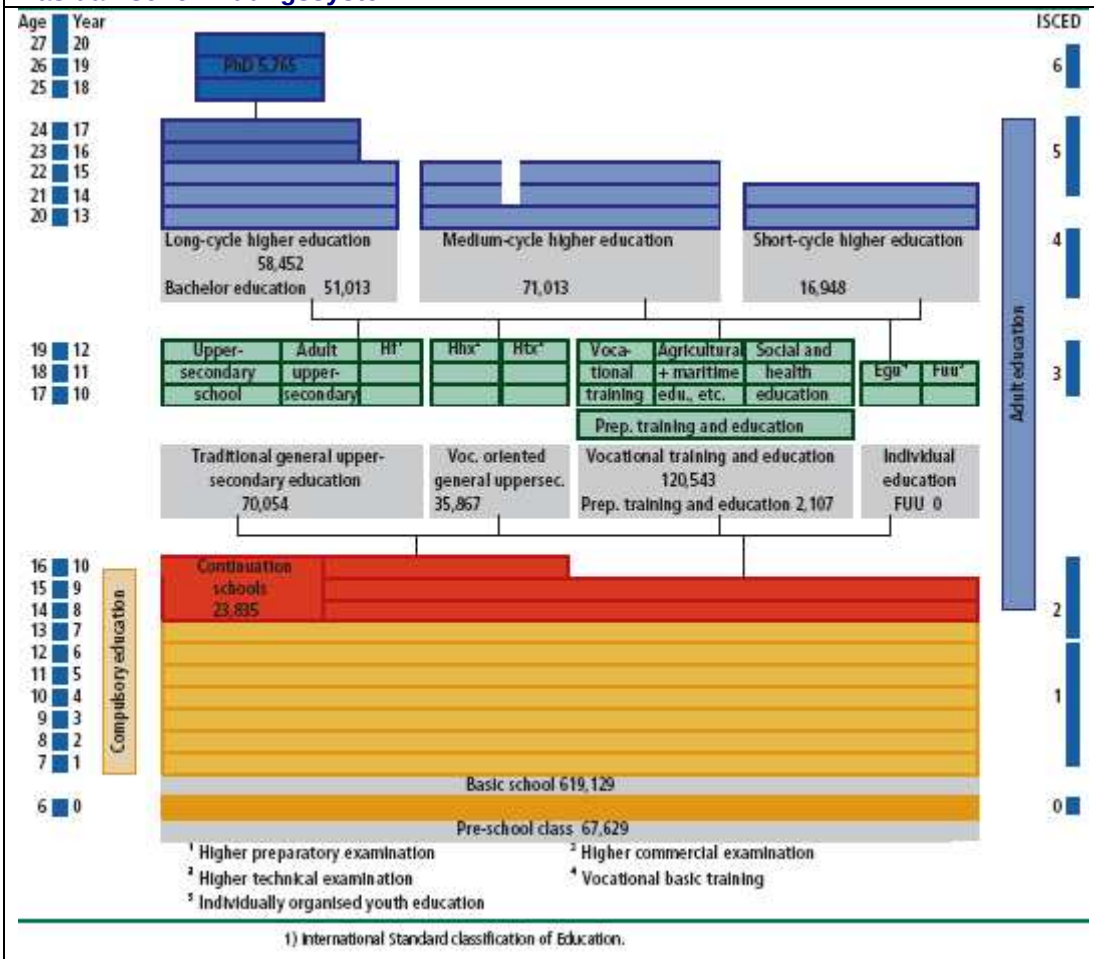
---

folkeskolen, uvm, 16. September 2005: http://us.uvm.dk/-grundskole/generelinformation/vejledendetimetal/-documents/Vejledningtimefordelingsplan2.pdf

[64] Einen eindeutigen Trend Richtung Privatschulen gibt es lediglich in Schweden, wo der Anteil auf Schüler bezogen allein vom Schuljahr 2000/2001 bis zum Schuljahr 2004/2005 von 3,8 Prozent auf 6,8 Prozent anstieg. In Norwegen und Island dagegen schwanken die Zahlen (auf Schüler bezogen). Quellen vgl. die Angaben zu den Tabellen im Anhang.

Abbildung 4: Das dänische Bildungssystem im Überblick

Das dänische Bildungssystem



Quelle: Statistical Yearbook of Denmark 2006, education and culture:1

(4) Hochschulen

Im Alter von 19, 20 Jahren steht für die Jugendlchen die nächste wichtige Entscheidung an. Nun können sie ihren Bildungsweg entweder an Universitäten oder an anderen Institutionen der höheren Bildung fortsetzen. Unterschieden werden Studiengänge kurzer und mittlerer Dauer an Fachhochschulen, mittlere und längere Studiengänge an Universitäten und die post-graduierte Doktorandenausbildung.

Es gibt 11 Universitäten, 6 Musikakademien, 2 Hochschulen für Architektur sowie diverse andere Fachhochschulen und Akademien. Von hoher Beduetung sind die Fachhochschulen für Pflegeberufe und andere Gesundheitsberufe (Verhaltenstherapie, Physiotherapie). Die Studiengänge für „Nuses" dauern 45 Monate mit theoretischen und klinischen Teilen.

b) Gesundheitssystem

Vorbemerkung

Die nachfolgende Darstellung des dänischen Systems stützt sich auf offizielle Darstellungen des dänischen Ministeriums für Inneres und Gesundheit[65] und Vallgarda et al. (2001).

Die primäre Versorgung – allgemeine Versorgung und Ansätze für eine systematische Prävention

Die dänische Primärversorgung umfasst zwei Teilbereiche. Der eine Bereich kann als Versorgungsbereich mit Allgemeinmedizin und allgemeiner Pflege bezeichnet werden. Der zweite Bereich dient der Prävention und der Kinderzahnpflege. Während der Bereich von Allgemeinmedizin und Pflege auf eine lange Historie zurückblickt, entwickelte sich der Präventionsgedanke erst ab den 70er Jahren aus der Erkenntnis heraus, dass Dänemark bei der Lebenserwartung (vgl. Teil3.) international zurückliegt. Es würden Präventionspläne für verschiedene Krankheitsbilder (Herz-Kreislauferkrankungen, Unfälle, psychische Erkrankungen) entwickelt, aber kaum umgesetzt. (Vallgarda et al. 2001: 14). Ende der 90er Jahre gab es einen neuerlichen Anlauf. Präventionspolitik wurde nun institutionalisiert mit Strategien und jährlichen Berichten. Die Ergebnisse sind bescheiden. Im Spannungsfeld zwischen entschiedener Gesundheitsvorsorge um den Preis der Einschränkung persönlicher Freiheitsrechte bezogen auf Nikotin, andere Drogen, Alkohol und dem Festhalten an liberalen Prinzipien um Preis den weniger entschiedener Gesundheitsvorsorge entscheiden sich Dänen anders als die anderen skandinavischen Länder in der Regel für das Festhalten an liberalen Prinzipien. Die in den Präventionsplänen festgelegten Ziele versucht man durch Aufklärung, Erziehung und das Zusammenwirken unterschiedlicher Dienste zu erreichen. 2002 startete ein neuerlicher Anlauf, die Präventionsarbeit als zweiter Säule der Primärversorgung zu stärken und breit in verschiedenen anderen Politikfeldern (Verkehrspolitik, Umweltpolitik usw.) zu verankern.

Die *Primärversorgung* ist nicht über öffentliche Gesundheitszentren wie in Schweden oder Finnland organisiert, sondern basiert wie in Norwegen auf einer *zweigeteilten Struktur*, die private und öffentliche Leistungserstellung kombiniert:

- *Offiziell zugelassenen Praktiker (Allgemeinärzte, Fachärzte, Physiotherapeuten etc.) mit eigener oder Gemeinschaftspraxis*. Sei sind freiberuflich tätig und werden vom NHSS (National Health Security System) über Steuermittel bezahlt. Dabei erhalten sie Pauschalen pro Patient plus Gebühren für bestimmte Leistungen. Zulassungen werden von den Landkreisen erteilt und sind begrenzt. Ausgenommen sind Zahnärzte, die sich überall frei niederlassen können, gleichwohl aber Kostenerstattungen durch den NHSS erhalten. Große Bedeutung haben die Allgemeinmediziner. Als Hausärzte fungieren sie wie eine Art Türöffner für verschiedene Gesundheitsleistungen. Neben der Versorgung von Patienten haben sie in hohem Maße die Aufgabe, den diagnostischen und therapeutischen Prozess einschließlich der pflegerischen Leistungen zu steuern und zu koordinieren. Sofern kein Notfall vorliegt, führt der Weg zu spezialisierten Leistungen meist über den Primärarzt.
- *Die kommunalen Gesundheitsdienste*. Sie bieten einerseits Leistungen vergleichbar den deutschen Gesundheitsämtern, einschließlich schulmedizinischer Untersuchungen. Hinzu kommen ambulante Pflege-, Kinderfürsorge- und sonstige Gesundheitsdienstleistungen. So werden z. B. alle neu geborenen Kinder im ersten Lebensjahr mehrfach von einer Public Health Nurse des kommunalen Gesundheitsdienstes besucht und den Eltern Beratung wie Unterstützung angeboten. Zudem wird ein zahnärztlicher Dienst vorgehalten.

---

[65] The Danish Ministry of the Interior and Health (2002): Health care in Denmark, Kopenhagen (August 2002): Download unter: http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk/all.htm#intro (Zugriff am 7.4.2007)

Die dänischen BürgerInnen können – auch hier deckt sich das dänische mit dem norwegischen System – frei entscheiden, ob sie im Rahmen eines Hausarztsystems weitgehend kostenfreie Leistungen aus den Bereichen Prävention, Diagnostik, Behandlung wünschen oder nicht. Wer das Hausarztmodell wünscht, hat nur begrenzte Möglichkeiten, direkt einen frei praktizierenden Spezialisten zu konsultieren. Sich für das Hausarztmodell zu entscheiden, bedeutet, den Hausarzt als Lotsen zu wählen. Wer dagegen freie Arzt- und Therapeutenwahl wünscht, kann dieses tun, erhält dann aber in den privaten Facharztpraxen anders als in Klinikambulanzen keine kostenlosen Leistungen, sondern in Höhe der Kosten, die bei öffentlicehr Leistunserbringung entstanden wären, nachträgliche Kostenerstattungen. Ähnliches gilt für die Praxen von Physiotherapeuten oder Chiropraktikern. Bei ernsthaften Erkrankungen bewegen sich die Zuzahlungen, wenn eine hausärztliche Verordnung vorliegt, in geringem Rahmen oder können ganz entfallen. Ohne Überweisungen gibt es dagegen nur begrenzte Kostenerstattungen. Obwohl die Wahlmöglichkeit bereits seit 1973 besteht, lag noch Ende der 90er Jahren der Anteil derjenigen, die sich für das Modell der freien Arztwahl entschieden hatten, bei unter 2 Prozent, was als klarer Beleg für die Zufriedenheit mit dem öffentlichen dänischen Gesundheitssystem gewertet wird (Vallgarda 2001: 40). Eine größere Gruppe hat allerdings eine freiwillige Zusatzversicherung abgeschlossen. Darüber können Lücken geschlossen werden, die sich dadurch auftun, dass z. B. alternative Behandlungsverfahren (Naturheilverfahren, Ozontherapie…) nur sehr beschränkt zum Leistungsspektrum des öffentlichen Gesundheitssystems zählen und gewisse Leistungen wie z.B. Hörhilfen zwar eingeschlossen sind, aber die Inkaufnahme langer Wartezeiten beinhalten. Bislang hat die Kostendeckung durch private Zusatzversicherungen nur eine geringe Bedeutung.

Krankenhaussystem und fachärztliche Versorgung

Während in Deutschland relativ starre Sektorengrenzen zwischen ambulanter Versorgung durch niedergelassene Ärzte und stationärer Versorgung an Krankenhäuser existieren, teilt Dänemark mit den anderen skandinavischen Ländern, dass Krankenhäuser sowohl für ambulante Spezialistenleistungen wie für stationäre Leistungen zuständig sind. Seit 1993 haben Patienten das Recht der freien Krankenhauswahl (bezogen auf die Krankenhäuser ihrer Region) und die niedergelassenen Allgemeinmediziner die Pflicht, sie bei der Wahl des richtigen Krankenhauses zu beraten. Da das Einzugsgebiet von Krankenhäusern die Einwohnerzahl der meisten dänischen Kommunen übersteigt, waren Krankenhäuser bis 2006 mit Ausnahme von Kopenhagen und Frederiksberg auf der Landkreisebene angesiedelt. Nach der Gebietsreform liegen sie seit dem 1.1.2007 in der Zuständigkeit lokaler Regierungen und Regionen. Die lokalen Behörden haben eine hohe Autonomie hinsichtlich der Gestaltung ihrer Gesundheitsdienste. So können sie schnell und flexibel auf örtliche und regionale Bedürfnisse eingehen. Dieser Flexibilität dürfte es auch geschuldet sein, dass die Landkreise in der Vergangenheit ihr quasi Monopol für fachärztliche Versorgung erfolgreich verteidigt haben. Nach wie vor gibt es nur vergleichsweise wenige niedergelassene Facharztpraxen. Die für die Zulassung zuständigen Landkreise verfahren mit Zulassungen äußerst restriktiv. Zudem bewirkt die Zufriedenheit der Dänen mit ihrem Gesundheitssystem, dass bislang kein Druck in Richtung Privatisierung der fachärztlichen Leistungserbringung entstanden ist. In Zahlen ausgedrückt: Absolut ist die Zahl niedergelassener Spezialisten von 683 im Jahr 1980 auf 765 im Jahr 2000 gestiegen. Einen Anstieg relativ zur Einwohnerzahl gab es jedoch nur in den 80er Jahren. Danach gingen die Zahlen absolut wie relativ wieder zurück. Auf 1000 Einwohner bezogen blieb die Quote praktisch konstant (1980 gab es 0,13 niedergelassene Fachärzte auf 1000 Einwohner; im Jahr 2000 0,14).[66]

Wie in allen Vergleichsländern besteht im klinischen Bereich schon länger ein Trend Richtung Liegezeitverkürzung und Senkung der Planbettenzahl. [67] In den Regelkrankenhäusern hat

[66] Ministry of the Interior and Health of Denmark (2002a): Health Care in Denmark, Table 1.3

[67] Die Planbettenzahl ging in diesem Zeitraum von 30.967 auf 18.683 zurück.

sich die Verweildauer von 9,3 auf 5,3 Tage verkürzt. Die Zahl ambulant behandelter Patienten hat von 3,15 Mio. (1980) auf 5,45 Mio. (2000) stark zugenommen. Besonders ausgeprägt ist der Trend Richtung ambulanter Versorgung im psychiatrischen Bereich. Hier gab es im gleichen Zeitraum einen Anstieg um das Zweieinhalbfache. Die Reduktion stationärer Behandlungen zugunsten vermehrt ambulanter Behandlungen bei gleichzeitiger Verkürzung der Verweildauer führte zu einer Minderung der Zahl von Krankenhäusern.[68]

Zahnärztliche Versorgung

Die zahnärztliche Versorgung ist der am geringsten regulierte Bereich. Einbezogen in den Bereich öffentlicher Gesundheitsdienste ist nur die Zahnpflege für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sowie die Zahnbehandlung von bestimmten Bevölkerungsgruppen (Menschen mit Behinderungen; ältere BürgerInnen, die Sozialhilfe und/oder ambulante Pflege erhalten und PflegeheimbewohnerInnen). Hierfür halten Kommunen einen Dentaldienst vor. Möglich sind daneben auch Verträge der Kommunen mit privaten Zahnarztpraxen. Im kommunalen Dentaldienst waren im Jahr 2000 auf Vollzeitkräfte umgerechnet 1.093,2 Zahnärzte und 2.016 Dentalhygieniker und sonstige Assistenten als Festangestellte beschäftigt. Die Zahl der VZÄ-Zahnärzte ist bis 2005 auf 1.052,2 gesunken und die der Assistenten gegenläufig auf 2.137,8 angestiegen. Für die Zahnbehandlung Erwachsener über 18 Jahre sind private Zahnarztpraxen oder Kliniken zuständig. Die Zahnärzte beziehen Honorareinkünfte von den Patienten. Diese erhalten Teilkostenerstattungen vom NHSS. Aktuell (2004) beträgt die Kostenerstattung abhängig vom Alter des Patienten und der Art der Behandlung zwischen 30 Prozent und maximal 65 Prozent. Einen erheblichen Teil der zahnärztlichen Rechnungen müssen Patienten also selbst begleichen. Haben sie eine private Zusatzversicherung abgeschlossen, können sie einen Teil davon erstattet bekommen. 2004/2005 hatten annähernd 1,5 Mio. Dänen eine private Zahnversicherung abgeschlossen. [69]

Die volle Niederlassungsfreiheit, die Zahnärzte genießen, hat zunächst zu einem starken Anstieg der Zahl von Zahnarztpraxen geführt. Von 1980 bis 2000 lag der Anstieg mit 18 Prozent fast genauso hoch wie die Zunahme bei den Allgemeinmedizinern (+ 20 %). Der Anstieg erfolgte jedoch ausschließlich in den 80er Jahren. In den 90er Jahren stagnierte die Zahl privater Zahnarztpraxen.

Patientenrechte

Seit 1992 existiert ein System von Patientenrechten. Bezogen auf Behandlungen im öffentlichen Sektor können Patienten dem unabhängigen *Medical Patients' Complaints Board* Beschwerden vortragen. Eine zur Regulierung von Schäden eingerichtete Patientenversicherung gewährt bei Behandlungsfehlern und bei von medizinischen Produkten ausgelösten Schäden Entschädigungsleistungen.

Seit dem 1. Juli 2002 haben BürgerInnen auch erweiterte Rechte für den Fall überlanger Wartezeiten. Beträgt die Wartezeit auf eine Behandlung in der ausgewählten Klinik mehr als zwei Monate, kann auf Privatkliniken in Dänemark oder auf Kliniken (öffentliche oder private) im europäischen Ausland ausgewichen werden.[70] Voraussetzung: Es muss ein Kooperationsabkommen zwischen den Kliniken bestehen. Der Abschluss derartiger Verträge (auch mit Klini-

---

[68] Die Zahl der Regelkrankenhäuser sank im Zeitraum 1980 auf 2000 von 117 auf 71 und die der psychiatrischen Kliniken von 16 auf 12.

[69] Angaben nach: National Board of Health, Copenhagen und Danish Dental Association; zit. nach: http://www.whocollab.od.mah.se/euro/denmark/data/denmarkmanpow.html (Zugriff: 20.4.2007)

[70] Nach Döring (2006: 16) wurden 2003 umgerechnet 200 Mio. Euro für Maßnahmen zur Reduzierung von Wartezeiten bereitgestellt.

ken in Deutschland) ist im Gang.[71] Der öffentliche dänische Gesundheitssektor kauft sich so teils über den Privatsektor, teils über das europäische Ausland einen Flexibilitätspuffer ein. Alle skandinavischen Länder gehen zwischenzeitlich diesen Weg.

2.2.3 Finnland

Vorbemerkung

Die nachfolgende Darstellung des Bildungssystems stützt sich auf offizielle Darstellungen des Ministry of Education und seiner nachgeordneten Behörden.[72] Wesentliche Quellen für die Darstellung des Gesundheitssystems liefern Broschüren des finnischen Gesundheitsministeriums (Ministry of Social Affairs and Health 2004), der Association finnischer Ärzte (o. J.) und die Studie von Järvelin (2002).

a) Bildungssystem

Vom Nachzügler zum Bildungspionier

Der finnische PISA-Erfolg lenkte in den letzten Jahren den Blick auf dieses einwohnermäßig kleine, flächenmäßig aber große Land. Wäre PISA in den 70er oder 80er Jahren durchgeführt worden, hätte Finnland vermutlich einen der hinteren Plätze eingenommen. Ein Blick auf die finnische Bildungsgeschichte ist diesbezüglich hilfreich, denn historisch betrachtet ist Finnland ein Spätentwickler. Erst 1640 wurde in Turku die erste finnische Universität gegründet und noch Mitte der 19 Jahrhunderts waren Bildung und Erziehung keine öffentliche Angelegenheit, sondern Sache von Familie und Kirche. Es gab keine allgemeine Schulpflicht und kein Recht auf Schulbildung. Die Entwicklung von Bildung als öffentlichem Gut kann man datieren auf die Schaffung einer nicht-kirchlichen nationalen Bildungsagentur im Jahr 1869. Damit wurde der Grundstein gelegt für den Aufbau eines öffentlichen Bildungssystems. Dieses startete 1898 mit der Verpflichtung für Gemeinden, allen Kindern eine Schulmöglichkeit anzubieten. Den nächsten Sprung nach vorne brachte die nationale Unabhängigkeit zum Ende des Ersten Weltkrieges. Wofür andere Länder Jahrzehnte bis Jahrhunderte, blutige Revolutionen eingeschlossen, benötigten, das schaffte Finnland mit einem Schlag. Das Land gab sich aus dem Stand heraus die weltweit demokratischste Verfassung mit allgemeinem und gleichem Wahlrecht für Männer wie Frauen[73] und auch einem Recht auf kostenlose Allgemeinbildung für alle BürgerInnen. 1921 wurde dieses Recht gesetzlich gefasst. Danach freilich tat sich lange wenig. Noch Anfang der 70er Jahren bestand der normale Bildungsweg im Besuch einer nur sechsjährigen Volksschule. Der Aufstieg zu einer Bildungsgesellschaft begann Mitte der 70er Jahre im Rahmen eines ganzheitlich angelegten Expansionsprozesses, der von der Etablie-

---

[71] So wurde am 13. Februar 2007 zwischen dem Universitätsklinikunm Schleswig-Holstein und den größten dänischen Krankenhäusern ein Kooperationsvertrag zur Behandlung von Krebspatienten abgeschlossen (PM von Dr. Anja Aldenhoff-Zöllner, Stabstelle für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Universitätsklinikums S-H vom 12.2.2007): http://idw-online.de/pages/de/news195878

[72] So nicht anders angegeben, erfolgt die Darstellung auf Grundlage der Publikationen des Finnish National Board of Education (2001; 2004, 2005), von Publikationen des Erziehungsministeriums http://www.oph.fi/-english/frontpage.asp?path=447 und von Lattke/Vollmann (2007)

[73] Worauf deutsche Frauen bis nach dem 1. Weltkrieg, Französsinnen gar bis 1944 und die Frauen im Schweizer Kanton Appenzell sogar bis 1990 warten mussten, das erreichten die finnischen Frauen bereits 1907. 19 Frauen saßen damals im finnischen Parlament, 9 davon gehörten der Sozialdemokratie an.

rung vorschulischer Bildung und der Überführung der Volksschulen in ein neunjähriges Gesamtschulsystems (1972 – 1977) bis zum Aufbau einer Parallelstruktur tertiärer Bildung aus Universitäten und polytechnischen Fachhochschulen reicht. Darauf abgestimmt wurde die LehrerInnenausbildung an die Universitäten gebracht und neu ausgerichtet. Buchberger/-Buchberger (2002) preisen als das Besondere der finnischen LehrerInnenausbildung die hohe, stark praxisorientierte und teamorientierte Qualität. Nicht „Skills" in einem engen Sinne stehen im Mittelpunkt, sondern Lernkompetenz und Persönlichkeit.

Resümiert man die Entwicklung seit Mitte der 70er Jahre, kann gesagt werden: Finnland hat es im Rahmen eines holistisch angelegten Reformprozesses geschafft, vorher wenig aufeinander bezogene Systeme zu integrieren unter der Leitidee, Finnland zu einer „knowledgebased economy" mit möglichst hoher Bildung vor alle umzubauen. Der Integrationsprozess umfasste immer weitere Bereiche, so dass vor einigen Jahren auch die Sonder- resp. Förderschulen als eigenständiger Zweig neben der Gemeinschaftsschule weitestgehend aufgegeben wurden. Förderung erfolgt heute in den Schulen. Teams (LehrerInnen, Schulpsychologe, Schulschwester, Eltern) identifizieren dort die Kinder, die in bestimmten Kompetenzbereichen Förderung erhalten sollen. Wie auch in den anderen skandinavischen Ländern wurden gleichzeitig die operativen Zuständigkeiten strikt dezentralisiert. Den Kommunen ist heute die Verantwortung in den meisten schulischen Belangen von der vorschulischen Bildung bis zur oberen Sekundarstufe übertragen. Sie unterliegen einer Zielsteuerung, können jedoch operativ selbstständig agieren. Welche Ressourcen wie eingesetzt werden, wie das genaue Curriculum ist, darüber entscheidet keine Kulturbürokratie, sondern Kommunen und Schulen vor Ort.

Der ganzheitlich angelegte und hoch innovative Reformprozess hat sich für Finnland in jeder Hinsicht bezahlt gemacht. Die ökonomische Rendite, die sich in der schnellen Bewältigung der ökonomischen Krise nach dem Zusammenbruch der UDSSR, der blendenden ökonomische Performanz und dem Aufstieg in die Spitzenliga der weltweiten Innovationsführer niederschlug, ist, wennschon der bedeutsamste, nur ein Aspekt. Ein Nebenaspekt ist das hohe Ansehen, das die finnischen LehrerInnen in der Gesellschaft genießen. Dieses Ansehen ist weit höher als in anderen europäischen Ländern.[74]

Elementarbereich (Vorschulische Bildung)

Die vorschulische Bildung startete aus einem gleichstellungs- und familienpolitischen Motiv heraus. 1973 wurde ein Kindertagesbetreuungsgesetz verabschiedet, das die Kommunen verpflichtete, Kinderbetreuungseinrichtungen nach dem Bedarf der Eltern einzurichten. Ähnlich den anderen skandinavischen Ländern erfolgte Mitte der 90er Jahre, damit just in den Jahren, die von deutschen Ökonomen gerne als Zeit sozialpolitischer Kürzungsmaßnahmen wahrgenommen wird, der entscheidende Sprung nach vorn. 1994 erhielten alle Kinder von 0 – 7 Jahren unabhängig von der Erwerbs- oder Nicht-Erwerbstätigkeit der Eltern ein subjektives Recht auf öffentliche/öffentlich geförderte Betreuung. (Matthies 2004: 37). Seit dem Jahr 2000 sind die Vorschuleinrichtungen durch ein Lerncurriculum in das Schulsystem (ISCED 0) eingebunden. Das Sozial- und Gesundheitsministerium und das Bildungsministerium haben gemeinsam große Anstrengungen unternommen, um alle relevanten Akteure von den Eltern bis zu den Kommunalpolitikern zu Mitgestaltern in diesem Veränderungsprozess zu machen. Im Vordergrund steht die Wertschätzung der Individualität jedes Kindes und die Einbindung der Eltern. Wichtige Lernfelder sind Spracherziehung, mathematisches und technisches Verständnis, Ethik und Philosophie, Natur- und Gesundheitserziehung, Körper und Motorik, soziale Interaktion, Kunst und Kultur. Für das Monitoring wurde eine vereinheitlichte Datenbasis geschaffen.

---

[74] Es entspreche dem Ansehen, das in anderen Ländern Berufe wie Anwälte/Richter genießen (vgl. Nummenmaa/Välijärvi (Hg.) (2006)

Das schulische und berufliche Bildungssystem

(1) Grundbildung bis zur unteren Sekundarstufe

Die Einschulung findet in Finnland erst im Alter von 7 Jahren und damit im internationalen Vergleich sehr spät statt. Dies relativiert sich durch die umfangreiche vorschulische Bildung. Ebenso wie in Schweden ist der Übergang vom Elementarbereich in den Primarbereich gleitend. Für 5 und 6-Jährige gibt es einen flexiblen Schulübergang. Die Vorbereitung auf die reguläre Schule kann an Gemeinschaftsschulen (Vorschulklassen) oder im Kindergarten erfolgen. Obwohl der Besuch freiwillig ist, wird er von gut 90 Prozent der Kinder des entsprechenden Alters wahrgenommen.

Die Grundbildung findet in Gemeinschaftsschulen statt und endet für über 99 Prozent der Schüler mit einem Abschluss. 2005 gab es landesweit 3.450 Gemeinschaftsschulen mit zwischen 10 und über 900 Schülern. Die meisten Schulen stehen in der Verantwortung der Kommunen resp. des Staates. Weniger als 1 Prozent der Schulen sind privat.[75] Neun, fakultativ auch 10 Jahre lernen Kinder gemeinsam, wobei nicht der Schulbesuch, sondern das Erreichen der Lernziele der Grundbildung verpflichtend ist. Seit 1999 gibt es In den ersten 6 Jahren ein Klassenlehrermodell; danach erfolgt Unterricht durch Fachlehrer. Wer die Lernziele der Grundbildung erreicht, hat das Recht auf eine weiterführende Bildung erworben.

Der "National Board of Education" ist die zentrale Steuerungsinstanz des finnischen Bildungssystems. Er definiert die Ziele und bestimmt den kern des nationalen Curriculums. Kernfächer an Gemeinschaftsschulen sind Finnisch und Schwedisch (entweder die eine oder die andere als Muttersprache), eine Fremdsprache, Umweltstudien, Gesundheitserziehung, Religion oder Ethik, Sozialstudien, Mathematik und Naturwissenschaften, Sport, Kunst und Musik Die lokalen Schulträger können dies ergänzen.

(2) Obere Sekundarstufe und berufliche Bildung (Duales System)

Bildung im Bereich der oberen Sekundarstufe hat ein allgemeinbildendes, auf ein universitäres Studium ausgerichtetes und ein berufsbezogenes Profil. Der allgemeinbildende Zweig führt über ein Kurssystem zum zentral organisierten Abitur (Abiturzeugnis = Ylioppilastutkinto). Der berufsbildende Zweig zielt auf qualifizierte Berufsabschlüsse. Die Übergangsquote in den oberen Sekundarbereich ist sehr hoch. 2003 lag sie bei 92 Prozent.

Die berufliche Bildung im Rahmen der oberen Sekundarstufe (Sekundarstufe II) kann im Rahmen einer Berufsausbildung oder einer Lehre absolviert werden. Aktuell (2006) zählt sie 193,3 Tsd. Teilnehmerinnen. Bei der Lehre besteht eine gewisse Ähnlichkeit zum dualen Berufsausbildungssystem in Deutschland. Jede Berufsausbildung umfasst mindestens 20 Studienwochen Ausbildung am Arbeitsplatz sowie Kurse in den Kern- und Wahlfächern. Die Schüler besuchen eine Berufsschule und absolvieren parallel dazu auf Basis eines Ausbildungsvertrages mit einem Betrieb/Arbeitgeber ein praktisches Training in unterschiedlichen Berufsfeldern (Verkehr, Umwelt, Tourismus, Sozial- und Gesundheitsdienste usw.). Träger der beruflichen Bildung sind Gemeinden, Verbände, private Gesellschaften und Stiftungen sowie fünf berufliche Sonderschulen. Aktuell können rd. 52 verschiedene berufliche Abschlüsse erreicht werden. Die Dauer der Ausbildung beläuft sich in der Regel auf 3 Jahre (120 credits / 3 years) und beinhaltet seit 2006 auf nationaler Ebene organisierte Kompetenznachweise. Wer die Ausbildung erfolgreich abschließt, hat die Möglichkeit einen weiteren Bildungsweg an einer Universität oder einem Polytechnikum einzuschlagen.

---

[75] 2005 gab es nur 27 private Gemeinschaftsschulen: http://www.edu.fi/english/pageLast.asp?path=5-00;4699;4847 (Zugriff am 5.4.2007

Abbildung 5: Das finnische Bildungssystem im Überblick

Alter	Lernorte		Klasse	Bemerkungen
	Universität	**Polytechnische Fachhochschulen**		
	Ziel 2: Studierfähigkeit			
18			13	**Klasse 13 bei Bedarf**
17	**Studienkolleg**	**Berufskolleg**	12	**Abschluss: Abitur**
			11	
16	**Ziel 1: Berufsfähigkeit**			
15	**Studienbezogenes Profil in Klasse 9 und 10**	**Berufsbezogenes Profil in Klasse 9 und 10**	10	**Abschluss: FOR(Q), Sek.I**
14			9	**Profilbildung**
13	Gemeinschaftsschule (Klasse 1 – 9/10)		8	
12			7	**Wahlpflichtbereiche**
11			6	
10			5	**2. Fremdsprache**
9			4	
8			3	**1. Fremdsprache (Engl.)**
7			2	
6	**Vorschulklassen**		1	**Flexible Schuleingangs-phase mit 5 oder 6 Jahren**
5	**Kindergärten für alle**			
4				
3				
2	**Frühpädagogische Bildung und Erziehung**			
1				

Quelle: eigene Darstellung

Während in Deutschland der ganz überwiegend Teil der Auszubildenden eine Lehre absolviert, hat die Lehrausbildung in Finnland während der 90er Jahre an Bedeutung eingebüßt. Die Zahl neu abgeschlossener Ausbildungsverträge hat sich von 1995 bis 2001 halbiert.[76]

(3) Hochschulbildung

Das Hochschulsystem besteht aus zwei parallelen Systemen: den eher praktisch ausgerichteten polytechnischen Fachhochschulen (ammattikorkeakoulut) und den stärker wissenschaftlichen Universitäten. Studienplätze stehen für knapp zwei Drittel der entsprechenden Altersjahrgänge zur Verfügung

[76] 1995: 99.936; 2001: 49.285 (Quelle: National Board of Education 2006: The educational institution information system of the OPTI. http://www.edu.fi/english/pageLast.asp?path=500;4699;4847 (Zugriff am 5.4.2007).

Das Fachhochschulwesen ist relativ jung. Erst in den 1990er Jahren wurde es geschaffen. Die polytechnische Ausrichtung spiegelt dabei noch Einflüsse aus dem Import von Bildungsstrukturen aus der DDR in den 60er Jahren. Heute (2005) gibt es 29 staatliche Fachhochschulen. Die Zugänge zu den einzelnen Studiengängen sind beschränkt. Zugangsbedingung für ein Polytechnisches Studium ist das Abitur oder ein Berufsabschluss auf oberem Sekundärniveau. Im Frühjahr und Herbst finden landesweite Auswahlprozesse für die vorhandenen Studienplätze statt. Je nach Fach und angestrebtem Abschluss dauern die Studien 3,5 bis 4,5 Jahre. Darin eingeschlossen ist ein halbjähriges Praktikum. Polytechnische Studiengänge existieren in den Feldern Lebenswissenschaften/Bildung, Kultur, Naturwissenschaften, Tourismus, Sozialwissenschaften und Administration, Gesundheit und Sport, Technologie, Kommunikation und Transport. Es gibt polytechnische Hochschulen sowie eine Polizeihochschule.

Die Universitäten bilden den zweiten Zweig höherer Bildung. Es gibt 20 Universitäten, Sie sind zur Wahrung gleicher Studienmöglichkeiten über das ganze Land verteilt. So gibt es Universitäten in Helsinki, Joensuu, Jyväskylä, Kuopio, Rovaniemi, Oulu, Tampere, Turku, Vaasa und Espoo. Von den 20 Universitäten sind 10 multidisziplinäre Universitäten, 3 Technische Universitäten, 3 Wirtschaftsuniversitäten und 4 Kunstuniversitäten. In Helsinki gibt es darüber hinaus eine Militärhochschule (Maanpuolustuskorkeakoulu). Zugangsbedingung ist das Abitur oder eine dreijährige Berufsausbildung. Im Herbst 2005 haben alle Hochschulen ihre Studiengänge an das im Bologna-Prozess vereinbarte System angeglichen. In den meisten Fächern erwerben Studenten zunächst einen Bachelorabschluss und setzen dann einen Masterstudiengang fort.

Weiterbildung und Lebenslanges Lernen

Da das formale Ausbildungsniveau der älteren Bevölkerung vergleichsweise niedrig ist, erlangte parallel zur Bildungsexpansion die nachqualifizierende Erwachsenenbildung einen hohen Stellenwert. Sie ist kostenlos, sofern sie zu Erstqualifizierungen führt (nachträglicher Erwerb allgemeinbildender wie beruflicher Abschlüsse). Auch Weiterbildung in einem erlernten Beruf oder mit Blick auf diverse andere Ziele hat erhebliche Bedeutung. Aktuell nehmen jährlich 1,7 Millionen Finnen an Weiterbildungsmaßnahmen teil. Ziel der Regierung ist es, die Weiterbildungsquote bis 2008 auf 60 Prozent zu erhöhen und an strategischen Zielen (berufliche Weiterbildung, demokratische Partizipation, Stärkung des aktiven Bürgertums usw.) auszurichten.[77]

b) Gesundheitssystem

Kommunale Gesundheitszentren als Rückgrat - die primäre Versorgung

Alle Einwohner haben ein Recht auf Gesundheit und gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Für die Organisation sind die 448 Gemeinden zuständig. Ihre Zuständigkeit ist im Gesetz über die medizinische Grundversorgung (1972) und im Krankenhausgesetz (1989) geregelt. Ebenso wie im Bildungssystem existiert eine zentralstaatliche Globalsteuerung, während die Ausfüllung des vorgegebenen Rahmens dezentral erfolgt. Rückgrat und Mittelpunkt der Versorgung (primäre Versorgungsebene) sind kommunale Gesundheitszentren (Terveyskeskus). Sie werden von größeren Gemeinden allein und sonst von benachbarten Gemeinden gemeinsam errichtet und finanziert. Landesweit gibt es circa 270 Zentren. Ihre Größe und ihr Leistungsangebot variieren stark, je nach Einzugsgebiet und den örtlichen Bedingungen. In großen Zentren arbeiten hunderte von Ärzten und noch weit mehr Krankenschwestern,

---

[77] Quelle: Finnisches Bildungsministerium http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/aikuiskoulutus_ja_-vapaa_sivistystyoe/?lang=en (Zugriff: 4.4.2007)

Gemeindeschwestern, Hebammen und sonstige Fachkräfte (gewisse Fachärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten). In entlegenen Gebieten wird hingegen lediglich eine Basisversorgung angeboten. In höherem Umfang als in den anderen skandinavischen sind zahnärztliche Prophylaxe- und Behandlungsleistungen in die öffentliche Leistungserbringung einbezogen. Seit 1972 haben Kinder unter 17 Jahren (heute: bis 18 Jahre) Anspruch auf freie Leistungen durch den öffentlichen Dentalservice. Seit Mitte der 80er Jahre wurden diese Leistungen sukzessive auf Erwachsene ausgeweitet. Als Alternative wurde ein Kostenerstattungssystem aufgebaut. Erwachsene, die private Zahnarztpraxen aufsuchen erhalten etwa 40 Prozent der Behandlungskosten vom NHI erstattet; nicht einbezogen sind dabei zahnprothetische Leistungen. Seit 2002 hat die Gesamtbevölkerung Zugang zu öffentlich finanzierten zahnärztlichen Leistungen, die entweder öffentlich oder privat erbracht werden. Gegenwärtig nehmen fast alle Kinder und rd. 50 Prozent der Erwachsenen öffentliche Dienstleistungen in Anspruch. Private Zahnarztleistungen unterliegen keiner Gebührenordnung; die öffentlichen Erstattungsregelungen basieren gleichwohl auf als regulär angenommenen Sätzen (Widström/Eaton 2004)

Die finnischen Gesundheitszentren liefern ein Beispiel für die Möglichkeit ganzheitlich-integrativer Leistungsgestaltung. Das Leistungsspektrum ist breit. Es reicht von der ambulanten Versorgung, präventiven, psychologischen und physiotherapeutischen Leistungen bis zur Familienplanung. Schwangerschaftsberatungen, Schuluntersuchungen und arbeitsmedizinsche Angebote runden das Bild ab.

In der Regel verfügen Gesundheitszentren auch über eine oder mehrere stationäre Einrichtungen mit üblicherweise 30 bis 60 Betten. Hier werden kleinere Eingriffe vorgenommen und chronisch Erkrankte behandelt. Auch kleinere Labore und radiologische Abteilungen gehören zur Grundausstattung.

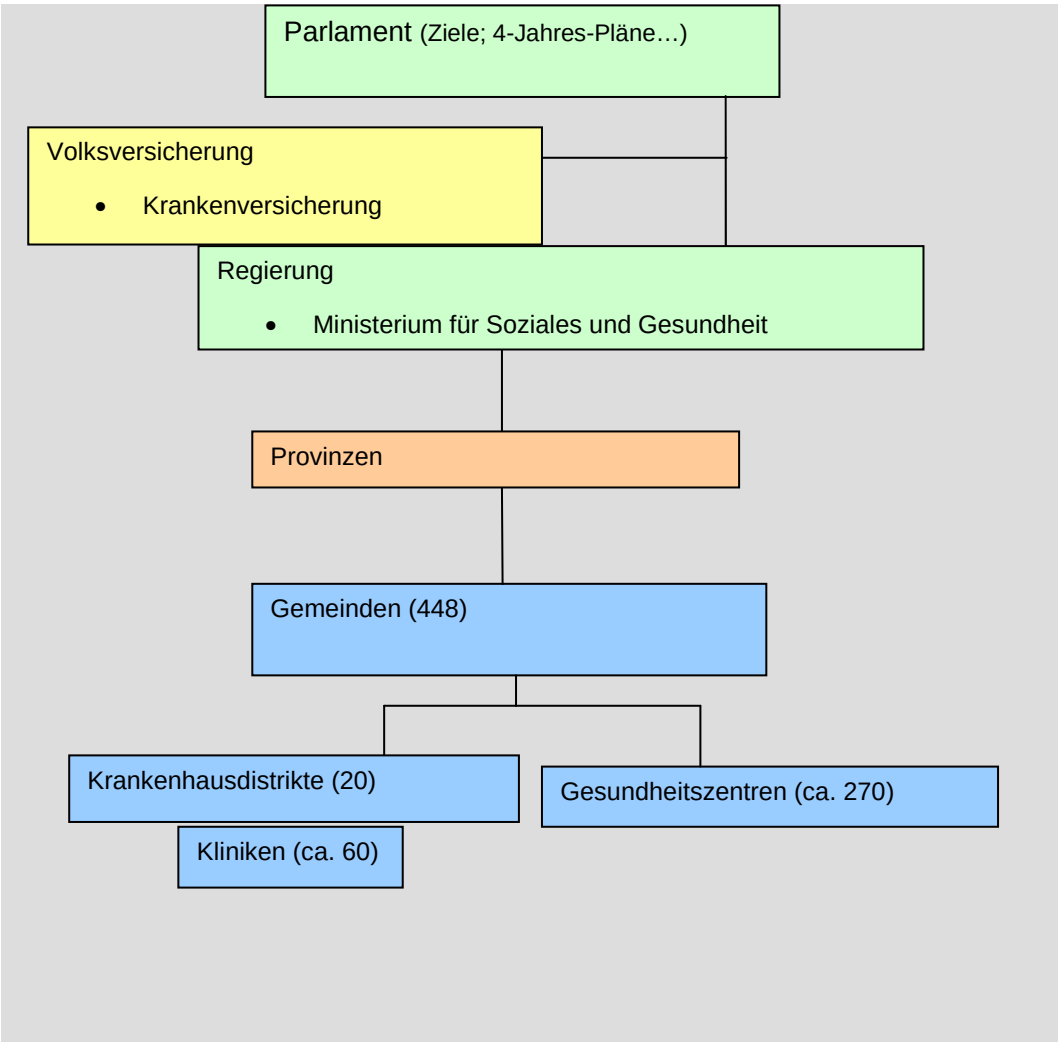
Die Arbeitsweise ist wie in den anderen skandinavischen Ländern durch flache Hierarchien und die Arbeit in multidisziplinären Teams geprägt.[78] Statusdifferenzen wie in Deutschland sind unbekannt. Damit korrespondiert der höhere Professsionalisierungsgrad pflegerischer Berufe. „Nurses"[79] sind im finnischen Gesundheitssystem mehr noch als in den anderen skandinavischen Ländern die zentrale Stütze. Sie halten in der Primärversorgung eigene Sprechstunden ab und führen Behandlungen durch.

---

[78] Dies gilt auch für die Integration der schulpsychologischen Arbeit in den Schulalltag. Deutsche Schulpsychologen besuchten im Mai 2005 die Stadt Hämeenlinna (Finnland). In einem Erfahrungsbericht von Dr. Bernd Jötten (Burgdorf im Juni 2005) wird anerkennend festgehalten, dass ein „auf den Erkenntnissen der pädagogischen Psychologie basierendes wirksames schulisches Verhältnis- und Verhaltensmanagement zur Förderung des Wohlbefindens der Lehrkräfte, der Schülerinnen und Schüler sowie der Erziehungsberechtigten" beobachtet werden konnte. Die Schulpsychologen würden regelmäßig „gemeinsam mit den Sonderpädagogen und -innen sowie den Sozialpädagogen und –innen an den Schülerpflegebesprechungen" teilnehmen. Daraus würden sich dann „schulinterne schülerbezogene Maßnahmen in Form runder Tische, die individuelle Förderpläne, Maßnahmen der Schulpsychologie, der Erziehungsberatung, des schulärztlichen Dienstes oder auch externer Rehabilitation und Therapie erarbeiten und verabreden" ergeben. In die Maßnahmen seien die Erziehungsberechtigten konsequent einbezogen. Die Schülerpflegegruppe begleite und evaluierte die individuellen Förderpläne. Quelle: www.bdp-schulpsychologie.de

[79] Es erscheint sinnvoll, den englischen Begriff „Nurses" beizubehalten, um die Diskrepanz im Professionalisierungsgrad und Selbstverständnis zwischen deutschen Krankenschwestern/-pflegern und den skandinavischen Nurses deutlich zu machen.

Abbildung 6: Die Grundstruktur des finnischen Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung (stark schematisiert)

Hausarztsystem; Patientenrechte und die Priorisierung von Leistungen

In jüngerer Zeit wurden Patientenrechte gestärkt[80] und das Hausarztsystem eingeführt. Dies verknüpft mit Millionen-Investitionen in Telemedizin und der Einführung eines elektronischen Überweisungssystems. Die in Gesundheitszentren beschäftigten Hausärzte sind für jeweils 1500 bis 2000 Menschen zuständig. Zwei Hauptziele werden verfolgt: Zum einen sollen Patienten ihren Arzt schneller erreichen können; zum anderen soll der Therapiebedarf binnen drei Tagen festgestellt werden.

Das Hausarztmodell hat sich als erfolgreiche Innovation bewährt. Zum einen sank der Bedarf an stationären Leistungen; zum anderen gingen die Wartezeiten zurück. Nach einer Information des finnischen Gesundheitsministeriums (Deutsches Ärzteblatt v. 28.06.2006) werden heute vier von zehn Patienten unverzüglich und ohne Wartezeiten versorgt. Für den Rest der Bevölkerung seien die Wartezeiten deutlich verkürzt worden, oft auf nur noch ein bis zwei Tage. Auch der finnische Ärzteverband sieht in der erfolgreichen Umsetzung des Hausarztmodells

[80] Finnland war Vorreiter bei der gesetzlichen Kodifizierung von Patientenrechten (Gesetz von 1993).

einen großen Fortschritt. Die Versorgung sei noch nie so gut gewesen wie heute (Der Finnische Ärzteverband o.J.). Neben der Einführung des Hausarztsystems hat 2006 auch die Priorisierung von Leistungen zu einer weiteren Reduktion von Wartezeiten geführt. Nach Preusker 2007 (936) existieren seit 2005 für 193 Erkrankungen allgemeingültige Leitlinien. Sie wurden parallel mit Behandlungsgarantien verabschiedet. Am Beispiel der Coxathrose (Hüftgelenkathrose) beschreibt er das angewandte Bewertungsverfahren. Je nach Beschwerdebild (Schmerzen, Funktionalität, Klinische Befunde) werden Behandlungsstrategien in der Art eines Stufenmodells festgelegt. Möglich sind konservative, eher auf die Selbstheilungskräfte setzende Therapien, andere nicht-operative Therapien oder operative Behandlungen. Wird aufgrund des Beschwerdebildes die Versorgung mit einem künstlichen Hüftgelenk empfohlen, greift die Wartezeitgarantie. Diese Art der Priorisierung erscheint vielversprechend. Fundierte Beurteilungen sind allerdings erst nach Vorliegen von Evaluationen möglich.

Bei den Patientenrechten verdient Beachtung, dass die individuellen Bedürfnisse der Patienten wie auch ihre Muttersprache und ihr kultureller Hintergrund berücksichtigt werden sollen. Eine Reihe von Rechten sind streng ausgestaltet:[81]

- Die Durchführung einer bestimmten Behandlung bedarf der Einwilligung des Patienten. Diese betrifft die Art der Behandlung und die Form, in der sie durchgeführt. wird.
- Patienten haben ein Recht auf Information über ihren Gesundheitszustand, die vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen, mögliche dabei auftretende Risiken und alternative Behandlungsformen.
- Patienten haben bezogen auf ihre Patientenakte ein Einsichts- und Korrekturrecht.
- Patienten auf einer Warteliste für durchzuführende Behandlungen haben ein Recht, die Gründe der Verzögerung ebenso zu erfahren wie die voraussichtliche Wartedauer. Die maximalen Wartezeiten sind festgelegt. Sie bewegen sich zwischen drei Tagen (Feststellung des Behandlungsbedarfs) und drei Monaten (Behandlungsdurchführung). Überschreitungen um maximal weitere drei Monate sind in eingegrenzten Fällen (bestimmte Zahnbehandlungen, z.B.) möglich.
- Einrichtungen, die medizinische Behandlungen durchführen, müssen einen Ombudsmann vorhalten. Der Ombudsmann hat die Verpflichtung, Patienten über ihre Rechte zu informieren und ihnen im Beschwerdefall zur Seite zu stehen. Unzufriedende Patienten habe ein Beschwerderecht vor der hierfür vorgesehenen Stelle.
- Die Meinung von jungen Patienten muss berücksichtigt werden, sobald diese einen Entwicklungsstand erreicht haben, wo sie in der Lage sind, ihre Einstellungen und Bedürfnisse zu artikulieren.
- Ist der Patient minderjährig, gehen seine Bedürfnisse vor. Erziehungsberechtigte dürfen Behandlungen, die erforderlich sind, um ein Gesundheitsrisiko zu vermeiden oder das Leben zu schützen, nicht verweigern.

Schulgesundheitsdienst

Zur Primärversorgung gehört ein Schulgesundheitsdienst. Hier besteht eine enge Kooperation zwischen professionellen Kräften, Schülern, Lehrern und Eltern. Die Dienstleistungen stehen während des normalen Schultages bereit. An Gesamtschulen werden die SchülerInnen mindestens dreimal im Jahr von *Schulgesundheitsschwestern (School nurses)* und einem Arzt untersucht. Die Ergebnisse münden in einen individuellen Wohlfahrts- und Gesundheitsplan (*personal welfare and health plan*). Zu den Untersuchungsterminen werden die Eltern mit ein-

[81] Ministry of Social Affairs and Health 2004: 20

geladen. Besondere Beachtung finden bei den Untersuchungen soziale Auffälligkeiten, Fragen der psychischen Gesundheit, der sexuellen Orientierung sowie das Körpergewicht. (Finish Ministry of Socail Affairs and Health 2004: 14)

Fachärztliche Versorgung – die sekundäre und tertiäre Versorgung

Die der Primärversorgung nachgelagerte fachärztliche Versorgung (sekundäre und tertiäre Versorgungsebene) wird in Krankenhäusern sowohl ambulant wie stationär erbracht. Finnland ist in 20 Krankenhausdistrikte eingeteilt. Es gibt 5 Universitätskliniken, 15 Zentralkrankenhäuser und circa 40 kleinere Fachkliniken. Die Finanzierung und Organisation der Kliniken wird von den Gemeinden übernommen, die zu einem Distrikt zusammengeschlossen sind. Für die Konsultation eines Facharztes benötigen Patienten eine Überweisung. Ausnahme sind Notfälle. Effizienz und die Realisierung von Produktivitätszuwächsen ist in Finnland ständig Thema. Als erfolgreich erweisen sich Kooperationen zwischen öffentlichen Trägern. Da Kommunen restringierenden Bedingungen wie in Deutschland nicht ausgesetzt sind, gibt es vielfältig kooperative Ansätze.[82] Bemühungen, das staatlich-kommunale System zum Dritten Sektor hin zu öffnen und die Zusammenarbeit mit privaten Anbietern zu verbessern, sind bislang überwiegend in Ansätzen stecken geblieben ((Jävellin 2002: 83)

Betriebliche Gesundheitsfürsorge und Privatsektor

Finnische Arbeitgeber sind gesetzlich verpflichtet, ihren Arbeitnehmern eine betriebliche Gesundheitsfürsorge anzubieten. Diese kann sowohl von den Gesundheitszentren als auch von Privatärzten durchgeführt werden. Der Trend geht dahin, dass sich größere Unternehmen eigene Praxen halten resp. mit Privatpraxen kooperieren, während kleine Unternehmen eher die Leistungen der Gesundheitszentren in Anspruch nehmen. Gegenwärtig (2002) arbeiten rd. vier Prozent der Mediziner in der betrieblichen Gesundheitsfürsorge und rd. 9 Prozent aller Ärzte sind freiberuflich, meist in Gemeinschaftspraxen, tätig. Auch Privatpraxen von Physiotherapeuten haben eine gewisse Relevanz. Für die Konsultation eines privat tätigen Physiotherapeuten oder Facharztes ist anders als im staatlichen Gesundheitssystem keine Überweisung nötig. Während private Anbieter im Bereich ambulanter Leistungserbringung, zumal in größeren Städten, nicht aber in ländlichen Regionen, einen gewissen Marktanteil halten, spielen Privatkliniken in der stationären Versorgung kaum eine Rolle (Anteil von weniger als 5 Prozent aller Krankenhausleistungen).

---

[82] Gemeinden bilden Kooperationen mit anderen Gemeinden, um gemeinsam Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen. Umgekehrt gibt es Gemeinden, die die Nachbargemeinde engagieren, um die Gesundheitsversorgung von dort betreiben zu lassen. Beispielsweise wurde in Helsinki ein neuer Klinikdistrikt geformt, um die Überlappung von Gesundheitsdiensten einzuschränken und Effizienzgewinne zu realisieren In Deutschland wäre Vergleichbares nicht so einfach möglich, da das Örtlichkeitsprinzip den Gemeinden für Leistungsanbietungen in Nachbargemeinden Grenzen auferlegt.

2.2.4 Island

Vorbemerkung

Island ist ein Kleinstaat mit nur 300.000 Einwohnern. Über Jahrhunderte (seit 1383) gehörte es zu Dänemark. Die Ablösung begann mit eigener Verfassung im Jahr 1874. Sukzessive wurden die Bande lockerer; volle Souveränität erlangte Island erst 1944. Seither ist es eine eigenständige Republik.

a) Bildungssystem

Das isländische Bildungssystem unterteilt sich in die vier Stufen Vorschulen, Pflichtschulen, obere Sekundarschulen und den Bereich der Höheren Bildung. Die heute gültigen Rechtsgrundlagen stammen von Mitte der 90er Jahre.[83]

Elementarbereich (Vorschulen)

Rechtsgrundlage für die Elementarbildung (leikskóli) ist das Vorschulgesetz von 1994. Damit wurden Kindertagesstätten (1 – 5 Jahre) in das Bildungssystem integriert. Die meisten Vorschulen werden von Kommunen betrieben; daneben existieren private Einrichtungen. Seit 1999 existiert ein nationales Curriculum. Es hat Empfehlungscharakter. Vorschulen erfüllen einen umfassenden Erziehungs- und Bildungsauftrag. Dazu gehört, dass der Entwicklungsstand jedes Kindes jährlich mit den Eltern genau besprochen wird. Kinder, bei denen Entwicklungsprobleme festgestellt werden, haben das Recht auf spezielle Förderung (Vorschulgesetz, Artikel 15). Dazu existiert ein psychologischer Service.

Vorschulen werden von der Mehrheit der Kinder der Altersjahrgänge 1 bis 5 besucht. 2005 besuchten 39,4 Prozent der 0 bis 2-Jährigen und 94 Prozent der 3- bis 5-Jährigen eine Vorschuleinrichtung. Vorschulen sind ganztags geöffnet (von 7 resp. 8 Uhr morgens bis nach 18 Uhr abends).

Das schulische und berufliche Bildungssystem

(1) Grundbildung bis untere Sekundarstufe

Die Einschulung in die Pflichtschulen (grunnskóli) erfolgt mit 6 Jahren. Primarstufe und die Sekundarstufe I sind integriert. Rechtsgrundlage ist das Pflichtschulgesetz von 1995. (http://eng.menntamalaraduneyti.is/Acts/nr/2432). Es herrscht Schulpflicht, wobei für abgelegen wohnende Kinder ein kostenloser Schülertransport garantiert ist. Ebenso ist das Schulessen frei und es besteht Lernmittelfreiheit. Die Pflichtschulen werden seit dem Schuljahr 1996/1997 von Kommunen betrieben. Sie unterstehen der Aufsicht des Bildungsministeriums und werden auch von dort evaluiert. Innerhalb des gesetzlichen Rahmens haben die lokal Verantwortlichen einen großen Gestaltungsspielraum, müssen aber die vorgegebenen Pflichten erfüllen. Zu den Freiheiten gehört, dass nicht vorgeschrieben ist, ob und wie Benotungen erfolgen. Hier

[83] Die nachfolgende Darstellung stützt sich auf offizielle Dokumente des isländischen Ministeriums für Bildung für Bildung, Forschung und Kultur. Über die Webseite des Ministeriums sind die grundlegenden Rechtsakte in englischer Sprache verfügbar (siehe unter Literatur und Quellen).

besteht in der Praxis eine große Variationsbreite. *Eine Pflicht besteht darin, an Schulen einen primären Gesundheitsdienst (Artikel 55 des Pflichtschulgesetzes) mit der erforderlichen technischen und personellen Ausstattung vorzuhalten.* Private Schulen können gegründet werden. Sie unterliegen den gleichen Bestimmungen wie die staatlichen Schulen. Einen Rechtsanspruch auf staatliche Förderung haben sie nach dem Schulgesetz von 1995 nicht; erfahren aber öffentliche Förderung. Die Pflichtschulzeit endet mit einem Examen, das von unabhängigen, aber öffentlich finanzierten Bildungstestinstituten konzipiert und durchgeführt wird. Das Examen hat die Funktion, den Bildungsstand des Schülers festzuhalten und bildet die Grundlage für Empfehlungen zum weiteren Bildungsweg. Die Teilnahme am Abschlussexamen ist nicht zwingend.

(2) Obere Sekundarschule und berufliche Bildung

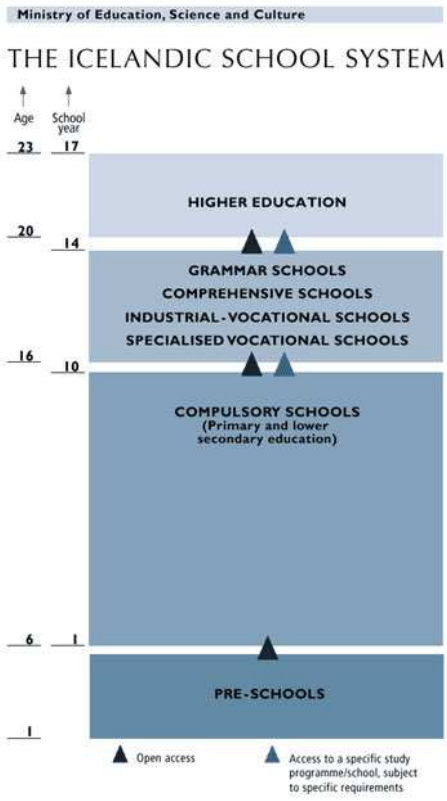
Die Sekundarstufe II (framhaldsskóli)) ist freiwillig. Schüler, die die Ziele der Pflichtschulzeit erreicht haben, können in den oberen Sekundarbereich eintreten, um die allgemeine Bildung bis zum Abitur fortzuführen oder eine Berufsausbildung zu absolvieren. Rechtsgrundlage ist das Gesetz über die oberen Sekundarschulen von 1996. Es trat am 1.1.1997 in Kraft.

Die obere Sekundarbildung dauerte bislang 4 Jahre. Dies bedeutet, dass SchülerInnen in der Regel bereits 20 Jahre alt sind, wenn sie die Reifeprüfung ablegen. Reformüberlegungen sehen eine Verkürzung auf 3 Jahre vor. Im oberen Sekundarbereich gibt es 4 Typen von Schulen (vgl. die Abbildung 7). Die klassischen Gymnasien beinhalten eine nach isländischem Verständnis bereist akademisch ausgerichtete Allgemeinbildung. Die Gesamtschulen ermöglichen eine Allgemeinbildung wie an den Gymnasien, daneben berufliche Trainings und die Absolvierung von Kunstprogrammen. Im allgemeinbildenden und gemischten Zweig (Gymnasien und Gesamtschulen) gibt es ein Kurssystem mit Kernfächern und Wahlfächern. Die Schuljahre sind als Semester mit Semesterabschlussprüfung organisiert. Die Teilnahme an den Prüfungen ist verpflichtend, da Voraussetzung für die Fortsetzung des eingeschlagenen Bildungsweges.

Neben dem allgemeinbildenden Zweig gibt es den berufsbildenden Zweig. Er ist wenig vereinheitlicht. Je nach Berufssparte gibt es unterschiedlich angelegte Programme, auch die Dauer variiert stark. Einerseits kombinieren die Berufsschulen theoretische und praktische Programme in der Ausrichtung auf industrielle und andere nicht-akademische Berufe. Andererseits gibt es Lehrlingsausbildungen, in die die Berufsschulen eingebunden sind. Staat und Privatwirtschaft kooperieren über gemeinsame Ausschüsse. Dem berufsbildenden Bereich mangelt es bislang an Transparenz. So ist z.B. nicht klar, wie sich die Teilnehmer rekrutieren, da direkte Übergänge aus dem Pflichtschulbereich gering sind.

Die meisten Schulen der oberen Sekundarbildung werden vom Staat betrieben. Privatschulen spielen im oberen Sekundarbereich eine größere Rolle als im Pflichtschulbereich. Im Schuljahr 2001/2002 gab es drei Privatschulen. Sie unterliegen den gleichen Regeln wie die öffentlichen Schulen und erhalten im Zusammenhang mit der Zulassung öffentliche Förderung. Daneben finanzieren sie sich über Gebühren.

Abbildung 7: Das isländische Schulsystem im Überblick



Quelle: Ministry of Education, Science and Culture

(3) Hochschulbildung

Universitäre Bildung startete in Island 1911 mit der Gründung der University of Iceland. Gegenwärtig gibt es 9 Hochschulen (6 staatlich, 3 privat), die University of Iceland bleibt jedoch die bedeutendste. 2003 waren über 60 Prozent aller Studenten bei ihr eingeschrieben. Auf dem zweiten Platz folgt die Iceland University of Education mit einem Anteil von knapp 14 Prozent. Nur an diesen beiden Universitäten gibt es in relevantem Umfang postgraduierte Studenten. 2003 fanden sich hier 94,4 Prozent der postgraduierten Studenten.

Das Hochschulwesen durchläuft gerade einen Reformprozess, der auf die Hebung der Qualität gerichtet ist. Mit Gesetz vom Juli 2006 wurde eine neue Rechtsgrundlage geschaffen. Danach müssen die Hochschulen bis 2008 beim Bildungsminister einen Akkreditierungsprozess durchlaufen. Die Gewährung staatlicher Zuschüsse ist an die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien gebunden.

Der Bologna-Prozess führt in Island zu einer Anhebung des Niveaus von Kurzstudiengängen. Bislang gab resp. gibt es Kurzstudiengänge, die bereits nach 2 Jahren zur Verleihung eines Diploms führen, was allerdings vor dem Hintergrund der 4jährigen oberen Sekundarstufe gesehen werden muss. Die neu eingeführten Bachelorstudiengänge dauern 3 bis 4 Jahre. Angebote gibt es in Theologie, Wirtschafts-, Sozial- und Naturwissenschaften, Fischerei-, Agrar-, und Ingenieurwesen, Pädagogik und Lehrerbildung (incl. Vorschullehrer),

Lebenslanges Lernen

Lebenslanges Lernen ist in Island ein relativ neues Thema, das sich aber rapide entwickelt. 1998 legte die Regierung einen Fünf-Jahres-Plan zur Etablierung eines Systems lebenslan-

gen Lernens vor. Lebenslanges Lernen ist danach die Verantwortung aller Teile der Gesellschaft, der staatlichen Institutionen, der privaten Betriebe wie auch jedes einzelnen Bürgers. Die Zuständigkeit für die Weiterbildung Erwachsener und lebenslangen Lernens wurde beim Bildungsministerium angesiedelt. Neun Zentren für lebenslanges Lernen, je eines in jeder wichtigen Region des Landes, wurden seit 1998 eröffnet. Sie haben verschiedene Träger. Die Finanzierung der Erwachsenenweiterbildung und des lebenslangen Lernens ruht im Wesentlichen beim Staat. Dies betrifft die laufenden Kosten und die Übernahme von zwei Dritteln der Gebühren (ein Drittel ist vom Teilnehmer zu tragen). Dort allerdings, wo Kurse mit Blick auf die Weiterbildungsbedürfnisse von Firmen, Gewerkschaften und anderen Organisationen für deren Beschäftigte durchgeführt werden, tragen diese auch die Gebühren.

b) Gesundheitssystem

Bis Ende des 19 Jahrhunderts verfügte Island über ein lediglich rudimentäres Gesundheitssystem. Auf 1000 Einwohner kam weniger als ein Arzt und erst 1866 öffnete in der Hautpstadt Reykjavik das erste Krankenhaus mit gerade einmal 14 Betten. (Halldorsson 2003: 6). Ungefähr ab diesem Zeitpunkt begann dann freilich eine vergleichsweise systematischer Systemaufbau mit guter jährlicher Gesundheitsstatistik (seit 1896). Die nachfolgende Darstellung stützt sich auf Halldorsson 2003, ergänzt um aktuelle regierungsamtliche Mitteilungen.

Staatliches Versorgungssystem mit privaten Restbeständen

Wie auch in den anderen skandinavischen Ländern hat die Bevölkerung einen Rechtsanspruch auf gleichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. „*All inhabitants of Iceland have the right of access to the best possible health service at any given time for the protection of their mental, social and physical health. The law ensures that there is no discrimination against patients on the grounds of sex, religion, beliefs, nationality, race, skin color, financial status, family relations or status in other respect*", heißt es (Anfang 2007) auf der Webseite der isländischen Regierung.

Grundlegend für die heutige Ausprägung des isländischen Gesundheitswesens war die Errichtung eines Ministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit zum 1.1.1970 (Act no. 73/1969). Dem neuen Ministerium wurde die Zuständigkeit für die Organisation des Gesundheitswesens und die Ausformung der auf Gesundheit und soziale Sicherheit gerichteten Politik durch Gesetze, Leitlinien und Direktiven übertragen. Öffentliche Gesundheit, Patientenrechte, die Organisation der Leistungserbringung durch Krankenhäuser, Gesundheitszentren und andere Anbieter sowie Arzneimittelfragen und die Förderung der Medizintechnik sind heute dort angesiedelt (vgl. Abbildung 8). Dieser Ministeriumszuschnitt stand im Zusammenhang mit dem Wechsel von einem Gesundheitssystem öffentlicher Finanzierung und privater Leistungserbringung durch Allgemeinmediziner und Fachärzte in Privatpraxen zu einem System der öffentlichen Gesundheitszentren, bei dem das Land eingeteilt ist in Gesundheitsregionen mit je eigenen Zentren der primären Gesundheitspflege. 1974 wurde der Systemwechsel vollzogen.

Das Gesetz über Gesundheitsdienstleistungen definiert für die Gesundheitszentren folgende Aufgaben (Halldorsson 2003: 42f.)

- *Allgemeinmedizinischer Dienst, Pflegedienste, Physiotherapie, Verhaltenstherapie, Hausbesuche und medizinische Ambulanz*
- *Röntgen- und Labordienste*
- *Spezialdienste, Zahnpflege und Rehabilitation*

- *Häusliche Pflege*
- *Präventive Gesundheitspflege*
- *Gesundheitserziehung*
- *Mutter- und Säuglingspflege, Kinderschutz und Impfungen*
- *Krebsfrüherkennungen (Screenings)*
- *Sozialarbeit und Umweltmedizin*

Prävention spielt bei diesen Diensten eine große Rolle. Sie beginnt mit einem Hausbesuch durch eine Familienhebamme oder „Public health Nurse" während der ersten 6 Wochen nach der Geburt. Familienfürsorge und Gesundheitsvorsorge gehen auch in der Folge Hand in Hand. In den letzten Jahren gab es beim Schulgesundheitsdienst eine Schwerpunktverlagerung von einem auf Untersuchungen konzentrierten Ansatz (Reihenuntersuchungen) zu einem Ansatz, der Untersuchungen mit Maßnahmen der Gesundheitserziehung zu verbinden versucht. (Halldorsson 2003: 12)

Mit der Entscheidung, die gesundheitliche Primärversorgung der Bevölkerung über regionale Gesundheitszentren mit ähnlicher Leistungspalette wie in Finnland und Schweden sicherzustellen, wurden die Privatpraxen von Allgemeinmedizinern zu einem Auslaufmodell; sie sind weitgehend verschwunden. Dies war gewollt, um gesundheitsbezogene Dienstleistungen integrativ und in der Verknüpfung mit präventiven Angeboten erbringen zu können. Gleichfalls wie in Schweden und Finnland sollten die Gesundheitszentren in dezentraler Zuständigkeit betrieben werden. Angesichts der Siedlungsstruktur des Landes erwies sich dies als nicht tragfähig. Es gibt in Island vielfältig zersprengte Siedlungen, wo die Voraussetzungen für ein dezentrales Management nicht gegeben sind. Auf die Dezentralisierung folgte daher eine Rezentralisierung. Auch in anderer Hinsicht wurde der Staatseinfluss gestärkt. Besonders einschneidend war 1989 die Verstaatlichung der Krankenversicherungen. Gegründet wurde eine übergreifende staatliche Sozialversicherung, wie sie ähnlich auch in Norwegen existiert. Im Verhältnis zu den lokalen Behörden stärkte der Staat bis in die jüngste Zeit seinen Einfluss. So übernahm er 1999 das größte Krankenhaus (Reykjavik Hospital) in eigene Regie und hat später die Fusion mit einem anderen Haus zum staatlichen Universitätsklinikum „Landspitali University Hospital" mit über 900 Betten und rd. 3.900 Vollzeitbeschäftigten durchgesetzt (Halldorsson 2003: 98). Gegenläufig zu diesen Entwicklungen hat er sich auf anderen Feldern seit Mitte der 90er Jahre zurückgenommen. Der Arzneimittelsektor wurde dereguliert; die vorher bestehenden Restriktionen für Apotheker weitgehend aufgehoben. Auch gibt es für ein Gesundheitszentrum mittlerweile einen privaten Betreiber.

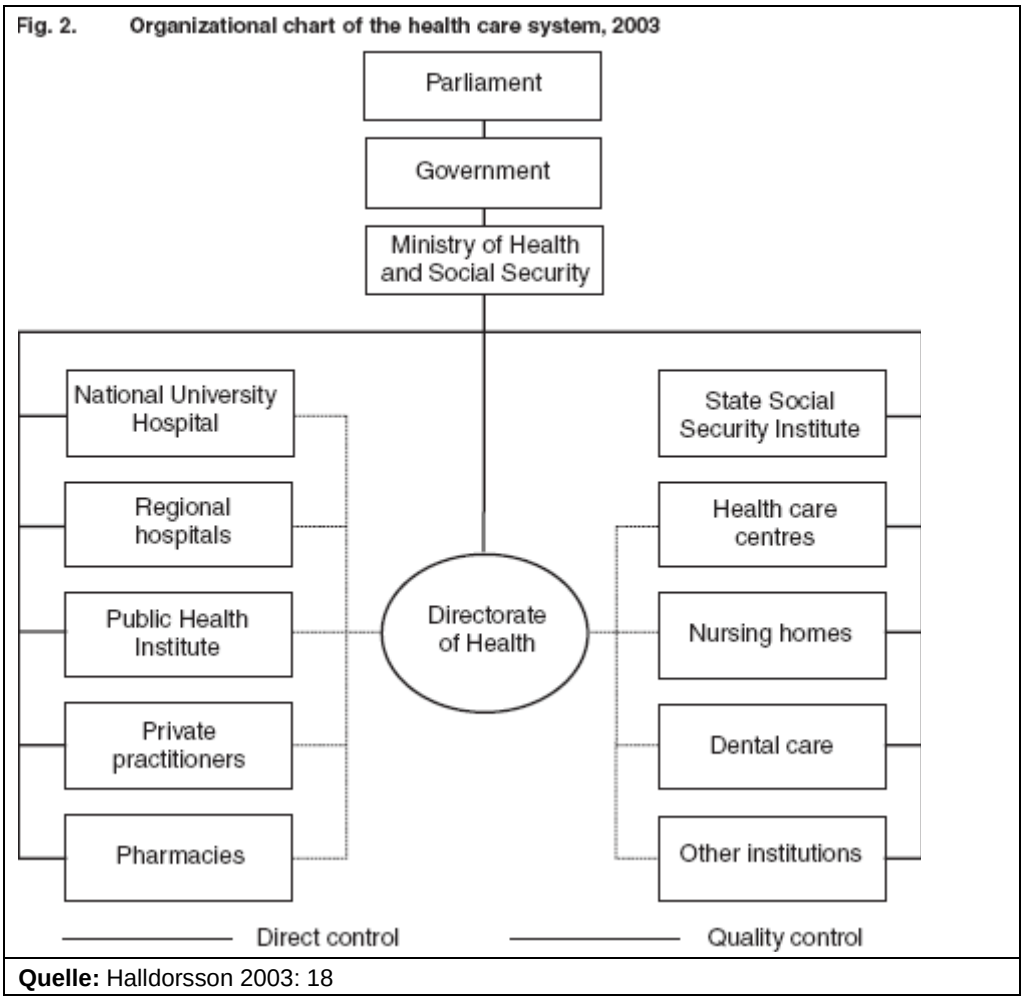
Obwohl die isländische Primär- und Sekundärversorgung auf den ersten Blick stark der von Finnland und Schweden ähnelt, gibt es einen gravierenden Unterschied. Er resultiert aus der unklaren Stellung privater Facharztpraxen bei gleichzeitig nur geringer ambulant-fachärztlicher Leistungserbringung von Krankenhäusern.[84] Fachärzte sind sowohl freiberuflich in eigener Praxis tätig wie als Angestellte in den Krankenhäusern. Gegenüber den Allgemeinmedizinern in den Gesundheitszentren haben sie eine privilegierte Stellung. Sie resultiert aus den Individualverträgen, die sie mit dem staatlichen Sozialversicherunginstitut (SSSI) abgeschlossen haben. Im Ergebnis erzielen sie höhere Einkünfte als die Allgemeinmediziner in den Gesundheitszentren und erbringen aufgrund unklarer Aufgabenabgrenzung teilweise gleiche Leistungen wie die Ärzte der Gesundheitszentren. Dies dann allerdings zu höheren Kosten. Entgegen der offiziellen Philosophie, wonach die Gesundheitszentren die Eingangspforte in spezialisier-

[84] Neben dem Universitätsklinikum Landspitali University Hospital bietet Akureyri im Norden Medizin auf universitärem Niveau. Die meisten der sonstigen rd. 20 Krankenhäuser sind sehr klein mit jeweils nur wenigen Betten. (Halldorsson 2003: 50)

te Leistungserbringung sind oder sein sollen, existiert faktisch eine doppelte Facharztschiene. Die Verwerfungen, die sich aus der unzulänglichen Einbindung der privaten Fachärzte in das öffentliche Gesundheitssystem ergeben, werden schon lange intensiv diskutiert. Gleichwohl wird an der widersprüchlichen Politik festgehalten. Hierfür spielt die starke Lobbyposition der niedergelassenen Fachärzte ebenso eine Rolle wie die politische Dominanz von Parteien der politischen Rechten.

Die Finanzierung der Gesundheitsdienstleistungen (Sachleistungen) ist Aufgabe der Zentralregierung und erfolgt überwiegend aus Steuermitteln. Bei den meisten der im Primärsektor erbrachten Leistungen sowie bei Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln müssen die Patienten Zuzahlungen entrichten. Aktuell werden ca. 17 Prozent der Gesundheitsausgaben über Patientengebühren und sonstige Selbstzahlungen gedeckt. Die Krankenhausbehandlung allerdings ist gebührenfrei.

Abbildung 8: Das isländische Gesundheitssystem im Überblick



Quelle: Halldorsson 2003: 18

Das Staatliche Sozialversicherungsinstitut SSSI (vgl. Abildung 8) ist für Geldleistungen und Kostenerstattungen zuständig. Es unterhält nach dem Modell der skandinavischen Einwohnerversicherung verschiedene Sozialversicherungszweige (Altersrente, Berufsunfähigkeitsrente, Gesundheit). Der Verwaltungsrat wird von Mitgliedern des Parlaments gestellt.

Eine besondere Bedeutung mit langer Tradition haben in Island Screenings im Bereich der Krebsfrüherkennung. So hat die Isländische Krebsgesellschaft als Nicht-Regierungs-organi-

sation früh flächendeckendes Screening propagiert und im öffentlichen Auftrag etabliert. Bereits 1964 startete ein flächendeckendes Zervic-Screening, das sich seit 1988 an alle Frauen ab 20 Jahre richtet. Sie erhalten alle 2 Jahre eine Einladung, an der Früherkennungsmaßnahme des Gebärmutterhalskarzinoms via Abstrich teilzunehmen. Etwa 3 von 4 Frauen nehmen an den öffentlich geförderten/durchgeführten Maßnahmen teil. Die Gesellschaft hat weitere Früherkennungssysteme (Mammographie-Screening für Frauen ab dem 40 Lebensjahr) aufgebaut. Das Zervic-Screening ist ebenso wie in Deutschland ein Erfolg, denn in den ersten 35 Jahren nach der Etablierung ging die Krebsinzidenz beim Zervic-Karzinom um zwei Drittel und die Todesrate um drei Viertel zurück (Halldorsson 2003: 14).[85] Allerdings, andere Krebsarten haben trotz flächendeckender Früherkennungen zugenommen. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass der Nutzen von Früherkennungsmaßnahmen differenziert gesehen werden muss.

In den letzten Jahren gab es in Island gewisse Privatisierungen. Im Zentrum stehen Leistungen der Zahnmedizin. Bis 2001 gab es öffentliche zahnmedizinische Leistungen. Die entsprechenden Kliniken wurden im Jahr 2002 geschlossen. Seither erfolgen Zahnbehandlungen zu praktisch 100 Prozent durch private Praxen. Für Jugendliche unter 18 Jahren und Ältere über 67 Jahren gibt es Teilkostenerstattungen durch den SSSI. Die für die Erstattung maßgeblichen Gebührensätze werden vom Gesundheitsministerium festgesetzt. Üblicherweise liegen sie unter den Gebührensätzen, die Zahnärzte tatsächlich erheben. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren werden 75 Prozent der Behandlungskosten erstattet; bei kieferorthopädischen Leistungen gibt es einen Festzuschuss von 1.750 Euro. Erwachsene müssen die zahnärztlichen Leistungen vollkommen privat bezahlen. Bislang existiert diesbezüglich auch keine private Versicherung.

2.2.5 Norwegen

Vorbemerkung

Bei der Gestaltung seiner Bildungsinstitutionen orientierte sich Norwegen lange an Deutschland. Die Besetzung durch das nationalsozialistische Deutschland im 2. Weltkrieg mit norwegischer Widerstandsbewegung und erst spät erklärtem offiziellem Kriegsende brachte eine Zäsur. Heute fügt sich das norwegische Bildungs- und Gesundheitssystem in den Kontext der skandinavischen Wohlfahrtsstaaten. Wie auch die anderen skandinavischen Länder hat Norwegen Rechte auf Gesundheit und Bildung geschaffen. Dies nicht nur allgemein, sondern auch spezifiziert. So war Norwegen 1976 das erste Land der Welt, das für jeden Erwachsenen einen Rechtsanspruch auf ständige Weiterbildung begründete.

Die nachfolgende Darstellung des Bildungssystems stützt sich auf offizielle Darstellungen der norwegischen Regierung mit Stand 2006/2007. Wesentliche Quellen für die Darstellung des Gesundheitssystems sind regierungsamtliche Dokumente rund um die Einführung eines Hausarztsystems im Jahr 2001 und die Studie von Johnsen 2006.

---

[85] In Deutschland wurde der jährliche Abstrich Anfang der 70er Jahre zu einer GKV-Regelleistung. Nach Rosenbrock (2007:21) ging die Neuerkrankungsrate um 60 Prozent zurück.

a) Bildungssystem

Bildung und Erziehung für alle ist Basis und oberstes Ziel der norwegischen Bildungspolitik. Ob Kinder und Jugendliche auf dem Land oder in der Großstadt aufwachsen, ob die Eltern reich oder arm sind, dies soll keinen Einfluss haben auf den Bildungserfolg. Es wird die höchst mögliche Bildung angestrebt in einem Rahmen, der durch lebenslanges Lernen geprägt ist. Dazu gehört, dass ältere BürgerInnen (Geburt vor 1978) mit geringer Bildung das Recht haben, mit öffentlicher Förderung einen oberen Sekundärabschluss nachzuholen.

Mit 323.759 Quadratkilometern ist Norwegen fächenmäßig ein großes und mit nur 4,6 Mio. Einwohnern zugleich ein kleines Land. 2005 waren weit über eine Million als Schüler/Studenten in einer Bildungsinstitution eingeschrieben und über 600 Tsd. nahmen an Erwachsenenbildungskursen teil. Der norwegische Staat stellt für Bildung finanzielle Mittel bereit, die sich auf fast 7 Prozent des BIP belaufen. Es gibt ungefähr 3.300 Grund- und untere Sekundarschulen mit rd. 50.700 Lehrern sowie rd. 505 obere Sekundarschulen mit annähernd 22.100 Lehrern. Ungefähr 170 000 Studenten sind an Universitäten und Colleges eingeschrieben.

Elementarbereich (Vorschulen)

2005 gab es insgesamt 6.278 *Kindergartens* mit insgesamt 223.501 Kindern bis 5 Jahre. Knapp 30 der Kinder waren unter 2 Jahren (Statistics Norway 2006: 3). Die vorschulische Bildung liegt weniger stark in öffentlicher Hand als in den anderen skandinavischen Ländern; 54,5 Prozent der *Kindergartens* werden privat betrieben. Verglichen mit Dänemark und Schweden hinkt Norwegen beim Ausbau frühkindlicher Bildung und Erziehung hinterher. Eines der Ziele der rot-rot-grünen Regierung, die seit Ende 2005 die zentralstaatliche Politik gestaltet, besteht darin, diese Lücke zu schließen. Dazu gehört, dass die Profilierung der Kindergärten zu Bildungsstätten vorangetrieben wird. Seit 2006 sind sie Teil des Bildungssystems in der Zuständigkeit des Bildungs- und Forschungsministeriums.

Das schulische Bildungssystem

Das schulische Bildungssystem unterteilt sich in vier aufeinander aufbauende Systeme:

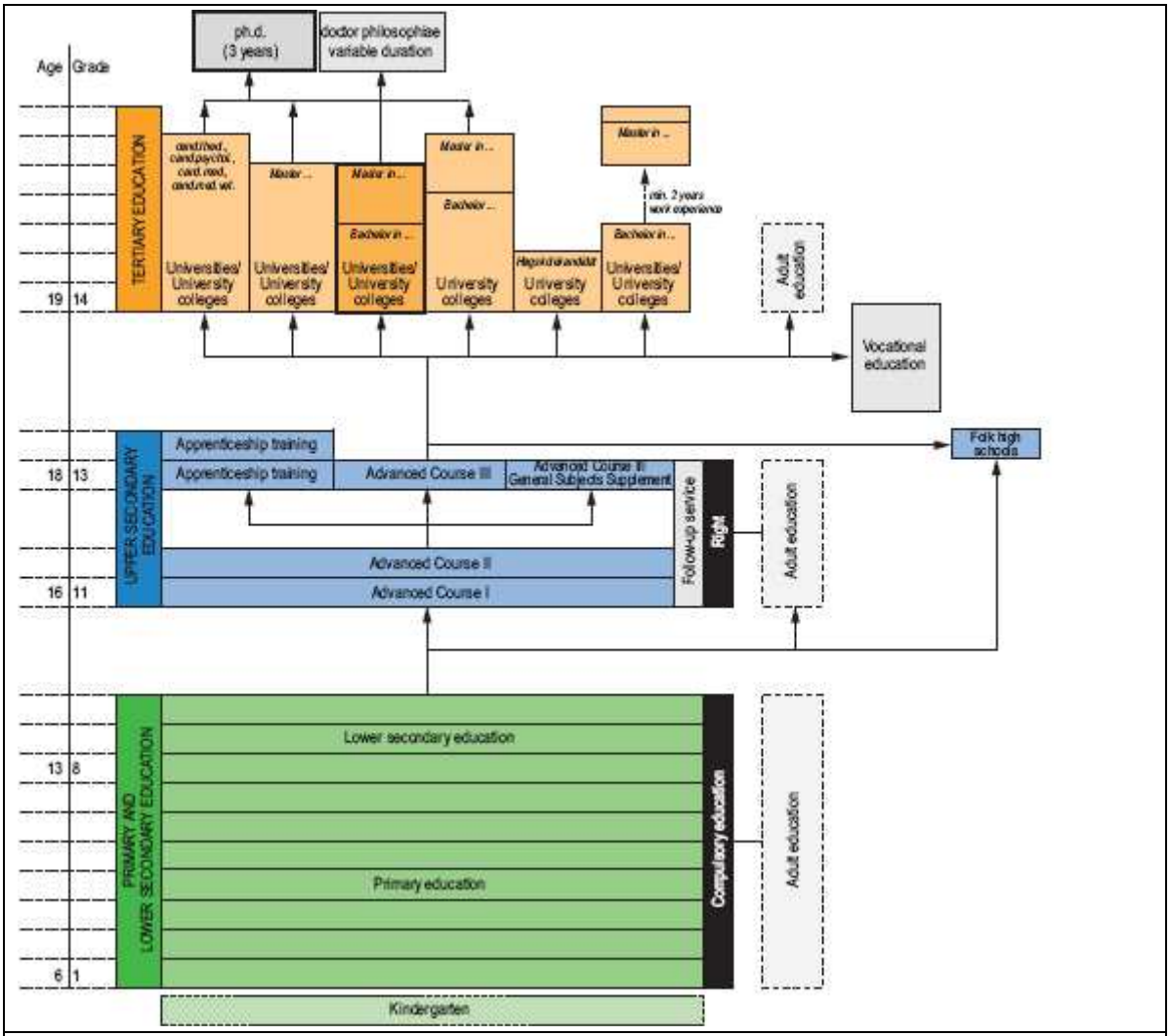
(1) Grundbildung bis zur unteren Sekundärstufe

Die gesetzliche Schulpflicht wurde in Norwegen sukzessive von sieben Jahren (1889) auf 10 Jahre (seit 1997) ausgeweitet. Sie erstreckt sich auf die Grundstufe (1.-7. Klasse) und die Oberstufe (8.-10) mit Einschulung im Alter von 6 Jahren. Das Schulsystem ist zentral gesteuert mit einheitlichem staatlichem Lehrplan. Wesentliche Lernziele bis zur unteren Sekundärstufe bestehen in der Vermittlung der für ein eigenverantwortliches Leben erforderlichen Grundfertigkeiten und dem Erlernen der Werte der norwegischen Gesellschaft. In den Grundschulen und Schulen der unteren Sekundarstufe gibt es einen feststehenden Fächerkanon (Ethische Erziehung, Norwegisch, Mathematik, Sozialkunde, Naturwissenschaften/Umwelt, Lebensmittel/Gesundheit, Englisch ab dem 1. Jahr, Kunst, Musik, Sport). In der Oberstufe existieren Wahlmöglichkeiten.

Verantwortlich für die Durchführung der schulischen Bildung ist die kommunale Ebene. Für die ersten vier Klassen müssen Gemeinden dabei für die Zeit vor und nach dem Unterricht altersgemäße Betreuungsmöglichkeiten vorhalten. Der Rechtsanspruch auf „Day-care facilities for school children" gilt seit dem 1. Januar 1999. Er schließt Kinder mit Behinderungen ein; für sie sind besondere Betreuungsmöglichkeiten vorzuhalten. Während es in Schweden in den letzten Jahren einen Bedeutungszuwachs privater Schulen gegeben hat, gilt dies für Norwegen nicht. Die SchülerInnen der Primar- und Sekundarstufe I besuchen zu über 98 Prozent kommunale Schulen; auf der Sekundarstufe II sind es immer noch rd. 96 Prozent. Private Schulen gelten als Ergänzung. Entweder handelt es sich um religiöse Konfessionsschulen

oder um Schulen mit einer alternativen Pädagogik. Die zugelassenen privaten Schulen erhalten finanzielle Förderung durch den Staat.

Abbildung 9: Das norwegische Bildungssystem im Überblick



Quelle: Statistics Norway (Hg.) (2006): Facts about education in Norway 2007 – key figures (in cooperation with the Ministry of Education and Research and directorate for Education and Training, Oslo (Dezember 2006): 2

(2) Obere Sekundarstufe

Die obere Sekundarstufe führt zu einem Ausbildungsabschluss zwischen unterer Sekundarstufe und Hochschulniveau. Seit 1994 existiert für alle BürgerInnen im Alter von 16 bis 19 Jahren ein Recht auf eine dreijährige Ausbildung in der oberen Sekundarstufe. Ergebnis kann sowohl ein Facharbeiter- resp. Gesellenbrief aufgrund einer beruflichen Ausbildung oder auch die Hochschulberechtigung sein. Die berufliche Fachausbildung erfolgt sowohl in der Schule als auch im Betrieb. Anders als in Deutschland ist sie nicht dual angelegt, sondern umfasst normalerweise eine zunächst zweijährige Ausbildung an der Schule und danach eine einjährige Ausbildung im Betrieb. SchülerInnen mit besonderen Lernbedürfnissen erfahren eine besondere Förderung.

Die obere Sekundarschulausbildung wurde im Jahr 2006 reformiert. Seit Herbst 2006 können Schüler zwischen 12 Schwerpunktbereichen wählen. Sie reichen von technisch-naturwissenschaftlichen Fächern (Elektro, Anlagentechnik, Ökologie) über soziale und handwerkliche Fächer (Gesundheit, Soziales, Handwerk) bis zu Musik, Tanz, Drama. Die Übergänge von der berufsbildenden oberen Sekundarausbildung in den allgemeinbildenden Zweig wurden erleichtert. Die Regionalverantwortlichen sind gesetzlich verpflichtet, für junge Menschen im Alter von 16 bis 19 Jahren, die in den Bereich höherer Bildung wechseln wollen, spezielle Trainings anzubieten.

(3) Hochschulbildung

Das System der Hochschulbildung umfasst alle Bildungsangebote der Universitäten und Fachhochschulen. Zugangsvoraussetzung ist der erfolgreich abgeschlossene Besuch einer Einrichtung des oberen Sekundarschulbereichs. Norwegen hat sechs Universitäten, sechs Fachuniversitäten, 25 Fachhochschulen, zwei staatliche Kunsthochschulen und 29 private Einrichtungen mit Hochschulstatus. Die Universitäten bieten eine akademische Vollausbildung und sind auch für Forschung zuständig. Die Fachhochschulen sind enger berufsorientiert. Studien dauern hier zwei bis vier Jahre. Viele der Hochschulen bieten auch Kurse auf Master- und PhD-Niveau an. Es ist möglich und nicht ungewöhnlich, dass Studenten Kurse an Universitäten und Fachhochschulen kombinieren.

Studiengebühren werden wie in allen skandinavischen Ländern nicht verlangt. In privaten Einrichtungen allerdings sind Gebühren üblich. Damit Studenten unabhängig von Wohnort, Geschlecht, Alter und dem sozialen Status der Eltern ein Studium absolvieren können, gewährt der staatliche norwegische Ausbildungsfonds eine Studienförderung. Das Förderungsprogramm übernimmt die Unterhaltskosten der Studenten während des Zeitraums, wo sie über kein Einkommen verfügen. Es kann mit anderen Programmen der Sozialfürsorge kombiniert werden.

Norwegen hat die Zielsetzungen des Bologna-Prozesses als eines der ersten europäischen Länder umgesetzt. Die Implementation wurde durch eine gute finanzielle Dotierung der für die Umstellung erforderlichen Arbeiten erleichtert. Nach der im Jahr 2003 beschlossenen Reform gibt es das in Abbildung 9 enthaltene Schema akademischer Grade: der einstufige Masterabschluss dauert 5 Jahre; der Bachelor-Abschluss dauert 3 Jahre und führt in der Fortführung um zwei weitere Jahre gleichfalls zu einem Masterabschluss. An beide tertiären Ausbildungswege kann ein Doktorat angeschlossen werden, das üblicherweise nach 3 Jahren mit der Promotion abgeschlossen wird. Eingeführt wurde dabei auch das Europäische System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (ECTS). Im Herbst 2005 waren mehr als 211.000 Studenten in den modularen Studiengängen eingeschrieben. Studentinnen dominieren; an Fachhochschulen betrug ihr Anteil 63 Prozent, an den Universitäten 56 Prozent.

Lebenslanges Lernen

Die norwegische Bildungspolitik misst dem lebenslangen Lernen und der Erwachsenenbildung große Bedeutung bei. Lernen wird als etwas verstanden, das in allen Lebensphasen auf viele verschiedene Arten und in vielen unterschiedlichen Bereichen stattfindet. Jeder Einwohner soll in die Lage versetzt werden, neues Wissen und erweiterte fachliche Kompetenz zu erlangen, um seine Aufgabe in der Gesellschaft zu erfüllen und sich den ständigen Veränderungen des Arbeitslebens anpassen zu können.

Anders als das Erstausbildungssystem weist das Weiterbildungssystem eine vielfältige Trägerstruktur aus staatlich-kommunalen, privat-gemeinnützigen und privatwirtschaftlichen Einrichtungen auf. Derzeit (2005) existieren 19 Erwachsenenbildungsverbände mit insgesamt mehr als 400 Mitglieder-Organisationen, die sich aus Kreisen politischer Verbände, der Arbeiterschaft sowie verschiedener religiöser Glaubensgemeinschaften zusammensetzen. Zum

Weiterbildungsbereich gehören auch die „Volkshochschulen". Volkshochschulen sind Bildungsstätten mit Wohnmöglichkeit, die auf eine Belegung bis max. 100 Personen ausgelegt sind (Heimvolkshochschulen). Dies soll ein individuelles Lernen ermöglichen. Formale Abschlüsse können an Volkshochschulen nicht erworben werden, wohl aber Volkshochschul-Diplome. Nur 10 Volkshochschulen werden staatlich resp. kommunal betrieben. Die meisten sind im Besitz von privaten Organisationen und Stiftungen. Vergleichbar den Hochschulen sind auch die Volkshochschulen gebührenfrei. Für Verpflegung, Lehrmittel etc. müssen die Kursteilnehmer jedoch selbst aufkommen. Sie können dafür vom Staatlichen Norwegischen Ausbildungsfonds eine Förderung (Stipendien oder Studienkredite) erhalten. Der Besuch von Volkshochschulen hat in Norwegen einen anderen Stellenwert als in Deutschland der Besuch von Lehrgängen und Seminaren, die von den Bildungsstätten der politischen Stiftungen, Gewerkschaften usw. angeboten werden. So nutzen viele Abgänger der oberen Sekundarstufe den Besuch einer Volkshochschule als Zwischenstation, um ein Übergangsjahr einzulegen, das dazu dient, zukünftige Ausbildungs- und Berufsmöglichkeiten zu überdenken. Auch in späteren Jahren kann hier eine Auszeit eingelegt werden, um sich beruflich und/oder privat neu zu orientieren.

b) Das Gesundheitssystem

Allgemeines und Verantwortlichkeiten

Alle Einwohner mit ständigem oder temporärem Wohnsitz in Norwegen haben Anspruch auf Leistungen der Prävention, der gesundheitlichen Versorgung und der Pflege. Bei der Erbringung und Steuerung der Leistungen gibt es eine geteilte Verantwortung zwischen lokaler, regionaler und zentraler Regierungsebene. Die Zentralregierung ist über das Ministerium für Gesundheit und Pflegedienste nicht nur für übergeordnete Fragen, Gesetzgebung, Aufsicht, und Budgetierung zuständig, sondern zusammen mit den Regionen auch für Krankenhäuser. Unter den Vergleichsländern hat Norwegen damit das am stärksten hierarchisch strukturierte System. Anders als in Dänemark, Finland und Schweden steht die Zentralregierung direkt in der Planungs- und Organisationsverantwortung. Die regionale Ebene besteht aus fünf Gesundheitsregionen und trägt die Hauptveranwortung für fachmedizinische Dienste. Die lokale Ebene mit 434 Gemeinden ist für die Primärversorgung einschließlich der Erbringung von Pflegeleistungen und die 19 Landkreise sind für zahnärztliche Versorgung zuständig.

Unter den Körperschaften spielt die Staatliche Gesundheitsbehörde (Statens Helsetilsyn) eine große Rolle. Bei ihr laufen die Berichte der Gesundheitsbehörden zusammen. Sie leistet die Fachaufsicht und versucht die hauptsächlichen Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung festzustellen. Auch der National Insurance Scheme (NIS) hat eine wichtige Rolle. Er wurde 1967 gegründet und leistet Kostenerstattungen bei krankheitsbedingtem Einkommensausfall und bei Leistungen, die von privaten Anbietern erbracht werden. Der NIS ist eine dem Ministerium für Gesundheit und soziale Angelegenheiten unterstehende Behörde, vergleichbar einer obersten Bundesbehörde in Deutschland.

Die primäre Versorgung - Hausarztsystem und kommunale Dienste

Im Rahmen der Primärversorgung haben die Gemeinden (Gesetz von 1982) die Aufgabe, für einen guten Gesundheitszustand der Bevölkerung zu sorgen, bei Krankheiten Behandlungsangebote bereit zu stellen, sich um die ambulante Pflege älterer und behinderter Menschen zu kümmern und das Ganze so zu steuern, dass stationäre Aufenthalte möglichst vermieden werden. Drei Aufgabenfelder haben die Gemeinden wahrzunehmen (Johnson 2006: 19):

- Gesundheitsfürsorge und Prävention. Dazu zählt die Unterhaltung von Schulgesundheitsdiensten, Gesundheitszentren und die Erbringung von Kindergesundheitsdiensten durch Hebammen, Ärzte und Gesundheitsinspektoren („Health visitors"). Die Gesundheitszentren erfüllen im Wesentlichen Aufgaben wie in Deutschland die Gesundheitsämter. Zusätzlich jedoch betreuen sie Frauen während der Schwangerschaft.

- Die Sicherstellung von Diagnose, Behandlung und Rehabilitation. Eingeschlossen sind Notdienste, Pflegedienste und Physiotherapie.
- Ambulante und stationäre Pflegedienste.

Ärztliche Behandlungsleistungen werden im Primärsektor überwiegend von niedergelassenen Allgemeinmedizinern erbracht. Ihr Einkommen erzielen sie durch Pauschalzahlungen der Gemeinden, Kostenübernahmen des Staatlichen Versicherungssystems (NIS) und direkte Zahlungen der Patienten. Mit Start im Juni 2001 wurde von Dänemark das dort schon lange bestehende *Hausarztsystem* (vgl. oben) übernommen.[86] Wer beim nationalen Personenregister registriert ist, was z. B. Asylbewerber einschließt, kann sich für einen Allgemeinmediziner eigener Wahl registrieren lassen oder für freie Arztwahl optieren. Die Wahlmöglichkeit gilt ab dem 16. Lebensjahr und bietet ähnliche Vorteile wie in Dänemark. Zweimal im Jahr kann auch ein anderer Arzt aufgesucht werden und es besteht das Recht, medizinische Fragen durch die Einholung einer zweiten Meinung abzuklären. Ziel der Reform ist die Stärkung der Qualität medizinischer Dienste auf der Primärebene und die Installierung fester Vertragsbeziehungen zwischen Allgemeinmedizinern und den lokalen Behörden. Diese schließen mit Allgemeinmedizinern Hausarzt-Kontrakte ab. Als Hausärzte sollen die ganz überwiegend frei praktizierenden Ärzte dann weitreichende Pflichten übernehmen. Sie sind verantwortlich für die Planung langfristiger Gesundheitsstrategien bezogen auf die bei ihnen gelisteten BürgerInnen und haben im Krankheitsfall eine beratende und koordinierende Funktion. Jährlich gibt es Honorarverhandlungen zwischen der Norwegischen Vereinigung kommunaler und regionaler Körperschaften (Kommunenes Sentralforbund, KS) und der Norwegischen Ärztevereinigung (Den norske lægeforening, Dnlf). Wie gut sich das System in die bestehenden Strukturen einfügt, wird erst nach einiger Zeit zu beurteilen sein. In Norwegen existieren Schulgesundheitsdienste, Kindergesundheitszentren usw. mit angestellten Fachkräften. Deren Tätigkeit könnte durch das Hausarztschema untergraben werden. Was sich abzeichnet ist eine zunehmende Tendenz in Richtung freiberuflicher Tätigkeit auf Basis eines Kontraktes mit der jeweiligen Kommune. Bei den BürgerInnen wiederum existiert nur eine geringe Bereitschaft, für freie Arztwahl zu optieren. Nach Johnsen (2006: 19) sind 99 Prozent der Bevölkerung bei einem Hausarzt registriert. Dies liegt noch unter den dänischen Zahlen, wo ebenfalls weniger als 2 Prozent der Bevölkerung freie Arztwahl mit Kostenerstattung wählen.

Wie in den anderen skandinavischen Ländern mit Ausnahme von Finnland sind *Dentalbehandlungen* nur teilweise in das öffentliche System einbezogen. Der öffentliche Dentalservice wurde 1950 eingeführt, Die Gemeinden sind verantwortlich für die Planung und Finanzierung, Der Service sichert allen Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren freien Service, Für die 19- und 20-Jährigen gibt es einen Übergang; sie müssen 25 Prozent der Gebühren selbst zahlen, Generell sind für die zahnärztliche Behandlung Erwachsener private Zahnärzte zuständig, Wer diese Leistungen in Anspruch nimmt, erhält in der Regel keine öffentliche Kostenerstattung, 1996 wurde eine private Dentalkrankenversicherung eingeführt, die bei Zahnbehandlungen Kostenerstattung leistet, Allerdings bestehen Ausnahmen für bestimmte Gruppen und für Gebiete ohne private Zahnarztpraxen. Hier sichern die Gemeinden die Versorgung, Im Jahr 2000 erhielten 6 Prozent der Erwachsenen zahnärztliche Versorgung durch den kommunalen Dentalservice, Die Gebühren werden von den Kommunen festgesetzt, Im Jahr 2002 gab es eine Spannweite zwischen 100 und 130 Euro. (Widstrom/Eaton)

[86] Vorangegeangen war eine lange Vorbereitungszeit. Beschlossen wurde die Einführung eines Hausarztsystems bereits am 24. September 1999 (Norwegian Ministry of Health 2001)

Krankenhäuser als Staatsunternehmen

Auf der regionalen Ebene werden spezielle Leistungen geplant und erbracht. Die Leistungserbringung kann Privaten übertragen werden. Spezialisierte Leistungserbringung findet in enger Abstimmung zwischen Regierung und den Regionsverantwortlichen statt. Eine wesentliche Veränderung im Sinne einer Rezentralisierung brachte die *Krankenhausreform von 2002.* Bei dieser Reform gingen die Krankenhäuser, die bislang im Eigentum der Landkreise (Countys) waren, in das Eigentum der Zentralregierung über, die das operative Geschäft dann an 5 Gesundheitsregionen delegiert hat. Die Krankenhäuser sind nunmehr Gesundheitsunternehmen und werden entsprechend geführt. In Ergänzung zu den staatlichen Hospitälern wurden einige private Einrichtungen autorisiert, für das öffentliche System Leistungen zu erbringen. Die Landkreise sind nach der Reform nur noch für zahnärztliche Leistungen im Zusammenwirken mit Kommunen zuständig - eine Restzuständigkeit, die langfristig kaum Bestand haben dürfte. Die Reform steht im Gegensatz zum Trend in den anderen skandinavischen Ländern, wo während der zurückliegenden Dekade ein schon vorher stark dezentralisiertes System weiter dezentralisiert wurde. In Norwegen wurde die Eigentümerstruktur zentralisiert und das Management dezentralisiert. Dies fügt sich in die norwegische Wirtschaft, die als mixed economy ausgestaltet ist. Kliniken sind in diesem Kontext Non-profit-Staatsunternehmen mit professionellem betriebswirtschaftlichem Management; sie unterliegen staatlicher Finanzierung und Zielsteuerung.

Die Krankenhausreform gilt als erfolgreich. Sie wurde langfristig vorbereitet, indem der norwegische Staat zunächst Managementkonzepte bei anderen Staatsunternehmen erprobt hat und Wissen bei sich konzentrierte. So brachte sich das Gesundheitsministerium in den Besitz eines zentralen Patientenregisters. Es wurde 1997 gegründet und sammelt nicht nur die Patientendaten, die in den öffentlichen Krankenhäusern anfallen, sondern auch die von privaten Häusern, die in die öffentliche Leistungserbringung eingebunden sind.

Patientenrechte

Norwegen verfügt unter den skandinavischen Ländern über das am stärksten ausgefeilte und formalisierte System von allgemeinen und speziellen Patientenrechten. Grundlegend ist das Recht, Patient zu sein und dabei über weitgehende Autonomie zu verfügen. Aus dem Recht, Patient zu sein, leitet sich die Pflicht der Kommunen ab, Leistungen bereit zu halten. Dazu haben Kommunen eine weitgehende Autonomie, auch was die Erhebung von Steuern angeht. Die Rechtsprechung tendiert dazu, die Pflichten der Kommunen sehr weit zu fassen und Leistungseinschränkungen aus ökonomischen Gründen nicht gelten zu lassen (vgl. Johnsen 2006: 23). Zu den speziellen Rechten zählen Wahlrechte (Wechsel des Hausarztes, Wahl eines bestimmten Krankenhauses), Informationsrechte (Recht, von den eigenen Krankenberichten einie Kopie zu erhalten, z. B.), prozedurale Rechte (Recht auf Revison von Entscheidungen, die von den zuständigen Stellen gegen die Patientenwünsche getroffen wurden[87] und das Recht auf die Einholung einer Zweitmeinung). Auch maximale Wartezeiten, bei deren Überschreitung ein Recht auf Behandlung entweder in einem privaten Krankenhaus oder im Ausland existiert, wurden geschaffen. Dies deckt sich mit den anderen skandinavischen Ländern. Damit Patienten die Qualität der Leistungsanbieter beurteilen können, wurde ein kostenloser Service eingerichtet, bei dem sich Patienten über Anbieter entlang eines nationalen Qualitätsindikatorensystems informieren können. Über das Instrument der Qualitätsberichte, die in Deutschland von Krankenhäusern erstellt werden müssen, geht dies deutlich hinaus.

Bezogen auf Behandlungsfehler existiert ein stärker verrechtlichtes System als in Schweden (vgl. unten). Die in der Primärversorgung tätigen privaten Leistungsanbieter lassen sich kaum in ein Berichtswesen, das Anstellungsverhältnisse voraussetzt, einbinden. Daher existiert in jedem Landkreis ein Patientenombudsman für Beschwerden. Kann er den Beschwerden nicht

---

[87] Diesbezüglich existieren auf Landkreisebene unabhängige Beschwerdestellen (County medical Officer).

abhelfen, gibt es Widerspruchsmöglichkeiten innerhalb des Systems und danach den Klageweg. Entschädigungsansprüche bei Behandlungsfehlern bestanden bis 2002 nur gegen öffentliche Leistungserbringer. Seit Januar 2003 ist eine neue Gesetzgebung in Kraft, die prinzipiell das gesamte Gesundheitssystem einbezieht. (Johnsen 2006: 27). Allerdings zu differenzierten Regeln. Bezogen auf öffentliche Leistungserbringer hängt die Patientenentschädigung nicht vom Nachweis eines Behandlungsfehlers ab; bei privaten Anbieters dagegen schon. Private Leistungsanbieter haben private Haftpflichtversicherungen abgeschlossen, die diesen Nachweis verlangen.

Subsidiäre Rolle des Privatsektors

Dadurch, dass auf der primären Versorgungsebene die Leistungserbringung überwiegend durch selbständig tätige Allgemeinmediziner erfolgt, hat die private Leistungserbringung eine ähnlich große Bedeutung wie in Dänemark. Anders als in Deutschland sind die privat tätigen Ärzte jedoch direkt über Vertragsbeziehungen mit kommunalen oder staatlichen Stellen in die öffentliche Leistungserbringung eingebunden. Durch das 2001 eingeführte Hausarztsystem wurden die Vertragsbeziehungen formalisiert. Auf der sekundären Ebene dominiert die öffentliche Leistungserbringung. Zwar gibt es private Institutionen. Von Relevanz sind darunter aber nur die diakonischen Einrichtungen der norwegischen Kirche. Profitorientierte Einrichtungen haben nur eine ergänzende Funktion, z. B. die Kliniken für plastische Chirurgie. Im gesamten Privatsektor gab es 2004 nur 284 Betten (Johnson 2006: 20). Auch Pflegeheime werden kaum gewerblich betrieben, sondern sind meist im Besitz von Kommunen. In drei Bereichen allerdings spielt Gewinnorientierung eine größere Rolle. Einnmal bei radiologischen und Laborleistungen, dann bei der Zahnversorgung Erwachsener und schließlich im gesamten pharmazeutischen Bereich. Allerdings unterhalten die 5 Gesundheitsregionen pharmazeutische Ketten (10 – 15 Prozent des Marktvolumens).

Die Zahnbehandlung Erwachsener ist wie in den anderen skandinavischen Ländern mit Ausnahme von Finnland nicht in das öffentliche System eingebunden. Patienten müssen zahnärztliche Rechnungen selbst begleichen und erhalten anschließend nur in Ausnahemfällen einen Zuschuss aus öffentlichen Mitteln. Die Nichteinbindung hat andere Konsequenzen als im flächenmäßig kleinen Dänemark. Zwar gibt es auf das ganze Land bezogen genügend Zahnarztpraxen, aber sie sind sehr ungleich verteilt.

Private Versicherungen existieren in nicht geringer Zahl, haben aber trotzdem nur eine geringe Bedeutung. Ihre Funktion besteht im Wesentlichen darin, die Leistungen der nationalen Versicherung aufzustocken und bessere Garantien zu bieten als das öffentliche System. So gibt es private Versicherungen, die Behandlung in einem privaten Krankenhaus garantieren, wenn eine öffentliche Einrichtung den geplanten Eingriff nicht binnen maximal 28 Tagen durchführen kann. (Johnsen 2006: 44)

Reformperspektiven

Obwohl das Gesundheitssystem in den letzten Jahren tiefgreifende Reformen erlebt hat, sind einige Projekte stecken geblieben. So gibt es seit den 80er Jahren Versuche, Leistungen zu priorisieren (vgl. unter Finnland und Schweden). Bislang sind sie weitgehend im Sande verlaufen (Johnsen 2006: 40f.). Auch der Bereich der Zahnversorgung dürfte auf die Tagesordnung kommen. Einmal, um die Zuständigkeit für die Jugendzahnpflege neu zu regeln. Dann, um die regionale Ungleichheit in der Versorgung Erwachsener zu mindern.

2.2.6 Schweden

a) Bildungssystem

Vorbemerkung

Die nachfolgende Darstellung stützt sich auf offizielle Darstellungen des Ministry of Education und seiner nachgeordneten Behörden.

Allgemeines, Rechtsrahmen und politische Verantwortlichkeiten

Grundlegend für das schwedische Verständnis von Bildung ist eine Ganzheitsperspektive der kindlichen Entwicklung als eines Prozesses von Lernen und Persönlichkeitsreifung. Dies betrifft die Vorstellung, dass Menschen ab Geburt einen Lern- und Entwicklungsprozess durchlaufen, der erst mit Vollendung des 20. Lebensjahres so weit abgeschlossen ist, dass sie als Erwachsene eigenverantwortlich ihren weiteren Weg gehen können. In diesem Prozess werden Fürsorge, Erziehung und Lernen als Ganzheit betrachtet. Beginnend mit dem Elementarbereich setzt sich dies über alle Stufen des Schulsystems fort. So bauen Lehrpläne aufeinander auf, findet Wertevermittlung altersgemäß auf jeder Stufe statt und werden Bildung und Erziehung nicht unterschiedlichen Institutionen zugeschoben, sondern in der gleichen Institution unterschiedlichen Professionen. Für den Elementarschulbereich folgt daraus, dass in der Kinderbetreuung KindergartenlehrerInnnen (Bildung als Schwerpunkt), ErzieherInnen/Freizeitpädagogen (Erziehung als Schwerpunkt) und KinderpflegerInnen (Betreuung/Fürsorge als Schwerpunkt) zusammenwirken. Dies in enger Kooperation mit den Eltern über Elternabende, Elternkurse und Gespräche zum Entwicklungsstand des Kindes. (Schwedisches Institut 2005: 3). Im regulären Schulsystem setzt sich dies fort.

In den 90er Jahren wurde das schwedische Bildungssystem stark dezentralisiert. Die zentralen Kompetenzen liegen heute bei den Kommunen und den in hohem Maße selbständigen Schulen. Das Schulmanagement (Schulleiter/-in und assistierende Fachkräfte) besitzt hohe Freiräume und Entscheidungskompetenzen bei der Personalrekrutierung und dem Personaleinsatz, der Weiterbildungsplanung, der Gestaltung von Arbeitsbedingungen und überhaupt der Schulentwicklung. (Regierungsbericht : S. 84).

Elementarbereich (Vorschulen) und Allgemeines

Schweden gilt als Vorreiter beim Aufbau eines Elementarbildungssystems. Ob diese Einschätzung berechtigt ist oder die Ehre nicht doch eher Dänemark oder Finnland zugesprochen werden sollte, ist eine Frage der Betrachtungsperspektive. Rechtlich nämlich folgte die schwedische Entwicklung der von Finnland und nicht umgekehrt. Finnland schuf 1994 einen

Rechtsanspruch auf elementare öffentliche Bildung und Betreuung, Schweden ein Jahr später für allerdings nur die Kinder von erwerbstätigen oder von im Studium befindlicher Eltern. 1996 wurde der Kinderbetreuungsbereich ins Bildungssystem integriert und unterliegt damit der Schulgesetzgebung. Vorschulsystem und Schulsystem wurden hinsichtlich verschiedener Aspekte sukzessive integriert. Durch das Schulgesetz von 1998 wurden die vorher vorhandenen Unterschiede zwischen Tagespflege und Kindergärten beseitigt. Auch sind die Vorschulen nun eingebunden in ein nationales Curriculum. Gleichzeitig wurde ein gleitender Schulübergang durch die Schaffung von Vorschulklassen an regulären Schulen geschaffen.

Schwedische Vorschulen wenden sich an Kinder vom 1. bis 5. Lebensjahr. Für Eltern, die erwerbstätig oder in Ausbildung sind, existiert ein Rechtanspruch auf einen Ganztagsplatz in einer kommunalen oder kommunal geförderten Einrichtung. Arbeitslose Eltern haben einen zeitlich reduzierten Anspruch. Anders als Kindertagesstätten in Deutschland sind die schwedischen Einrichtungen – Gleiches gilt für die Einrichtungen in den anderen skandinavischen Ländern - ganzjährig geöffnet und haben flexibel an die Bedürfnisse der Eltern angepasste Tagesöffnungszeiten. Die Nachfrage nach Kita-Plätzen ist groß. Im August 2005 besuchten über 77 Prozent der Kinder zwischen 1 und 5 Jahren eine Kindertagesstätte und 6,1 Prozent ein sogenanntes „family day-care home". Die meisten Einrichtungen werden von Kommunen betrieben. Daneben gibt es einen Anteil von rd. 17 Prozent privater Einrichtungen, von denen ca. die Hälfte von Elternkooperativen betrieben wird. Der Besuch der Vorschulen ist nicht kostenfrei. Allerdings sind die Elterngebühren moderat. Gebührenfrei (seit 2005) sind Kita-Besuche bis zu 15 Stunden in der Woche. Für einen Ganztagsplatz müssen die Eltern einkommensbezogene Gebühren entrichten.

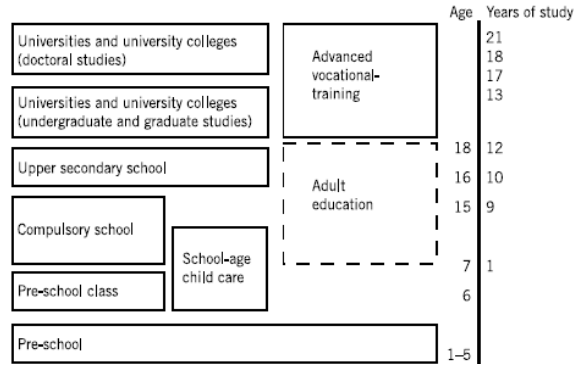
Das schulische Bildungssystem

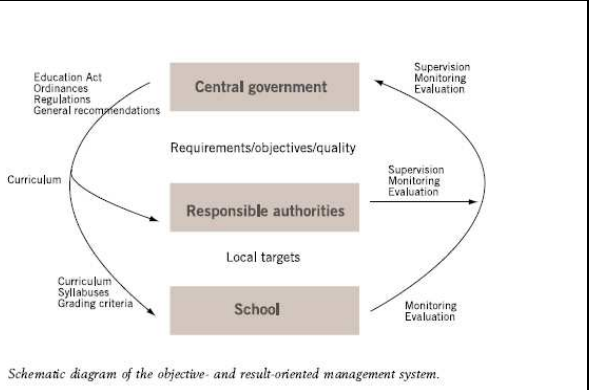
(1) Grundbildung bis untere Sekundarstufe (Gesamtschule)

Die schwedische Gesamtschule hat eine lange Tradition. Den heutigen Namen „*grundskola or nine-year compulsory education*" erhielt sie bereits 1962. In diesem Jahr wurde auch das erste nationale Schulcurriculum etabliert. Es formuliert vor allem die zu vermittelnden Werte und die grundlegende Bildungsphilosophie. Eine große Zäsur gab es 1991, als die Zuständigkeit auf die rd. 290 Kommunen überging, die innerhalb des nationalen Rahmens nunmehr eigene Curricula entwickeln können. Der Schwedische Reichstag und das Ministerium für Bildung und Forschung (*Utbildningsdepartementet)* haben in der Folge nur noch eine Rahmenverantwortung. Die Steuerungsphilosophie lautet: Managament by Objectives. Nicht Details werden vorgegeben, sondern die zu erreichenden Ziele. Die Swedish National Agency for Education, Skolverket, trägt die Verantwortung dafür, dass Leitlinien beachtet und die nationalen Ziele erreicht werden. Seit 2004 besteht sie aus zwei Agenturen. Die eine ist für Schulentwicklung zuständig, die andere für Monitoring, Evaluation und Supervision. Eine weitere wichtige Institution ist die Swedish National Agency for School Improvement (*Myndigheten för skolutveckling).* Sie ist um laufende Verbesserung der Lernbedingungen gerade auch für Kinder aus benachteiligtem sozialem Milieu bemüht. Ebenso wie Finnland erfolgt die Einschulung vergleichsweise spät mit frühestens 6, in der Regel 7 Jahren[88] und endet mit 15/16 Jahren. Der Übergang von der Elementarbildung zur Primarbildung erfolgt gleitend über Vorschulklassen. Obwohl der Besuch nicht zwingend ist, wird er ganz überwiegend wahrgenommen.

[88] Die rechtlich mögliche Einschulung bereits mit 6 Jahren ist nicht popular. 2003 besuchten lediglich 3,1 Prozent der 6-Jährigen eine Grundschule. Angabe nach: Eurydice-Kurzdarstellung (2005): S. 2

Abbildung 10: Das schwedische Bildungssystem im Überblick- Struktur und Steuerung





Schematic diagram of the objective- and result-oriented management system.

Quelle: Regeringskansliet (2003): S. 25 und 30

(2) Obere Sekundarstufe und berufliche Bildung

Die Pflichtschulzeit endet mit dem Abschluss der Sekundarstufe I. Für den Übergang von der Sekundarstufe I zur dreijährigen Sekundarstufe II sind bestimmte Leistungsnachweise erforderlich. Rd. 90 Prozent der SchülerInnen gelingt der Übergang. Diejenigen, die scheitern, können individuelle Förderprogramme in Anspruch nehmen. An den oberen Sekundarschulen gibt es berufsbildende und allgemeinbildende Programme. Durch acht Kernfächer (Schwedisch, Englisch, Mathematik, Naturwissenschaften, Sozialstudien, Religion, Kunst, Sport und Gesundheit) sind die Zweige miteinander verknüpft.

Die vollzeitschulische Ausbildung wurde in den letzten Jahren reformiert. Zum 1. Juli 2007 soll die jüngste Reform in Kraft treten. Ziel ist es, die Qualität der beruflichen Ausbildung zu verbessern und die Verbindung zur Berufspraxis zu stärken. Ähnlich wie in Norwegen, wo 2006 eine Reform in Kraft trat (vgl. oben) können die Schüler zwischen Programmen unterschiedlicher Ausrichtung (Kunst, Business und Verwaltung, Kinder und Freizeit, Gesundheit, Technik, Energie, Medien, Umwelt…) wählen und sich auf dieser Basis dann Schwerpunkte suchen.[89]

(3) Hochschulbildung

Die Institutionen tertiärer Ausbildung unterscheiden sich nach Universitäten, Universitätskollegs und Fachhochschulen. Es gibt 11 Universitäten zuzüglich des Karolinska Institute, 7 Kunsthochschulen und 16 Fachhochschulen. 2001 wurde eine Hochschulreform durchgeführt. Sie zielt auf größere Durchlässigkeit. Auch wurde ein Masterstudiengang mit 40 Kreditpunkten etabliert, der nicht der Weiterqualifizierung in einem bestimmten Berufsfeld dient, sondern Berufstätige, die über einen qualifizierten Hochschulabschluss (mindestens 120 Kreditpunkte) verfügen, für die Aufnahme von Studien in einem neuen Feld als Element lebenslangen Lernens anzusprechen versucht. Studiengebühren existieren wie in allen skandinavischen Ländern nicht. Alle Studenten können auf Vollzeit- oder Teilzeitbasis von der Zentralregierung eine Studienunterstützung erhalten. Die Umsetzung der Bologna-Struktur ist zum 1. Juli 2007 vorgesehen. (Bechtel/Cornelli 2007:3)

[89] Reform "Knowledge and Quality – Eleven Steps for the Development of High School", zit. Nach Swedish Institute 2007: Fact sheet FS 38a: http://www.sweden.se/templates/cs/FactSheet____15974.aspx

Lebenslanges Lernen

Unter seinem Premierminister Olof Palme machte sich Schweden als erstes Land bereits 1968 an die Aufgabe, ein „kontinuierliches Bildungssystem" aufzubauen. Der Übergang der Kindertagesstätten vom Sozialsystem ins Schulsystem wird gesehen als Fundament für kohärent aufeinander aufbauende Bildungsinstitutionen, die einen Prozess lebenslangen Lernens begründen. Nachdem auch die Sekundarstufe II ausgeweitet wurde, geht der Focus nun in Richtung der lebenslangen Weiterbildung Erwachsener. In diesem Bereich sollen die Investitionen verstärkt werden (Regierungsbericht 2003: 23)

Bedeutung von Privatschulen

Das Angebot und die Nachfrage nach privaten Schulen hat in Schweden seit den 90er Jahren stark zugenommen. 1993/1994 waren nur 4 Prozent der Gemeinschaftsschulen privat. 10 Jahre später lag der Anteil ungefähr doppelt so hoch. Im August 2005 besuchten 7,4 Prozent der Gesamtschüler eine sogenannte „unabhängige Schule". Unter den oberen Sekundärschulen spielen sie mit einem Anteil von rd. 13 Prozent an den SchülerInnen (August 2005)[90] eine noch größere Rolle.

b) Gesundheitssystem

Vorbemerkung

Die nachfolgende Darstellung stützt sich auf offizielle Darstellungen des Ministry of Health and Social Affairs und seiner nachgeordneten Behörden[91] sowie der Studie von Glenngard et al. 2005.

Allgemeines, Rechtsrahmen und politische Verantwortlichkeiten

Gesundheit für alle zu gewährleisten liegt in der gemeinsamen Verantwortung der Zentralregierung (Staat), der Landkreise resp. Provinziallandtage (county councils) und Gemeinden. Der Staat im engeren Sinne resp. die Zentralregierung ist für übergeordnete Fragen, Gesetzgebung und Aufsicht zuständig. Die nachgeordneten Ebenen von Landkreisen und Gemeinden haben innerhalb der Rahmengesetzgebung mit Blick auf die ihnen übertragenen Aufgaben weitgehende Freiheit bei der Organisation ihrer Gesundheitsdienste. Im besonderen Maße gefordert sind die 20 Landkreise, denn Gesundheit und medizinische Versorgung ist ihre Hauptaufgabe. Fast 90 Prozent ihrer Ausgaben sind auf die Erbringung von Gesundheitsdiensten bezogen. Dies finanzieren sie zu knapp drei Viertel über regionale Steuern; daneben erhalten sie staatliche Zuschüsse. Die Zuschussgewährung ist einer der Hebel des Zentralstaates, um die übergeordneten Ziele vor Ort durchzusetzen. Gemeinden haben sowohl eine primäre wie eine nachgeordnete Zuständigkeit. Zu den Aufgaben im Rahmen primärer Gesundheitsdienste gehört die Pflege älterer Menschen und die ambulante Betreuung psychisch kranker Menschen. Beides ist ähnlich organisiert wie in Dänemark und zählt zu den Stärken der beiden Gesundheitssysteme. Zu den Aufgaben im Rahmen sekundärer Versorgung zählt die Nachversorgung von Menschen, die eine Krankenhausbehandlung abgeschlossen haben.

---

[90] Nach den Angaben des Schwedischen Instituts vom Januar 2007-03-03: Fact sheet FS 38a: http://www.sweden.se/templates/cs/FactSheet____15974.aspx

[91] Quelle: Darstellung auf der Webseite der Schwedischen Regierung: http://www.sweden.gov.se/sb/d/2946/a/17079 (Zugriff Anfang April 2007)

Die öffentliche Körperschaft mit dem größten Einfluss auf die Entwicklung der verschiedenen Sparten des Gesundheits- wie Sozialwesen ist der National Board of Health and Welfare (*Socialstyrelsen*). Das Zentralamt für Gesundheits- und Sozialwesen ist die zentrale Fach- und Aufsichtsbehörde des Staates für Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheitsschutz und soziale Dienstleistungen. Sie erteilt und entzieht Zulassungen für Ärzte und andere Fachkräfte. Angesiedelt ist hier auch die Entwicklung von Leitlinien für gute medizinsiche Praxis bezogen auf Volkskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreis-Lauferkrankungen, Brustkrebs, Schlaganfall usw. Die Staatliche Auswertungsstelle für medizinisch-technologische Versorgung (Swedish Council on Technology Assessment in Health Care -*Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU*) soll an der rationellen Ressourcennutzung mitwirken, indem laufend etablierte Methoden nach medizinischen, sozialen und ethischen Kriterien ausgewertet und dann in die Entscheidungsbildung der politischen und fachlichen Gremien eingehen. Weitere Körperschaften von Bedeutung sind der Medical Responsibility Board (*Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HAS*) und das Staatliche Amt für Arzneimittelwesen.

Versorgungssystem mit drei Stufen

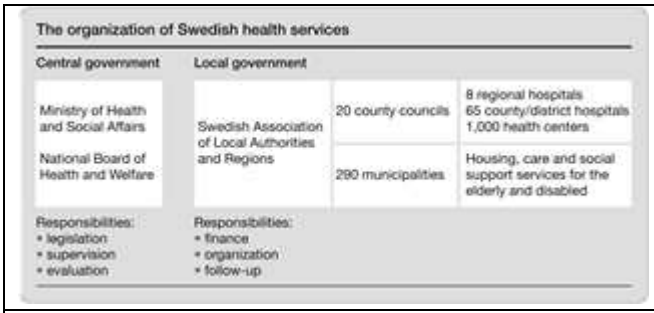
Es gibt eine primäre, eine sekundäre und eine tertiäre Versorgungsstufe. Die primäre Versorgungsstufe umfasst heute rd. 1000 Gesundheitszentren, die sekundäre rd. 70 Krankenhäusern auf Landkreisebene (Provinziallandtage) und die tertiäre 8 regionale Universitätskliniken (vgl. die Abbildung). Die Universitätskliniken betreiben medizinische Forschung und erbringen spezialisierte Leistungen. Anders als in Finnland spielte die primäre Versorgungsstufe traditionell keine große Rolle. Dies hat sich in den 90er Jahren im Rahmen weitgreifender Dezentralisierung geändert (vgl. Glenngard et al. 2005: 14f.) geändert. Ziel der Verlagerung von Aufgaben von der regionalen auf die lokale Ebene war es, die primäre Versorgungsstufe als Fundament auszubauen.

Heute arbeiten in rd. 1000 Gesundheitszentren ähnlich wie in Finnland eine Vielzahl von Gesundheitsdienstleistern von Ärzten über Nurses bis zu Physiotherapeuten und anderen Fachkräften. Rd. drei Viertel der Gesundheitszentren werden von Gemeinden selbst betrieben, beim Rest bedienen sich die Gemeinden eines privaten Betreibers. Auch den Landkreiskrankenhäusern ist es möglich, gesundheitliche Dienstleistungen extern einzukaufen, um so zum Beispiel Spitzen abzufangen.

Arzneimittel

Für Arzneimittelzulassung ist das Staatliche Amt für das Arzneimittelwesen (*Läkemedelsverket*)) zuständig. Der Zahl der registrierten Arzneimittel liegt in der Größenordnung von nur 6000. Neu eingerichtet wurde 2002 der Pharmaceutical Benefits Board (*Läkemedelsförmånsnämnden, LFN).* Es handelt sich um eine Art Preisregulierungsbehörde, die Beurteilungen vornimmt und mit Pharmaunternehmen bezogen auf die im Gesundheitssystem eingesetzen Arzneimittel Preisverhandlungen führt. Bis zu einer Obergrenze müssen Patienten die Kosten von Arzneimitteln selbst tragen. Erleiden sie bei der Anwendung einen Schaden, erhalten sie Schadensersatz. Dafür kommt eine Versicherung auf, die die Pharmaunternehmen gemeinsam einrichten mussten. Der Vertrieb von Arzneimitteln liegt bei der staateigenen schwedischen Apothekenaktiengesellschaft Apoteket AB. Sie hat das Monopol für den Verkauf von Arzneimitteln auf allen Stufen des Gesundheitssystems. Der Verkauf erfolgt über rd. 900 Apotheken.

Abbildung 11: Die Organisation des schwedischen Gesundheitssystem



Organisation und Verantwortlichkeiten

Quelle: Swedish Institute 2007:

Patientenrechte und Patientensicherheit – Die Lex Maria

Wie auch in Finnland hat Schweden ein System von Patientenrechten ausgeprägt. Mit umfasst ist der Bereich medizinischer Behandlungsfehler. Bei diesem Thema geht es nicht nur um die Verhinderung von Behandlungsfehlern im engeren Sinne, sondern um den größtmöglichen Schutz vor allen unerwünschten Ereignissen im Behandlungsprozess wie Infektionen, Arzneimittelunverträglichkeiten, Kommunikationsstörungen usw. Bereits seit Mitte der 70er Jahre haben die Provinziallandtage und andere Anbieter von Gesundheitsleistungen Versicherungen aufgebaut, um Patienten zu entschädigen, wenn sie durch eine Untersuchung oder eine Behandlung einen Schaden erleiden. Das System ist anders als in Deutschland nicht an die Schuldfrage gekoppelt. Entscheidend ist nicht, ob einem Arzt oder einer Nurse ein Fehler nachgewiesen werden kann, sondern ob der Patient einen Schaden erlitten hat. Anders auch als in Deutschland, wo diejenigen, die der Staat mit der Sicherstellung der Versorgung betraut hat, selbst (Gutachterausschüsse bei den Ärztekammern) darüber befinden, ob ihnen ein Behandlungsfehler unterlaufen ist, gibt es ein unabhängiges und transparentes System. Abschreckende Hürden wie in Deutschland existieren nicht. Zum schwedischen System gehören Regeln der Wachsamkeit gegenüber Fehlern aller Art. So ist der Chefarzt zur Meldung von aufgetretenen Risiken und eingetretenen Behandlungsfehler verpflichtet.[92] Ziel der Regelung – sie ist seit dem 1.1.1997 in Kraft - ist die Garantie hoher Qualität bei Untersuchung, Pflege und Behandlung. Im Behandlungsrapport sind routinemäßig Verwechslungen, Fehldosierungen, die sachlich nicht korrekte Ausführung von Untersuchungen und Eingriffen, das Auftreten von Infektionen bis hin zu Mängeln in der Arbeitsorganisation wie Kommunikation und die eventuell ungenügende Information von Patienten und/oder Angehörigen festzuhalten. Patienten können Einsicht nehmen. Schwere Fehler sollen dem Ministerium gemeldet werden. Wird aus Fehlern nicht gelernt, droht bei Ärzten wie Nurses der Entzug der Approbation resp. Behandlungslegitimation. Außerdem: Behandlungsfehler werden publik gemacht. Dies ist ein System der weitgehenden Transparenz. Zwar gibt es in Deutschland mittlerweile eine erhöhte Sensibilität für das Thema „Patientensicherheit." Seit April 2005 besteht das „Aktionsbündnis Patientensicherheit", das vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird. Das Bündnis hat zwischenzeitlich (März 2007) 139 Mitglieder und präsentierte im April 2007 mit der Studie „Agenda Patientensicherheit 2007" eine Auswertung internationaler Studien und von in Deutschland vorgenommenen Befragungen. Durch Übertragung der in anderen Ländern (USA und Australien, vor allem) gewonnenen Erkenntnissen, wonach bei 34 Prozent der Patienten im Krankenhaus neue, mit der Behandlung assozierte Gesundheitsschäden auftreten, ist von

[92] . Nach dem „Gesetz über die Aufsicht im Gesundheitswesen" von 1996: (§ 786,5) ist der Vardgivaren (Chefarzt, angestellter oder frei praktizierender Arzt) gehalten, dem Socialstyrelsen (Ministerium für Gesundheit und Soziales) Meldung zu machen, wenn ein Patient in Zusammenhang mit Pflege, Behandlung oder einer Untersuchung besonderen Risiko ausgesetzt wurde oder einen ernsten Schaden erlitt..

unerwünschten Ereignissen in relevanter Größenordnung auch für Deutschland auszugehen; für den Krankenhausbereich wird mit jährlich rd. 17.000 Todesfällen gerechnet. Allerdings, bekannt sind nur die Patienten selbst geltend gemachten Entschädigugnsansprüche (vgl. oben). Über das, was in der ganzen Breite schief läuft, weiß man nichts. Es handelt sich um ein unerforscht gebliebenes Terrain. „*Umfassende, epidemiologische Daten zu unerwünschten Ereignissen in der Medizin existieren für Deutschland nicht – insbesondere nicht für die ambulante Versorgung.*", wird geklagt.[93] Dass es angesichts dieser Sachlage kein übergreifendes System wie die Lex maria in Schweden oder die von den anderen skandinavischen Ländern ausgeprägten Patientensicherheitssysteme gibt, kann nicht verwundern. Das schwedische System wäre es aufgrund seiner ganzheitlichen Ausrichtung Wert, näher rezipiert zu werden. Auch dies ist für die Verfasserin nicht erkennbar. Wo Überlegungen zur Steigerung der Behandlungsqualität und Behandlungssicherheit angestellt werden, finden die skandinavischen Erfahrungen kaum Beachtung. Bevorzugtes Referenzmodell, häufig noch aufgeladen durch Marketinggesichtspunkte, scheinen die USA[94] zu sein.

Priorisierung und weitere aktuelle Reformen

In Schweden wird seit 1992 am Aufbau eines Systems der Priorisierung von medizinischen und sonstigen Gesundheitsleistungen gearbeitet. 1992 wurde eine Kommission eingesetzt, die Prinzipien erarbeitet hat. Als Basisprinzipien verständigte man sich auf die Prinzipien Menschenwürde, Bedarfsdeckung, Solidarität und Kosteneffektivität (Preusker 2007: 932). Auf dieser Grundlage werden in einem transparenten Verfahren Gesundheitsbedürfnisse nach Gruppen geordnet, für die in unterschiedlichem Umfang öffentliche Leistungen gewährt werden. Höchste Priorität haben alle lebensbedrohlichen Erkrankungen, schwere chronische Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen sowie Beeinträchtigungen, die zu verminderter Steuerungsfähigkeit führen und die letzte Lebensphase. Keine Priorität haben Leistungen, die medizinisch nicht erforderlich sind. Die Diskussion um die Priorisierung ist einerseits noch im Gange, befindet sich andererseits jedoch bereits in der Umsetzung. Als ein nicht-prioritärer Bereich gilt die Zahnbehandlung Erwachsener. Gemäß dänischem Beispiel wurde sie aus der öffentlichen Leistungserbringung auszugliedert. Zahnärzte erhielten dabei Fördermittel zur Einrichtung einer Privatpraxis. Entstanden ist ein Mischsystem, bei dem heute etwa die Hälfte der Zahnärzte weiterhin im öffentlichen Gesundheitsdienst angestellt ist und die andere Hälfte mit eigener Praxis niedergelassen ist. Zwei Drittel der Erwachsenen werden mittlerweile in privaten Zahnarztpraxen behandelt, ein Drittel erfährt weiterhin Behandlung im öffentlichen Dentalservice. In jedem Fall müssen die Landkreise zahnärztliche Versorgung gewährleisten. Kostenfrei als Leistung des öffentlichen Dentaldienstes ist nur die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre.[95] Erwachsene erhalten eine teilweise Kostenerstattung.

---

[93] Gemeinsame Webseite von Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung: http://www.forum-patientensicherheit.de/behandlungsfehler/behandlungsfehler/fehlerhaeufigkeit (Zugriff: 24.4.2007)

[94] So eine Studie der Hochschule Niederrhein, des 3M Health Information Services Institut in Neuss und des Instituts für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie des Universitätsklinikums Essen. Auf Basis von über zwei Millionen Fällen aus mehr als 200 Krankenhäusern wurde untersucht, ob und wie gut sich die amerikanischen Indikatoren zur Patientensicherheit auf deutsche Verhältnisse übertragen lassen. Ergebnis: die Indikatoren seien geeignet, „kritische Bereiche der Patientenversorgung in einem Krankenhaus aufzuzeigen" (Prof. Dr. med. Saskia Drösler vom Fachbereich Gesundheitswesen der Hochschule Niederrhein in der Pressemitteilung zur Studie, die in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZaeFQ 101 [2007]: 35-42 publiziert wurde). Mit einem 'Qualitätslabel', das die Indikatoren aufgreift, würden US-amerikanische Kliniken anders als deutsche Kliniken bereits erfolgreich werben. Nun sind Werbemöglichkeiten gewiss ein interessantes Thema im Zusammenhang mit der Profilbildung von Kliniken. Gesundheitspolitisch sind Marketingaspekte (Klinikwerbung mit Qualitätssigel) jedoch von bestenfalls nachgeordnetem Interesse. Entscheidend ist die Frage, was für die Patienten hinten rauskommt. In welchem Maße können sie sich darauf verlassen, dass auch die nächstgelegene Klinik einem Regime von Transparenz und Qualitätssicherung unterworfen ist.

[95] Schwerpunkt sind prophylaktische Maßnahmen.

Wie auch die anderen skandinavischen Länder experimentiert Schweden mit Strategien zur Verringerung von Wartezeiten. Der Weg, der in der jüngsten Zeit eingeschlagen wird, ähnelt dem, den auch die anderen skandinavischen Länder beschreiten. Man kann die Strategie beschreiben als eine Mischung aus Priorisierung und Garantien. Bei der Priorisierung gibt es allerdings unterschiedliche Ansätze. Der finnische Ansatz (vgl. oben) unterteilt nicht Krankheiten in Gruppen, denen dann unterschiedlich öffentliche Leistungsgewährung zusteht, sondern erfasst bei Krankheiten die individuelle Situation, um anhand dieser Situation das niedrigsteffiziente Interventionsniveau festzulegen. Im Grunde liegt hier die Nutzbarmachung und systematische Anwendung der auch in Norwegen schon lange praktizierten Philosophie des Niedrigsten Effektiven Interventiosnniveaus (NEIN) vor. Lange Wartezeiten entstehen in Schweden vorrangig bei planbaren Operationen wie etwa der Einsetzung eines künstlichen Hüftgelenks bei Coxathrose oder einer künstlichen Linse im Falle eines Catarakts. Bezogen auf solche planbaren Eingriffe exisitiert seit Ende 2005 eine maximale Wartezeit von drei Monaten. Kann dem Patienten innerhalb dieser Frist keine Behandlungsmöglichkeit angeboten werden, hat er oder sie das Recht auf auswärtige Behandlung einschließlich der Übernahme von Reisekosten.

Ein weiteres aktuelles Reformfeld sind Probleme, die erst durch die Dezentralisierung entstanden sind. Die durchgeführte Dezentralisierung hat zwar vor Ort die Möglichkeiten verbessert, schnell und flexibel die lokalen Bedürfnisse aufzugreifen. Andererseits haben sich die regionalen Diskrepanzen verstärkt und die übergeordnete Planung hat gelitten. Daher gibt es Ansätze einer Rezentralisierung bestimmter Aufgaben (Glenngard et al 2005: XV). Zur dieser Kehrseite der Dezentralisierung gehört auch, dass die vormals auf nationaler Ebene sehr gute Datenlage nicht mehr existiert, da die auf lokaler und regionaler Ebene anfallenden Daten nicht vereinheitlicht sind. Der Mangel fehlender nationaler Statistiken soll durch die Installierung eines neuen Rechensystems behoben werden.

2.3 Vergleichende Zusammenfassung

In der Lernforschung mit ihren verschiedenen Unterabteilungen von Kognitionswissenschaften über Hirnforschung bis zur Entwicklungspsychologie differieren die Forschungskonzepte und es sind viele Fragen offen, gleichwohl besteht Konsens, dass das menschliche Gehirn einerseits auf fortwährendes Lernen angelegt ist, dass es aber auch entwicklungspsychologische Zeitfenster gibt.[96] Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nur noch unter bestimmten, in jedem Fall erschwerten Bedingungen, kann man in Abwandlung des bekannten Sprichwortes formulieren. Die Prozesse der physischen, mentalen und kognitiven Entwicklung eines Menschen greifen ineinander. Auch wenn es für Kleinkinder kein günstiges Lernumfeld gibt, strukturiert sich ihr Gehirn doch in bestimmter Weise. Damit wird vorgeprägt, wie zukünftige Lernprozesse verlaufen, ob eine gute Basis für Bildungsmotivation und spätere schulische Lernprozesse gelegt wird oder nicht. Die skandinavi-

[96] Die im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung erstellte Expertise „Lehr-Lern-Forschung und Neurowissenschaften – Erwartungen, Befunde, Forschungsperspektiven" der Autoren Elsbeth Stern, Roland Grabner und Ralph Schumacher von 2005 gibt einen Überblick zu den Paradigmen und Konzepten neurophysiologischer Forschung, die für die Gestaltung von Schulen relevant sein könnten.

schen Länder tragen dem Rechnung, indem sie die frühkindliche Bildung und Erziehung ebenso als öffentliches Gut begreifen wie die Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche. Familienfürsorge ist in diesen Kontext eingebettet. So ist es Standard, dass Eltern im Jahr nach der Geburt ihrer Kinder Besuch von Familienhebammen rsp. Public Health Nurses erhalten. Anders als für Deutschland vor dem Hintergrund spektakulärer Fälle von Kindesmisshandlung und Kindesverwahrlosung in der Diskussion, ist dies kein subsidiäres staatliches Wächteramt für Familien, die aufgrund eines Risikoscreenings[97] unter Beobachtung gestellt werden. Die skandinavische Praxis ist vom Gleichheitsgedanken, individuellen Wahlmöglichkeiten auf jeder Stufe und einer Partnerschaftsbeziehung zwischen Staat und Bürgern geprägt. Wenn alle das gleiche Recht auf Betreuung haben, ist die Inanspruchnahme dieser Leistung kein Eingeständnis, ein Sozialfall zu sein, überfordert und erziehungsunfähig zu sein. Dies schafft eine Basis von Akzeptanz, die es bei einem stigmatisierenden Ansatz nicht geben kann.

Die Integration von Familienfürsorge, Bildung, Erziehung und kindlicher Gesundheitspflege setzt sich lebenslaufbezogen fort bis zur Einmündung junger Erwachsener in das Erwerbssystem. Die skandinavischen Wohlfahrtsstaaten bauen sich in diesen ersten Lebensabschnitten eines Menschen groß auf mit einem Leistungsumfang, der über dem deutschen Niveau liegt, nehmen sich dann differenziert zurück, um sich bei den alten MitbürgerInnen erneut groß aufzubauen. Dies ist eingebettet in das universalistisch angelegte Wohlfahrtsregime mit seinen umfangreichen Rechten. Während das deutsche System Bildungschancen nach Herkunft zuweist mit der Folge, dass die Wahlmöglichkeiten von Jugendlichen früh in bestimmte Richtungen kanalisiert werden, geht es den skandinavischen Ländern um das Offenhalten vielfältiger Wahlmöglichkeiten und den Aufbau intrinsischer Bildungs- und Gesundheitsmotivationen. Der Übergang vom Bildungs- ins Erwerbssystem verläuft bei diesen Systemen nicht so reibungslos wie es idealtypisch in Deutschland der Fall ist. Die größeren Probleme im Übergang konnten in den letzten Jahren durch die Ausweitung von Betreuungsangeboten (Dänemark und Norwegen, vor allem) erheblich reduziert werden. Um die skandinavische Perspektive deutlich zu machen, bietet sich eine lebenslaufbezogene Betrachtung an:

---

[97] Die deutsche Diskussion orientiert sich an angelsächsischen Vorbildern. Verwiesen sei auf das STEEP-Projekt in Hamburg. Die Vorstellung geht dahin, Hochrisikokinder bereits bei der Geburt zu identifizieren anhand von Indikatoren wie: Eltern sind minderjährig, drogenabhängig, langzeitarbeitslos, leiden unter psychischen Störungen, hatten Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen in der eigenen Kindheit. Die so herausgefilterten Familien erhalten dann spezielle Angebote.

Kinder im Alter von 0 (1) bis 5 (6) Jahren

Alle skandinavischen Länder betonen die Bedeutung von frühkindlicher Bildung und Erziehung. Sie weisen diese Aufgabe nicht einseitig den Familien zu, sondern haben im quasi Geleitzug ab den 80er Jahren Rechtsansprüche auf öffentliche Betreuung ab Geburt oder ab dem 1. Lebensjahr geschaffen und diese Aufgabe den Gemeinden zugewiesen. Die entstandene flächendeckende Infrastruktur institutioneller frühkindlicher Bildung und Betreuung ist multifunktional ausgerichtet. In der Anfangsphase ging es um die Vereinbarkeit von Mutterschaft und weiblicher Erwerbstätigkeit. Zu dieser Funktion sind dann jedoch die Funktionen frühkindliche Bildung und Persönlichkeitsentwicklung, Vermittlung gesellschaftlicher Werte, Schaffung eines Fundaments für den sozialen Zusammenhalt in einer individualisierten Gesellschaft hinzugetreten. Die deutsche Debatte ist dort noch lange nicht angekommen. Bundesweit gibt es nur für Kinder ab dem 3. Lebensjahr den Rechtsanspruch auf einen Halbtags-Kindergartenplatz. Die Versorgung der unter Dreijährigen ist schlecht; nur im Osten hat sich als DDR-Relikt teilweise (Sachsen-Anhalt) ein Rechtsanspruch gehalten. Von dem im Rahmen des Barcelona-Prozesses verfolgten EU-Ziel, für die unter Dreijährigen eine Betreuungsquote von einem Drittel zu realisieren, ist Deutschland (Westdeutschland) sehr weit entfernt. Frühkindliche Bildung und Erziehung wird bislang nicht als öffentliche Aufgabe begriffen. Zwar ist ein Einstellungswandel im Gange. Er folgt jedoch dem für den deutschen Sozialstaat prägenden Prinzip der Subsidiarität. Konkret: Die Aufgabe wird bei den Familien (Müttern) gesehen; diejenigen, die früh wieder berufstätig sein wollen oder müssen, sollen durch Ausweitung des Krippenangebotes jedoch Hilfestellung erhalten. Wann bundesweit für mindestens ein Drittel der unter 3-Jährigen ein qualitativ hochwertiger Krippenplatz bereit stehen wird, lässt sich derzeit nicht verlässlich einschätzen.

Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 (20) Jahren

Gemeinsam geteilt wird von den skandinavischen Ländern, dass die Kinder 9 bis 10 Jahre lang eine gemeinsame Schulzeit durchlaufen, ehe sich ihre Bildungswege trennen und in dieser Zeit auch unentgeltlich eine Vielzahl gesundheitsfürsorglicher Leistungen erhalten. Einerseits ist dies wertebasiert (Gleichheit als Fundament für Freiheit). Andererseits steht dahinter aber auch die Überzeugung, dass eine möglichst lange integrative Schulzeit einer frühen Selektion überlegen ist. Überlegen mit Blick auf das Ziel, kein Kind zurückzulassen und die Potentiale der eigenen Bevölkerung breit zur Entfaltung zu bringen. Zu dem Ziel, höhere Bildungswege für die Kinder der mittleren und höheren Schichten exklusiv zu halten, passt dagegen ein selektives System wie das gegliederte deutsche Schulsystem. Der Einwand, es gehe auch im deutschen System darum, alle Talente zu heben, sieht sich mit der Frage konfrontiert, warum die Strukturen dem dann nicht entsprechen. Da auch integrativ aufgestellte Systeme wie die skandinavischen mit Unterschieden umgehen müssen, bedingt die Entscheidung gegen ein gegliedertes allgemeinbildendes Schulsystem ein Mehr an Binnendifferenzierung einschließlich der Ermöglichung von unterschiedlichen Geschwindigkeiten für verschiedene Jugendliche. Diese können sich je nach ihrem Lernfortschritt bei verschiedenen Fächern auf unterschiedlichen Stufen bewegen, können in hohem oder geringem Umfang individuelle Förderung erhalten. Ganztagsschulen sind die Norm. Allerdings existieren Ganztagsschulen mit durchgängiger pädagogischer Konzeption nicht in dem Maße (auch nicht in Finnland) wie dies in Deutschland bisweilen rezipiert wird. Überall vorgehalten werden Ganztagsangebote. Die Kommunen (Schulträger) sind verpflichtet, für Schulkinder Betreuungsangebote vorzuhalten. Die Schließung der Betreuungslücke morgens (vor Schulbeginn) und nachmittags (nach Schulende) war in den letzten Jahren ein intensiver Diskussionspunkt. Nachhilfe ist anders als in Deutschland nicht oder kaum vermarktlicht, sondern wird durch die schulischen Institutionen selbst erbracht. Erneut zeigt sich hier, dass die Leistungen ineinander greifen. Nach dem Ende der Pflichtschul- resp. Gesamtschulzeit münden die Jugendlichen in verschiedene weitere Bildungswege mit Abitur und anschließender Hochschulbildung oder einer nicht-akademischen Berufsausbildung. Die postsekundäre Ausbildung, die in Deutschland überwiegend im dualen System erfolgt, zu einem kleinen Teil aber auch vollzeitschulisch (Sozial- und Gesundheitsberufe), ist in den skandinavischen Ländern stärker schulisch organisiert mit allerdings deutlichen Unterschieden zwischen den verschiedenen Ländern. Teilweise (Island) ist der Bereich noch nicht zureichend organisiert.

Flexibler Übergang ins Erwerbssystem

Der Übergang ins Erwerbssystem ist in Deutschland stärker kanalisiert als im Durchschnitt der skandinavischen Länder. Wer eine duale oder vollzeitschulische Berufsausbildung absolviert, steht während der Ausbildung idealerweise mit einem Bein bereits im Erwerbssystem mit Blick auf die Übernahme durch just den Arbeitgeber, bei dem er oder sie die Ausbildung absolviert. Derartig enge Bindungen gibt es in skandinavischen Ländern nur in dem schmaleren Segment, wo Lehrlingsausbildungen existieren. Überwiegend sind die Berufsausbildungen aber polyvalent. Auch existieren nicht Hunderte von Ausbildungsberufen, sondern eher Grundberufe mit Spezialisierungsmöglichkeiten. In der Vergangenheit hatte das deutsche System den Vorteil geringerer Jugendarbeitslosigkeit. Dieser Vorteil hat sich jedoch abgeschliffen.

Erwachsene (Erwerbstätige) bis zum Eintritt ins Rentenalter

Bei Erwachsenen agieren die skandinavischen Wohlfahrtsstaaten teilweise mit einem größeren Leistungsspektrum und breiter ausgebauten Rechten, als sie in Deutschland ausgeprägt sind, teilweise aber auch mit einem geringeren Leistungspaket. Bei Bildung ist der Leistungsumfang größer. So gilt weiterhin, dass an öffentlichen Hochschulen keine Studiengebühren erhoben werden und Studenten unabhängig vom Elterneinkommen finanzielle Unterstützung zu ihrem Lebensunterhalt erhalten. Beides ist in Deutschland ins Rutschen geraten. Studiengebühren sind in einigen Bundesländern mittlerweile Fakt und Bafög-Leistungen über Jahre nicht den Lebenshaltungskosten angepasst worden. Auch bei der Weiterbildung leisten die skandinavischen Ländern stärker Unterstützung als dies in Deutschland der Fall ist. Dies zeigt sich bei der Weiterbildung im Rahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik und auch darin, dass in stärkerem Maße als in Deutschland Rechtsansprüche (Recht auf Weiterbildung, z. B.) geschaffen wurden, die finanzielle Förderungen einschließen. Ein großer Unterschied zu Deutschland liegt in der Ermöglichung von „Auszeiten" für Nachdenken und neue Orientierung. In Norwegen kann man dafür nach Beendigung der Schulzeit oder auch später noch einige Monate an einer Heimvolkshochschule zubringen. Bei Gesundheit ist das Leistungspaket, das Erwachsenen zur Verfügung steht, tendenziell geringer als in Deutschland. Eindeutig ist dies allerdings nicht. Es hängt von der Perspektive ab. Die Perspektive „Versorgung im Krankheitsfall" führt zu dem Befund, dass es in Deutschland für die Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen ein umfangreicheres Leistungspaket bei auch etwas geringeren Zuzahlungen gibt als in den skandinavischen Ländern. Die Stichworte lauten: Zahnmedizin, Alternativmedizin, Arzneimittelzuzahlungen. In diesen Bereichen ist das deutsche System großzügiger. Bei zahnmedizinischen Leistungen betrifft dies sowohl konservierende wie prothetische Leistungen. Mit Ausnahme von Finnland ist die zahnmedizinische Versorgung der Erwachsenen an private Anbieter übertragen. Die Kostenerstattungen, die die staatlichen Sozialversicherungen leisten, sind bescheiden. Bei der Perspektive Prävention dagegen sind die skandinavischen Länder stärker engagiert. Während es in Deutschland eine Fülle von zeitlich befristeten Kampagnen unterschiedlicher Träger gibt, um aufzuklären und zu motivieren, wird in den skandinavischen Ländern ein stärkeres Gewicht auf Strukturen, die langfristig tragen, gelegt. Etwa bei der Antiraucher- und der Antidrogenpolitik.

Menschen im Rentenalter

Hatte sich der skandinavische Wohlfahrtsstaat bei den Erwachsenen bezogen auf Gesundheit zurückgenommen und ihnen durchaus einiges an Eigenverantwortung (vgl. das NEIN-Prinzip) auferlegt, baut er sich bei den Älteren, die chronisch krank und/oder pflegebedürftig sind, wieder groß auf. Ambulante und stationäre Pflegeleistungen sind Leistungen, die zum kommunalen Pflichtprogramm gehören. Bürger haben darauf einen Rechtsanspruch, der weit über dem liegt, was in Deutschland mit der bürokratischen Zuordnung zu verschiedenen Pflegestufen durch den Medizinischen Dienst Praxis ist. In Skandinavien ist die Erbringung von Pflegeleistungen durch professionelle Kräfte schon lange eine öffentliche Aufgabe. Demgegenüber nimmt Deutschland nur sehr widerwillig Abschied vom Ideal der Pflege durch Angehörige. Diese Angehörigen sind in der Regel Frauen. Die deutsche Pflegeversicherung ist bislang nicht so ausgestaltet, dass sie den Anforderungen einer alternden Gesellschaft genügt. Weder ist ihre Finanzierungsbasis auskömmlich, noch erfasst sie alle Pflegebedürftigen. Hier soll es nun in den nächsten Jahren Besserungen geben.

Auch in den skandinavischen Ländern ist die Pflege in der Diskussion. In Finnland wird über Möglichkeiten, die Finanzierungsbasis zu verbreitern diskutiert.

Vergleicht man die skandinavischen Gesundheitssysteme, so wie sie heute bestehen mit Deutschland, finden wir in der Grobbetrachtung weitgehende Gemeinsamkeiten. Sie betreffen die Grundstruktur mit primärer, sekundärer und tertiärer Versorgungsebene, die Etablierung von Hausarztmodellen auf der primären Ebene (teils über frei praktizierende Vertragsärzte, teils integriert in die Aufgabenwahrnehmung durch kommunale Gesundheitszentren), die hohe Bedeutung von Prävention, die Schaffung von multidisziplinären Strukturen entweder bereits auf der primären (Finnland, Schweden) oder zumindest auf der sekundären Versorgungsebene (Dänemark, Norwegen), die Finanzierung der Sachleistungen über Steuern und nach oben gedeckelte Patientengebühren sowie von Geldleistungen (bei Krankheit, Mutterschaft, Berufsunfähigkeit) über universalistische Einwohnerversicherungen, und die Struktur der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe. Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit sind die skandinavischen Systeme dem deutschen System ebenbürtig oder ungefähr ebenbürtig. Dies gewinnt vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung besondere Bedeutung. So konnte es das finnische Gesundheitssystem noch bis in die 70er Jahre hinein mit dem deutschen auch nicht annähernd aufnehmen. Es gab eine eher rudimentäre Versorgung. Der Aufbau leistungsfähiger Strukturen erfolgte erst ab den 70er Jahren, wobei dem Primary Health Care Act (1972) besondere Bedeutung zukam. (vgl. Järvelin 2002: 12ff.) In rascher Abfolge wurden vorher isolierte Teilsysteme (1974 der Klinikbereich, ab Mitte der 80er Jahre die Kinder- und Altenpflege) in das öffentliche Gesundheitssystem integriert und es erfolgte in dem System selbst eine Spezialisierung von Diensten und eine Intensivierung der Planung. Auch in Island erfolgte ab Mitte der 70er Jahre ein Systemwechsel, der die facharztliche Versorgung jedoch außen vor ließ, was heute als kostentreibende Hypothek wirkt. Diese Veränderungen bis hin zum Systemwechsel können im Sinne von innerskandinavischer Systemkonvergenz gedeutet werden.

In der Detailbetrachtung zeigen sich freilich deutliche Unterschiede. Die Pauschaleinschätzung, dass es in den skandinavischen Ländern einen National Health Service wie wie in Großbritannien gibt, nur dezentral organisiert, trifft für Finnland und Schweden zu, nicht jedoch für die anderen Länder. In Dänemark und Norwegen dominiert auf der Primärebene die Leistungserbringung über niedergelassene Allgemeinmediziner, die als Hausärzte in einer Vertragsbeziehung mit der zuständigen Kommune stehen. Obwohl auch auf freie Arztwahl optiert werden kann, die Teilnahme am Hausarztmodell also frei-

willig ist, entscheiden sich in beiden Systemen zwischen 98 und 99 Prozent der Einwohner für die Registierung beim Hausarztmodell. Dass in Deutschland als Ergebnis der jüngsten Gesundheitsreformen Hausarztmodelle einen Verbreitungsgrad erreichen wie in Dänemark oder Norwegen, ist nicht zu erwarten. Denkbar wäre dies nur, wenn das Hausarztmodell nicht in Konkurrenz zu diversen Wahltarifen stünde, sondern diese in das Hausarztmodell integriert würden. Der deutsche Kontext ist aber nicht auf die flächendeckende Ausbreitung hausärztlicher Versorgung angelegt. Es ist stattdessen ein Wettbewerbskontext. In diesem Wettbewerbskontext werden die Gesetzlichen Krankenkassen vor allem ihre den Privatkassen nachgebildeten Tarife bewerben, um damit gesunde und gut verdienende Mitglieder sowohl anzulocken wie zu halten. Die Hausarztmodelle richten sich an andere Gruppen. Dies können ältere Mitglieder sein, chronisch Kranke, sozial Schwache und auch Familien. Bei diesen Gruppen freilich könnten hausärztliche Versorgungsangebote, wenn sie denn erst flächendeckend von gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden und attraktiv gestaltet sind, gute Akzeptanz finden. Die gesunden Gutverdiener werden, so sie sich nicht privat versichern (können), eher von den Wahltarifen, die seit 2007 möglich sind und zahlreich angeboten werden, Gebrauch machen. Damit entsteht eine Spaltung in diverse Gruppen, die die skandinavischen Länder so nicht kennen.

Auch beim Grad der Dezentralisierung gibt es deutliche Unterschiede. Stark dezentral organisiert sind Dänemark, Finnland und Schweden, Island und Norwegen betreiben dagegen ein System mit stärkerer Zentralisierung der Entscheidungskompetenz. Mit der Krankenhausreform des Jahres 2002 hat sich Norwegen für eine Rezentralisierung entschieden, indem die Zentralregierung die vorher von den Landkreisen resp. Provinziallandtagen betriebenen Krankenhäuser in Staatsbesitz überführt und die Zuständigkeit dann an 5 Gesundheitsregionen übertragen hat. Grob gesprochen kann man sagen: Das norwegische Gesundheitssystem besteht aus einem steuerfinanzierten staatlichen Dienstleistungssystem, bei dem auf der Primärebene private Leistungserbringung eingebunden ist und die Sekundär- und Tertiärebene von staatlichen Krankenhauskonzernen beherrscht wird. Der Zentralstaat setzt in diesem System mehr als nur den Rahmen. U.a. hat er das Datenmonopol.

Auch beim Ausmaß der Systemintegration gibt es Unterschiede. Diese ist in Finnland mustergültig ausgeprägt. In den kommunalen Gesundheitszentren sind ambulante und leichte stationäre Leistungen ebenso integriert wie Prävention, Familienfürsorgeleistungen und teilweise auch die Erbringung von Laborleistungen. Die in den anderen skandinavischen Ländern weitgehend privatisierte Zahnversorgung Erwachsener wird in Finnland gerade als neue Leistung in das öffentliche Dienstleistungsangebot integriert. Während

Schweden eine Priorisierungsstrategie verfolgt, die Krankheiten resp. gesundheitliche Bedürfnisse nach Gruppen zu priorisieren versucht, geht Finnland bei der Priorisierung einen anderen Weg. Nicht Krankheiten werden in Gruppen unterteilt, um daran dann unterschiedliche Ansprüche auf Zugang zu öffentlich erbrachten oder öffentlich finanzierten Leistungen zu statuieren, sondern die Patienten, die an einer bestimmten Krankeit oder gesundheitlichen Störung leiden, werden nach individuellem Beschwerdebild unterschiedlich behandelt. Dieser Ansatz scheint dem schwedischen Ansatz überlegen. Erst recht gilt dies für die deutsche Debatte, die nicht offen geführt wird, wo sich aber unterschwellig eine Orientierung an Einzelleistungen durchsetzt.

Tabelle A-0 (Anhang) bringt die Gesundheitssysteme der untersuchten Länder in einen synoptischen Vergleich. Die wesentlichen Gemeinsamkeiten wie Unterschiede lassen sich in 7 Punkten zusammenfassen:

4. *Versorgungsstruktur*
Die Gesundheitssysteme der skandinavischen Länder bestehen aus einem Sektor der Primärversorgung einschließlich Prävention und einem Sektor der sekundären Versorgung. Abgesehen von Island, wo ähnlich wie in Deutschland eine Aufgabenvermischung zugelassen wird, leistet die Primärversorgung die Versorgung mit Allgemeinmedizin (incl. Prävention) und allgemeiner Pflege. Sie ist der lokalen, teilweise auch der regionalen Ebene zugeordnet. Der Sekundärsektor auf der nächsthöheren Ebene (Landkreise, Staat) leistet spezialisierte Dienste und Krankenhausdienste. Die beiden Sektoren bauen aufeinander auf. Tertiär folgt die Rehabilitation.

5. *Steuerungsmodus*
In Deutschland sind die politischen Steuerungsmöglichkeiten begrenzt. Politisch formulierte Ziele können in den gegebenen Strukturen nur mit erheblicher Verzögerung oder gar nicht erreicht werden. Nachdem Anreizinstrumente wiederholt nicht die in sie gesetzten Erwartungen erfüllten, hat sich der Gesetzgeber bei den jüngsten Gesundheitsreformen für eine größere Interventionstiefe entschieden und Struktureingriffe auf den Weg gebracht. Wirkmächtig sind im deutschen System die Mechanismen korporatistischer Koordinierung. Die Kassenärztlicher Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts, mit beruflicher Selbstverwaltung, Kollektivverträgen, Zulassungsbeschränkungen und der Aushandlung von Honorarvereinbarungen auf der einen und die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen auf der anderen Seite bilden die zentralen Machtbastionen. In den skandinavischen Ländern liegt die Steuerungs- und Durchsetzungsmacht nicht bei intermediären Körperschaften, sondern bei staatlichen Akteuren (kommunalen oder zentralstaatlichen). Der Steuerungsmodus schwankt zwischen Dezentralisierung und Zentralisierung. Weitgehend dezentralisiert mit Globalsteuerung durch das Gesundheitsministerium und seine nachgeordneten Behörden sind die Gesundheitssysteme von Dänemark, Finnland und Schweden, wobei die Bedeutung der regionalen Ebene differiert. Die Globalsteuerung besteht in der Gestaltung des Rechtsrahmens, in der Festlegung von Zielen und strategischen Leitlinien, in der Steuerung des Ressourceneinsatzes, in der Bereitstellung von Beratung und in der Sicherung von Patientenrechten, was Detaileingriffe im Wege der Wahrnehmung einer Dienstaufsicht einschließen kann. In Norwegen und Island dominiert ein zentralistischer Steuerungsmodus. Erfolgte Dezentralisierungen auf der sekundären Versorgungsebene wurden im Rahmen einer Rezentralisierung und Verstaatlichung zurück-

genommen. Die früher regionalen und nun staatlichen Krankenhäuser unterliegen allerdings nicht hierarchischer Steuerung, sondern werden in Anlehnung an den bei Statoil erprobten Steuerungstypus wie Non-Profit-Staatskonzerne geführt. Dies fügt sich in die norwegische Mischökonomie.

6. *Leistungsumfang*
Verglichen mit dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland ist der Leistungsumfang je nach dem Segment, was betrachtet wird, teilweise ähnlich, teilweise größer, teilweise geringer. So sind die Leistungen bei den Segmenten Prävention und Pflege größer, bei Alternativmedizin und dem Gesamtbereich der Zahnheilkunde jedoch wesentlich geringer. Generelle Aussagen wären annäherungsweise nur möglich bei einer Betrachtung, die Leistungspakete lebenslaufbezogen vergleicht.[98] Dies kann die hier vorgelegte Studie nicht leisten. Statt eines systematischen Vergleichs beschränkt sie sich auf Einzelbefunde.

7. *Finanzierungsmodus und Finanzierungsstrukturen*
Beim Finanzierungsmodus gibt es eine Dreiteilung.[99] Öffentlich erbrachte Sachleistungen der Vorsorge, der medizinischen und pflegerischen Leistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft sind steuerfinanziert und werden ohne oder bei geringen Zuzahlungen allen Einwohnern gemäß dem universalistischen Ansatz des skandinavischen Wohlfahrtsmodells zur Verfügung gestellt. Geldleistungen bei Mutterschaft, im Krankheitsfall und bei Erwerbsunfähigkeit sind beitrags- wie steuerfinanziert. Bei privatärztlich erbrachten Leistungen gibt es Kostenerstattungen in Abhängigkeit von ihrer Einbindung in die öffentliche Leistungserbringung. Die Kostenerstattungen leisten entweder die nationalen Sozialversicherungen über ihre rechnerisch verselbständigte Gesundheitssparte (Norwegen, Island) oder Pflichtversicherungen (Finnland). Abgesehen von Island existieren private Krankenversicherungen. Sie haben jedoch nur eine ergänzende Funktion. Private Vollversicherungen für einen relevanten Teil der Bevölkerung wie die PKV in Deutschland existieren nicht.

8. *Patientensicherheit und Patientenrechte*
Alle skandinavischen Länder haben ein umfangreiches System der Qualitätssicherung und von Patientenrechten aufgebaut. Am weitestgehenden sind die Rechte in Norwe-

---

[98] In der lebenslaufbehogenen Betrachtung geraten auch die Leistungen in den Blick, die nur altersabhängig Teil der öffentlichen Leistungserbringung sind. Dies gilt für zahnmedizinische Leistungen. Nach der Darstellung bei Döring, der aus der skandinavischen Ländergruppe Dänemark, Finnland und Schweden in seinen Vergleich der Finanzierungsstrukturen von 15 EU-Ländern und der Schweiz einbezogen hat, sind in Finnland (seit 2003) nicht aber in Dänemark Zahnbehandlungen in die öffentliche Finanzierung einbezogen (S. 15 und S. 25); zu Schweden trifft er keine Aussage. „Die öffentliche Versorgung umfasst (jedoch) keine Zahnbehandlungen" (S. 15), lesen wir zu Dänemark. Übersehen wird, dass für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sowie für bestimmte Bevölkerungsgruppen ein umfangreicher kommunaler Dentalservice bereitgehalten wird. Auch Schweden und Norwegen bieten für Kinder und Jugendliche kostenlose zahnmedizinische Behandlungen, wobei der Schwerpunkt auf der Prophylaxe liegt. Lediglich Island verfolgt einen Sonderweg mit Kostenbeteiligungen und Teilkostenerstattungen. Die Neuerung in Finnland (seit dem 1.1.2003) besteht auch nicht in der Einführung öffentlicher Finanzierung von Zahnbehandlungen, sondern in der skuzessiven Ausweitung des System öffentlich organisierter Dentaldienstleistungen über die Gruppe der Jugendlichen hinaus auf die Gesamtbevölkerung.

[99] Döring (2005) unterscheidet zwischen steuerfinanzierten Sachleistungen und beitragsfinanzierten Geldleistungen. Zu privatärztlichen Leistungen schreibt er bei Dänemark: „Kosten, die den Leistungsrahmen des öffenetlichen Gesundheitsdienstes übersteigen, und privatärztliche Behandlung müssen gänzlich vom Inanspruchnehmer getragen werden." (S. 13) Übersehen wird dabei die hausärztliche Struktur der dänischen Primärversorgung, die selbst für die wenigen Bürger, die nicht dem Hausarztmodell angeschlossen sind, Kostenerstattungen von Privatarztleistungen bis zur Höhe der Kosten, die bei Hausärzten entstehen, vorsieht. Eine ähnliche Regelung (übernommen von Dänemark mit allerdings stärkerer Privilegierung des Hausarztmodells) besteht seit wenigen Jahren in Norwegen.

gen ausgeprägt, was allerdings auch kostentreibend wirkt. Die Rechte beginnen mit dem Bürgerrecht, Patient zu sein, betreffen das Verhältnis von Patient und Behandler (Ärzte und andere Fachkräfte), beinhalten Behandlungsgarantien als neuere Entwicklung und regeln Entschädigungsansprüche bei Fehlbehandlungen oder unerwünschten Medikamentenwirkungen.

9. *Systemintegration zwischen holistischer Steuerung und parallel arbeitenden Systemen*.
Beim Grad der Integration der Teilsysteme und dem darauf bezogenen Steuerungsmodus gibt es zwischen den skandinavischen Ländern deutliche Unterschiede. Die (Kernsystem) größte Integrationsleistung gelingt in Finnland. Sie ist verknüpft mit einer Philosophie von holistischer politischer Steuerung. Nach den Befunden dieser Studie erklärt sich die hohe Effizienz und Effektivität des finnischen Systems nicht ausschließlich, aber zu einem hohen Anteil über das dort erreichte hohe Maß an systemübergreifenden Verflechtungen. Auch Dänemarkt und Schweden integrieren Teilsysteme relativ stark, wobei hinter Schweden mit Blick auf neuere Entwicklungen einige Fragezeichen stehen. Die Systeme von Island und Norwegen sind zwar innerhalb der Teilsegmente von kommunalen Gesundheitsdiensten und Krankenhauswesen gut integriert. Integrierte Versorgungskonzepte unter voller Einbindung privater Leistungsanbieter existieren aber so wenig wie in Deutschland. Neben den hohen Kosten, die aus den siedlungsstrukturellen Gegebenheiten resultieren - für auch noch die abgelegensten Minisiedlungen eine medizinisch-pflegerische Vollversorgung vorzuhalten, worauf die Einwohner ein Recht haben, ist teuer - erklärt der Mangel an Abstimmung zwischen den Teilsystemen, warum diese Systeme zwar sehr gute Leistungen erbringen, aber zu vergleichbar hohen Kosten wie in Deutschland.

10. *Verflechtung mit dem Bildungssystem*
In Deutschland haben wir es beim Bildungs- und Gesundheitswesen mit zwei Systemen zu tun, die sowohl in sich wie untereinander nur ein geringes Maß an Integration aufweisen. Hhinsichtlich der Zuständigkeiten, der Steuerung, der Finanzierung existieren sie völlig getrennt. In den skandinavischen Ländern gibt es nicht nur innerhalb der Systeme ein höheres Maß an Integration, sondern das höhere Maß an Integration spiegelt sich auch bei den Zuständigkeiten und der Art der Finanzierung, wo nicht wenige Überlappungen existieren.

Die Entwicklung in den skandinavischen Ländern (mit einer gewissen Ausnahme bei Norwegen) ist bis in die jüngste Zeit sowohl bei Bildung wie bei Gesundheit durch die Stärkung der kommunalen Ebene geprägt. Einerseits erlaubt dies eine in besonderer Weise bürgernahe Leistungserstellung; andererseits nahm die Uneinheitlichkeit zu. Dies könnte sich noch verstärken, wenn Elemente des Wettbewerbs stärker Einzug halten. Einige Bestrebungen gehen in die Richtung, die Systeme verstärkt für private Dienstleister zu öffenen. Dabei soll dann gelten, dass der Wettbewerb zwischen privatem und öffentlichem Sektor zu gleichen Bedingungen erfolgen muss.[100]

Obwohl die skandinavischen Systeme einen höheren Integrationsgrad aufweisen als das deutsche Selbstverwaltungssystem, gibt es auch dort an den Schnittstellen Reibungsflä-

chen. So wird in Norwegen über die unzureichende Zusammenarbeit zwischen den überwiegend freiberuflich tätigen Hausärzten in der Primärversorgung und den im Staatsbesitz befindlichen Klinikkonzernen geklagt. Finnland hat ein System ausgeprägt, wo Prävention und freier Zugang zu notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen am stärksten integriert sind. Die verfolgte Strategie der Priorisierung unterscheidet sich deutlich von den anderen skandinavischen Ländern. Während dort nach Wegen der Priorisierung von Krankheiten oder Leistungen gesucht wird, versucht Finnland Behandlungsstrategien zu priorisieren. Arthrose mit wenig Schmerzen und noch guter Beweglichkeit ist dann kein Kandidat für ein künstliches Gelenk, sondern für konservative Behandlung. Usw. Zu der finnischen Strategie passt, dass gegenläufig zu den anderen skandinavischen Ländern die Effizienzgewinne, die durch strukturelle Verbesserungen und die Stärkung präventiver Ansätze in den letzten 20 Jahren im System erzielt wurden, nun genutzt werden, um altersunabhängig eine flächendeckende Zahnversorgung aufzubauen. Seit Dezember 2002 läuft die Umsetzung. Heute sind alle Einwohner berechtigt, in einem kommunalen Gesundheitszentrum Zahnbehandlungen zu erhalten. Sie können auch die Dienste eines privaten Zahnartzes in Anspruch nehmen. Dann müssen sie die Rechnung zunächst privat bezahlen und erhalten dann von der nationalen Krankenversicherung ca. 60 Prozent der zuschussberechtigten Kosten erstattet. (Ministry of Social Affairs and Health 2004: 16)

---

[100] Es ab dazu eine Kommission, die im Oktober 2004 einen Bericht vorgelegt hat (National Report 2004: 11)

3. Wohlfahrtsstaatliche Ergebnisse

Im weltweiten Rahmen betrachtet, verfügen sowohl die skandinavischen Länder wie Deutschland über leistungsstarke Gesundheits- wie Bildungssysteme. Beim Bildungssystem haben freilich zunächst die Befunde der Dritten Internationalen Mathematik- und Naturwissenschaftsstudie (TIMMS), dann die PISA-Studien wie auch weitere internationale Vergleichsstudien deutlich gemacht, dass Deutschland im internationalen Vergleich mittelmäßig abschneidet und tendenziell zurückfällt. Konnte TIMMS noch als nicht so relevant abgewehrt worden, war dies bei den PISA-Studien nicht mehr möglich. Erstens bestätigte PISA das Vorliegen von Leistungsdefiziten bei deutschen SchülerInnen; zweitens dokumentierte es die Nicht-Existenz gleicher Bildungschancen und ein erhebliches Leistungsgefälle zwischen den Bundesländern; drittens wurde deutlich, dass das gegliederte Schulsystem eine hohe Quote von Schulversagern, die ohne qualifizierten Abschluss bleiben, produziert. Die nachfolgende Darstellung betrachtet den Outcome bei Bildung und Gesundheit hinsichtlich unterschiedlicher Kriterien. Die breit rezipierten PISA-Ergebnisse werden nur zusammenfassend mit einbezogen.

3.1 Bildung

Wer es ernst meint mit der europäischen Integration muss sich der Frage stellen, was die einzelnen Länder mit ihren unterschiedlich ausgestalteten Systemen für das formale Bildungsniveau und die tatsächliche Kompetenz der eigenen Bevölkerung auf verschiedenen Feldern leisten. Jenseits unterschiedlicher Traditionslinien eröffnet sich eine aussagekräftige Vergleichsperspektive, wenn breit an den Ergebnissen von Bildungsprozessen angesetzt wird. In der bildungspolitischen Debatte werden Bildung und Qualifikation häufig gegeneinander gestellt. Dies folgt der traditionellen Sichtweise, wonach Bildung auf die umfassende Entwicklung der Persönlichkeit zielt, während Qualifikation eng an der ökonomischen Verwertung ausgerichtet ist. Für eine Industriegesellschaft, ebenso für eine neofeudalistische Dienstbotengesellschaft mit einem großen Sektor von schlecht bezahlten prekären Beschäftigungsverhältnissen hat die Unterscheidung Bedeutung. Eine Wissensgesellschaft dagegen hat zur Voraussetzung, dass sie Bildungsprozesse organisiert, bei denen Menschen ab Vorschule in gleicher Weise ihre Persönlichkeit hinsichtlich ihrer Werteorientierungen, ihrer sozialen Kompetenz und gesellschaftlichen Verankerung entwickeln wie Fachwissen erwerben einschließlich der Fähigkeit, dieses Wissen laufend fortzubilden und in unterschiedlichen Kontexten zur Anwendung zu bringen. Auch wenn die vorliegende Studie das Zusammenwirken und die wechselseitige Abhängigkeit ver-

schiedener Zieldimensionen von Bildungsprozessen betont, wäre sie mit einer derartig umfänglichen Messung des Outcome doch überfordert. Die Analyse wird eingegrenzt auf statistisch resp. empirisch greifbare Indikatoren. Statistisch greifbar sind die erreichten formalen Niveaus. Im Groben sagt das erreichte formale Bildungsniveau einiges aus über diejenigen, die ein bestimmtes Niveau erreicht haben. Allerdings, es wird immer Teilmengen geben, für die die Rückschlüsse, die die erreichten formalen Niveaus nahelegen, nicht zutreffen. Im Einzelfall können sie so weit reichen, dass ein Individuum formal auf der untersten Stufe rangiert, sich hinsichtlich der tatsächlichen Kompetenz jedoch auf hohem Niveau bewegt, da es sich als Autodidakt im Laufe der Jahre in erheblichem Umfang Wissen und Fähigkeiten aneignet hat. Umgekehrt gibt es Menschen, deren tatsächliche Kompetenz bescheiden ist, obwohl sie formal höchste Abschlüsse aufweisen. Solange das Auseinanderfallen von formaler und tatsächlicher Bildung nicht gravierend ist, können erreichte formale Niveaus als Näherungsgrößen für tatsächliche Bildungsniveaus interpretiert werden. Die eigentlich interessierende Frage bleibt gleichwohl die nach den tatsächlichen Kompetenzen. Diese sind aber weit schwerer zu erfassen als die formalen Abschlüsse. Die PISA-Studien leisten hier Bahnbrechendes. Dies allerdings nur für die 15-Jährigen und nur für bestimmte Kompetenzbereiche (Lesekompetenz, mathematische Kompetenz, naturwissenschaftliche Kompetenz). Sie zeigen für ein gegliedertes Schulsystem wie das deutsche, dass ein relevanter Anteil von SchülerInnen, die auf die Bildungswege von Haupt- und Realschule verwiesen wurden, mit den Durchschnittsleistungen von Gymnasiasten mithalten kann, während umgekehrt eine Gruppe leistungsschwacher Gymnasiasten hinter den Besten aus niedrigrangigen Schulformen zurücksteht. Im Rahmen des Kopenhagen-Prozesses wird für die berufliche Ausbildung ebenfalls eine Bewertung tatsächlicher Kompetenzen angestrebt. Aktuell ist dies freilich noch Zukunftsmusik.

Die nachfolgende Darstellung wählt Indikatoren, die Antworten liefern auf 4 Fragen, wobei immer auch die Gender-Perspektive mit beleuchtet wird:

1. Durchschnittliches Bildungsniveau: Wie ist im Durchschnitt das Bildungsniveau der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter insgesamt und nach Geschlecht? Wie ist die Entwicklungstendenz?
2. SchülerInnen-Kompetenzen: Wie gut gelingt es den Vergleichsländern, den Anteil von Schulversagern klein zu halten?
3. Bildungsexpansion: Wie dynamisch entwickelt sich in den Vergleichsländern der Bevölkerungsanteil mit einem tertiären Bildungsniveau insgesamt und geschlechtsspezifisch?
4. Lebenslanges Lernen: Welche Bedeutung hat lebenslanges Lernen in den Vergleichsländern?

3.1.1 Durchschnittliches Bildungsniveau

In einer Wissensgesellschaft gilt: Je höher das formale Bildungsniveau der Bevölkerung, umso besser. Im Minimum erreicht werden sollte ein oberer sekundärer Abschluss, d.h. entweder die Hochschulreife oder (ohne Hochschulreife) der Abschluss einer qualifizierten Berufsausbildung. Dass die Bildungsabschlüsse des Sekundarbereichs II aufgrund divergierender schulischer und beruflicher Bildungswege zwischen Skandinavien und Deutschland nur eingeschränkt vergleichbar sind, muss an dieser Stelle zurückstehen. Es gehört zu den traditionellen Stärken von Deutschland als Industriestandort, dass über den hohen Bevölkerungsanteil, der eine Erstausbildung im dualen und vollzeitschulischen Berufsausbildungssystem durchläuft, die Qualifizierung auf mittlerem Niveau sehr gut ist. Bei der Quote derjenigen, die ein mindestens oberes sekundäres Bildungsniveau erreichen, erreicht Deutschland im internationalen Vergleich eine Spitzenposition. Die Betrachtung über die letzte Dekade (1995 – 2005) zeigt jedoch, dass diese Spitzenstellung eingebüßt wurde. *Abbildung 12* (vgl. auch Tabelle 2) bestätigt für die erwachsene Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren zwar noch eine Position im Spitzenfeld deutlich vor dem Durchschnitt der EU15-Länder wie auch vor Finnland, Dänemark und Island. Zugleich wird deutlich, dass schon Mitte der 90er Jahre Norwegen in Führung ging und 10 Jahre später auch Schweden Deutschland überflügelt hat. Norwegen durchlief die Hauptphase seiner Bildungsexpansion von 1970 bis 2000. Während dieser 20 Jahre sank der Bevölkerungsanteil der über 16-Jährigen, die nur über eine primäre oder untere sekundäre Ausbildung verfügen von 53,6 auf 19,5 Prozent. Die Bedeutung, die in den 70er Jahre Bildung unterhalb des oberen Sekundärniveaus hatte, hat heute Bildung auf dem oberen Sekundarniveau. Gleichzeitig haben sich die Bevölkerungsanteile, die über eine Kurzzeit- und Langzeithochschulbildung verfügen mehr als verdreifacht und haben heute ein stärkeres Gewicht als die Gruppe der Geringqualifizierten.[101] Nicht nur der Bevölkerungsanteil mit mindestens sekundärem Bildungsabschluss ist in Norwegen höher als in Deutschland, auch der Anteil der 25-34-Jährigen, die weder über eine Berufsausbildung noch eine Studienberechtigung verfügen liegt in Deutschland mit 15 Prozent wesentlich höher als in Norwegen mit nur 4 Prozent.[102] Dabei hat Norwegen anders als Finnland, das mit 11 Prozent gleichsfalls besser abschneidet als Deutschland, einen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund, der dem in Deutschland nicht nachsteht. Offensichtlich gelingt es aber

---

[101] Quelle: Norway statistics 2006: Tabelle 182: http://www.ssb.no/utniv_en/ and http://www.ssb.no/utelstud_en/

[102] OECD 2006: Education at a Glace (Bildung auf einen Blick)

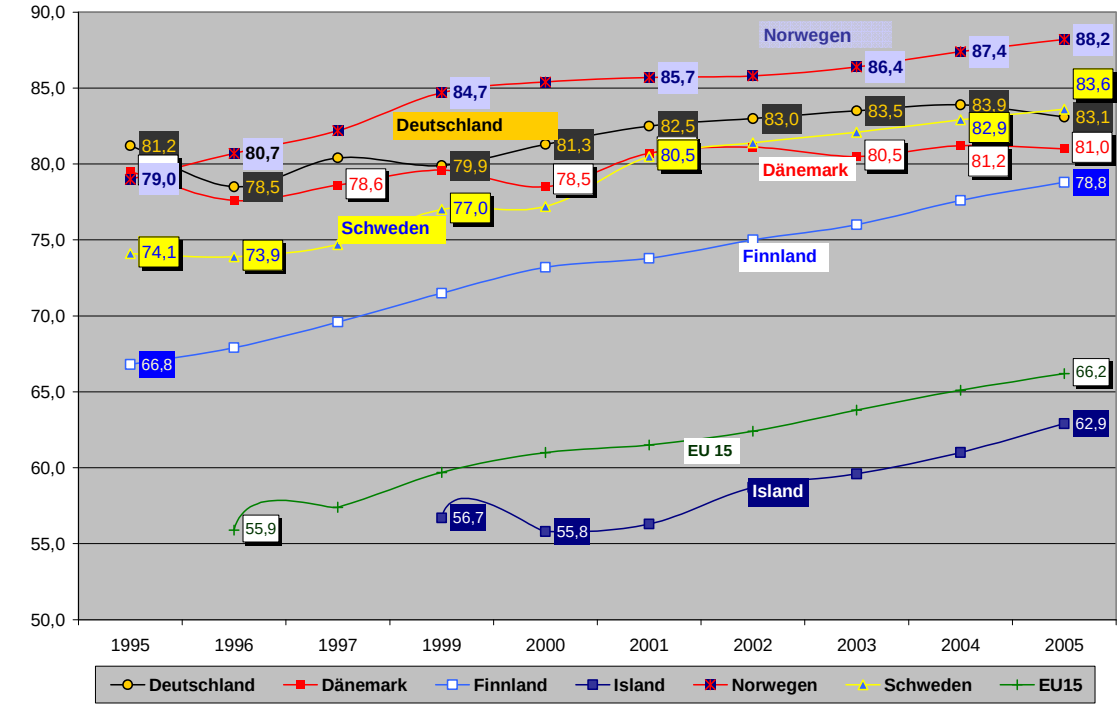
besser, die Potentiale von sowohl sozial benachteiligten Kindern wie von Migrationskindern zur Entfaltung zu bringen. Im weiten europäischen Vergleich (EU27 und die neuen Beitrittsaspiranten) liegt Norwegen geschlechtsübergreifend über alle Alterskohorten ab dem 20. Lebensjahr an der Spitze; den letzten Platz belegt die Türkei. Schweden lag Mitte der 90er Jahre um 6 Prozentpunkte hinter Deutschland und 2005 etwas höher. Eine geradezu rasante Entwicklung hat Finnland vollzogen; der Anteil mit mindestens gehobener Qualifikation stieg binnen der betrachteten Dekade um 12 Prozentpunkte. Allein über den Anstieg des Bildungsniveaus bei der jeweils jungen Generation ist dies nicht zu erklären. Das lebensbegleitende Lernen kommt als weiterer Faktor hinzu. Verglichen mit der dynamischen Aufwärtsentwicklung in Norwegen, Finnland und Schweden, beobachten wir in Dänemark eine Stagnation auf hohem Niveau und in Island eine Aufwärtsbewegung, die dem Durchschnitt in der EU15 entspricht.

Abbildung 13 betrachtet die junge Generation unter dem Geschlechterblickwinkel. Sie beantwortet die Frage, in welchem Umfang es die Vergleichsländer schaffen, junge Erwachsene im Alter von 20 bis 24 Jahren mit einem mindestens oberen sekundären Bildungsabschluss auszustatten. Bei der Interpretation der Zeitreihe ist der grobe Trend entscheidend, da statistische Anpassungen zu Brüchen führen. Andererseits: Die Anpassungen dienen der besseren internationalen Vergleichbarkeit. Während die Abbildung 12 (25 bis 64 Jahre) widerspiegelt, dass das deutsche Berufsausbildungssystem in der Vergangenheit erfolgreich war, was sich in dem insgesamt hohes Ausbildungsniveau der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter niederschlägt, zeigt Abbildung 13 (20 – 24 Jahre), dass für die Zukunft von einem vergleichbar großen Nutzen dieses Systems nicht ausgegangen werden kann. Hier ist nicht zu klären, was hinter dem markanten Rückgang des Anteils der 20- bis 24-Jährigen steht, die in Deutschland 2004/2005 über ein gehobenes Bildungsniveau verfügten. Statistische Anpassungen erklären zwar zu Teilen den Rückgang von 2004 auf 2005. Dies sagt aber nur: Die Quoten der Vorläuferjahre waren zu hoch ermittelt. Da in den skandinavischen Ländern die statistischen Anpassungen einige Jahre früher vorgenommen wurden, ist die Differenz, die sich zum Durchschnitt der skandinavischen Länder (ohne Island) sowohl bei Frauen wie Männern auftut, nicht ohne Dramatik. Bei Einbezug des Nachzüglers Island rutscht der skandinavische Länderblock einerseits tief ab, noch unter das EU15-Niveau. Andererseits wird hier besonders deutlich, dass die Höherqualifizierung in der gewählten Alterskohorte primär von Frauen getragen wird.

In Deutschland wird mit besorgtem Unterton viel darüber diskutiert, dass Mädchen heute bessere schulische Abschlüsse erreichen als Jungen. Abbildung 13 zeigt, dass diese Differenz verglichen mit den skandinavischen Ländern gering ist. Verglichen mit Island, wo die Bildungsexpansion überwiegend ein weibliches Gesicht hat, ist die Differenz, die sich

in Deutschland zugunsten junger Frauen herausgebildet hat, geradezu eine zu vernachlässigende Größe.

Abbildung 12
Bevölkerungsanteil (25 bis 64 Jahre) mit mindestens oberem sekundären Bildungsniveau 1995 – 2005: Vergleichsländer und EU15



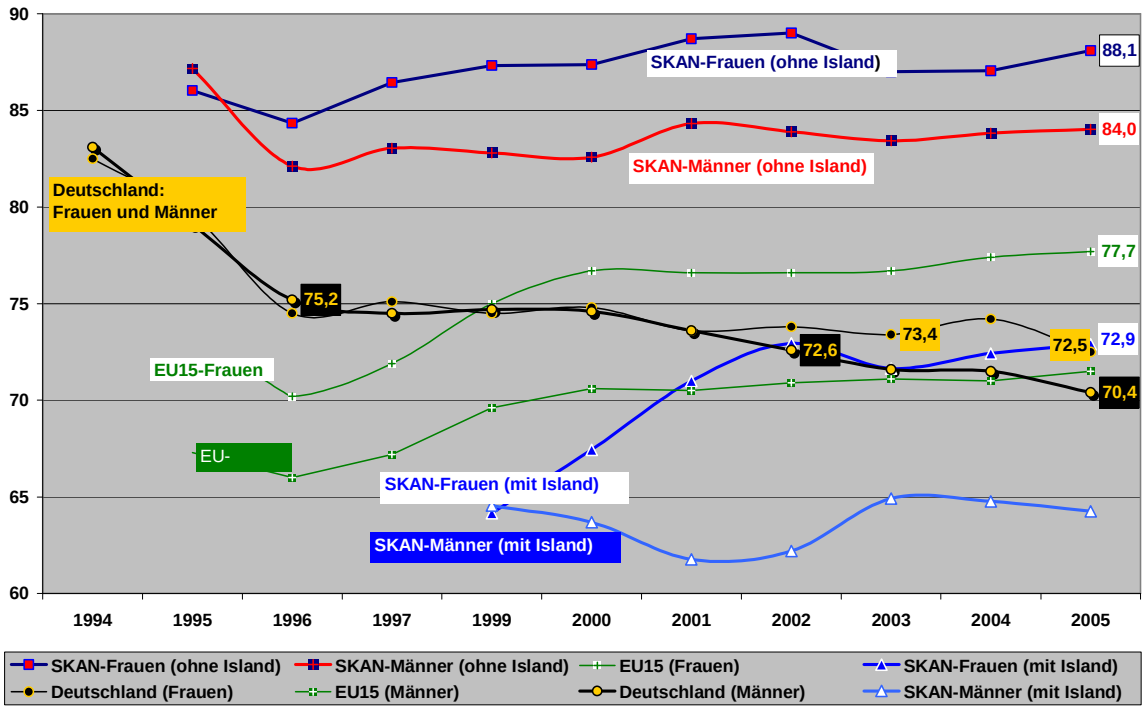
Quelle: Eurostat (2006): Indikatoren fortlaufend; eigene Auswertung

Würde eine andere Altersabgrenzung zu anderen Ergebnissen führen? Generell kaum. Für Deutschland ist allerdings denkbar, dass sich bei Betrachtung der 20 – 30-Jährigen ein günstigeres Bild ergäbe. Zur schleichenden Krise des dualen Ausbildungssystems gehört, dass viele Jugendliche Warteschleifen drehen, ehe sie einen Ausbildungsplatz finden.[103] Ein Teil der Auszubildenden mag den Abschluss also erst nach dem 24. Lebensjahr erreichen. Ob diese Gruppe jedoch eine relevante Größe hat im Vergleich zu Skandinavien kann nicht gesagt werden. Indizien sprechen dafür, dass im zersplitterten deutschen Bildungssystem Schleifen gedreht werden, die Zeit kosten, ohne für Gesell-

[103] Eine Analyse des IAB (IAB- Kurzbericht Nr. 2/2007) zeigt, dass heute in Deutschland auch Jugendliche mit mittlerem Bildungsabschluss Probleme haben, einen betrieblichen Ausbildungsplatz zu finden. Selbst denjenigen, die eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen koennen, drohe Arbeitslosigkeit. Das Ergebnis sei ein Verdrängungswettbewerb, der sich verschärfend auf die ohnehin schon seit Jahren schwierige Situation der leistungsschwaächeren Bewerber auswirke. Das Dokument findet sich unter: http://www.iab.de/asp/internet/dbdokShow.asp?pkyDoku=k070131n01 (Zugriff am 14.2.2007)

schaft und Individuen von Nutzen zu sein. So betrachtet spricht der Befund für eine abnehmende Leistungsfähigkeit des tradierten deutschen Berufsausbildungssystems.

Abbildung 13: Bevölkerungsanteil von Frauen und Männern (20 bis 24 Jahre) mit mindestens oberem sekundären Bildungsabschluss 1995 - 2005: Deutschland im Vergleich mit dem skandinavischen Durchschnitt (mit und ohne Island) und der EU15



Erläuterungen: Durch Änderungen in der statistischen Methodik gibt es einige Brüche bei den zugrunde liegenden Zeitreihen (1996 bei Dänemark und Deutschland; 2000 bei Finnland, 2001 bei Schweden; 2005 bei Deutschland). Überwiegend resultierte daraus eine Anpassung nach unten

Quelle: Eurostat 2006: Europe in figures ; eigene Auswertung

3.1.2 Schülerkompetenzen

Schulformübergreifende Leistungsvergleiche zwischen SchülerInnen eines bestimmten Alters sind in Deutschland nicht sehr verbreitet. Lange wurde dergleichen auch nicht für erforderlich gehalten, glaubte man doch fest daran, über eines der besten Bildungssysteme, das SchülerInnen begabungsgerecht den unterschiedlichen Bildungswegen zuweist, zu verfügen. In den vergangenen Jahren beteiligte sich auch Deutschland an international durchgeführten Studien und führt zunehmend auch eigene Studien durch. Von den Studien, in die Deutschland und die skandinavische Länder einbezogen waren, sind folgende am bekanntesten:

Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung (IGLU):

IGLU verglich die Lesekompetenzen der Schülerinnen und Schüler am Ende der vierten Jahrgangsstufe. Es beteiligten sich weltweit 35 Länder. Deutschland schnitt bei dieser Untersuchung wesentlich besser ab als bei PISA 2000. Die SchülerInnen landeten mit ihren Leistungen im oberen Drittel, wobei die Mädchen besser abschnitten als die Jungen. (Bos u.a. 2003: 114 ff.). Der Befund konnte dahingehend gedeutet werden, dass die in Deutschland einsetzende frühe Selektion sich negativ auf die Schülerinnenleistungen auswirkt.

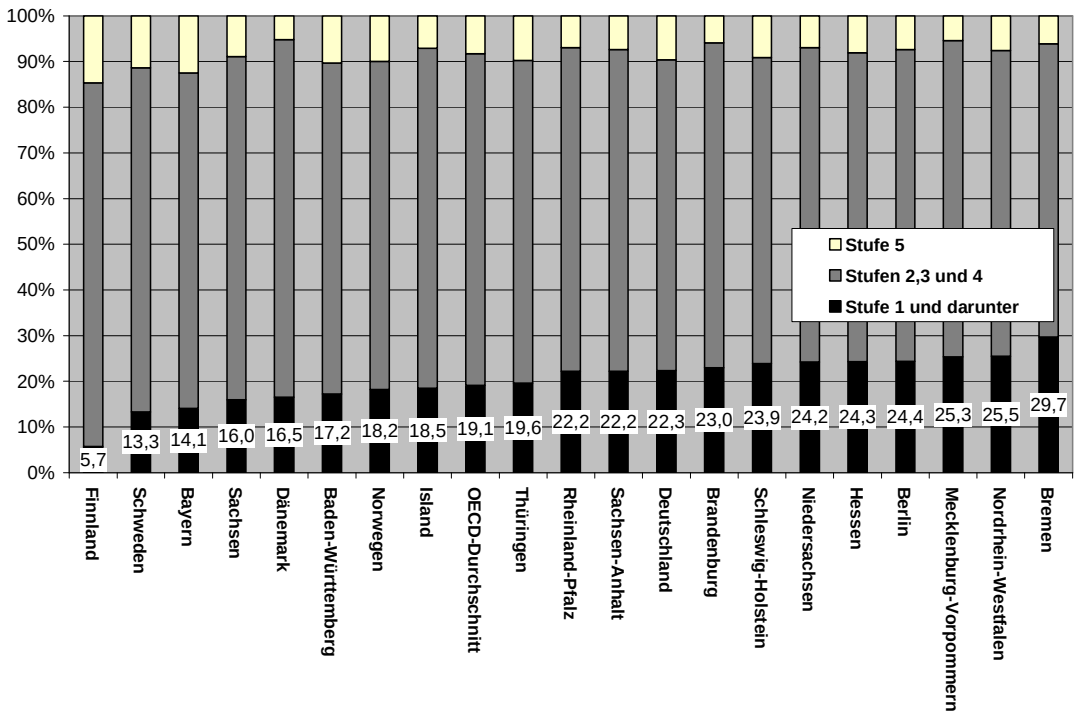
Programme for International Student Assessment (PISA)

Die PISA-Studien umfassen drei Teilstudien mit jeweils unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten. Bei der ersten Teilstudie (PISA 2000) mit dem Schwerpunkt bei der Lesekompetenz erzielten die getesteten 15-jährigen deutschen SchülerInnen in allen drei untersuchten Bereichen Ergebnisse, die deutlich unter dem Durchschnitt der anderen OECD-Länder lagen (OECD 2003a). Bei der zweiten PISA-Studie (2003) mit dem Schwerpunkt Mathematik lagen die durchschnittlich erzielten Punktwerte höher (Prenzel u.a. 2004; Baumert et al. 2006). Die Schwächen von Deutschland liegen nicht primär bei den eher bescheidenen Durchschnittswerten. Mit Blick auf Bildung als öffentliches Gut sticht hervor, dass das Ziel „Bildung für alle" weit weniger verwirklicht ist als in anderen Ländern. Die skandinavischen Länder bieten bei den durchschnittlichen Punktwerten ein buntes Bild. Finnland und Schweden liegen bei alle Kompetenzbereichen besser als Deutschland. Die anderen skandinavischen Länder schneiden teilweise besser, teilweise schlechter ab. Dänemark ist schlechter auf dem naturwissenschaftlichen Feld (475 zu 502 Punkten), bei der Lesekompetenz praktisch gleich und bei Mathematik besser (514 Punkte zu 503). Island schneidet bei Mathematik (515 zu 503), Norwegen bei der Lesekompetenz besser ab. Durchweg besser als Deutschland schneiden die skandinavischen Länder auf der Dimension Chancengleichheit ab. So beträgt in Finnland und Island der Anteil der Varianz zwischen den Schulen ungefähr ein Zehntel des OECD-Durchschnitts und in Dänemark, Norwegen und Schweden liegt er nur bei der Hälfte oder darunter. Dies bedeutet: Die Leistungen der SchülerInnen sind größtenteils unabhängig von den Schulen, die sie besuchen. Im Hinblick auf eine Leistungsverbesserung ihrer Kinder brauchen sich Eltern weniger Gedanken bezüglich der Wahl einer geeigneten Schule zu machen als in Deutschland, wo es entsprechend hohe und einheitliche Leistungsstandards in allen Schulen nicht gibt. (PISA 2003: 186).

Die fehlende Gleichheit beim Zugang zu Bildung begünstigt Schulversagerkarrieren. Indiz für derartiges Schulversagen sind nicht nur fehlende Abschlüsse. Bei Pisa 2003 kann die

Gruppe der SchülerInnen, die maximal die unterste Kompetenzstufe erreicht hat, entsprechend interpretiert werden. Abbildung 14 vergleicht unter dieser Perspektive die skandinavischen Länder mit dem Bundesdurchschnitt und 14 Bundesländern.

Abbildung 14: PISA 2003 (Lesekompetenz) : Anteil der SchülerInnen auf niedriger, mittleren und höchster Kompetenzstufe in Skandinavien, Deutschland und 14 ausgewählten Bundesländern



Quelle: OECD 2004: S. 493; Prenzel 2005: S. 12 (eigene Auswertung)

Wie ersichtlich gibt es zwischen den deutschen Bundesländern bei den Anteilen von SchülerInnen, die bei der Lesekompetenz maximal die unterste Kompetenzstufe erreicht haben, ein großes Gefälle: In Bremen lag die „Schulversagerquote" mit 29,7 Prozent mehr als doppelt so hoch wie in Bayern mit 14,1 Prozent und mehr als fünfmal so hoch wie in Finnland mit 5,7 Prozent. Drei der betrachteten 14 Bundesländer (Bayern, Sachsen und Baden-Württemberg) schnitten besser ab als der OECD-Durchschnitt. Deutschland insgesamt sowie 11 der 14 einbezogenen Länder rangieren schlechter. Dagegen: Alle skandinavischen Länder sind besser als der OECD-Durchschnitt. Die aus Abbildung 14 für die Lesekompetenz ersichtliche erhebliche Spreizung zwischen gut und schlecht platzierten Bundesländern exisitert auch in den Kompetenzbereichen Mathematik und Naturwissenschaft. Bertram macht darauf aufmerksam, dass im deutschen Förderalismus die Ungleichheit der Bildungschancen fast der Spannweite von Kindern aus Portugal im Vergleich zu Kindern aus Finnland entspricht. (Bertram 2006: 15)

3.1.3 Bildungsdynamik anhand der Entwicklung höherer Abschlüsse

Für die Bewertung dessen, was die Bildungssysteme der Vergleichsländer leisten, sind die im Rahmen des Lissabon- und Bologna-Prozesses formulierten Ziele von herausragender Bedeutung. Im Lissabon-Prozess geht es darum, Europa zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen. Damit besteht eine Verbindung zur These, dass Investitionen in Humankapital wesentliche Quelle und Motor für wirtschaftliche Wachstumsprozesse sind. Die hierfür erforderliche Modernisierung und gegenseitige Öffnung der Bildungssysteme führen zu einer Reihe tiefgreifender Veränderungen in der europäischen Bildungslandschaft. Die Steigerung der Mobilität von Studierenden, Lehrenden und wissenschaftlichem Personal ist die Grundvoraussetzung für den erforderlichen Wissenstransfer. Aufgrund der Vielfalt an Bildungssystemen im europäischen Raum hat sich gezeigt, dass Mobilität nach der Schaffung eines Europäischen Bildungs- und Hochschulraums sowie dessen Verknüpfung mit Forschung verlangt. Ohne ein gewisses Maß an Kompatibilität zwischen den Bildungssystemen ist dies nur beschränkt möglich. Für den Bereich der Hochschulbildung mündete dies in den Bologna-Prozess. In Bologna verständigten sich 1999 29 europäische Bildungsminister auf ein Zielbündel, das später präzisiert wurde. Wesentlich: Bis zum Jahr 2010 soll ein System europaweit vergleichbarer Studienabschlüsse, die auf zwei Zyklen beruhen, geschaffen werden. Der 1. Zyklus führt in einer Mindeststudienzeit von 3 Jahren zu „undergraduate"-Abschlüssen (Bachelor-Niveau), der 2. Zyklus zu Masterabschlüssen und Doktordiplomen. Die Vergleichbarkeit der Abschlüsse soll durch die Einführung eines Credit-Systems - European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) - gewährleistet werden. Auch die Mobilitätsförderung für Studierende, LehrerInnen, WissenschafterInnen und Verwaltungspersonal ist Gegenstand des Bologna-Prozesses. Da der Bologna-Prozess alle akademischen resp. professionellen Ausbildungen umgreift, bezieht er sich auch auf die im Bildungs- und Gesundheitssystem anzutreffenden Professionen.

Für Deutschland ist absehbar, dass die Bologna-Ziele bis 2010 nicht erreicht werden. In einigen Bereichen, insbesondere bei medizinischen und juristischen Fächern, ist eine Umstellung auf Bachelor und Master noch gar nicht in Sicht. Dagegen ist die Umstellung in den skandinavischen Ländern bereits weitgehend erfolgt[104] und berücksichtigt mit Aus-

[104] Schon Anfang 2003 hatten die skandinavischen Länder einen hohen Umsetzungsgrad erreicht, während in Deutschland die Umstellung in fakultativer Weise betrieben wurde (siehe die Übersicht vom 23. Mai 2003 von CRUS (Conférence des Recteurs des Universités Suisses): Stand der Umsetzung der Bologna Deklaration: http://www.kfh.ch.) Die Bilanz bei der Konferenz der Bildungsminister vom 16. bis 18. Mai 2007 in London ergab (vgl. die Berichte im Deutschland-Funk) für Deutschland noch Defizite, während Norwegen als Beispiel für einen gelungenen Umsetzungsprozess gelobt wurde. Nach Information der Präsidentin der Hochschulrek-

nahme von Dänemark auch die sozialen Belange der Studenten.[105] Bei der nachfolgenden Betrachtung der tertiären Bildungsdynamik folgt aus dem unterschiedlichen Entwicklungsstand bei der Modularisierung von Studiengängen, dass für Deutschland von einem höheren Gewicht der Langzeitstudiengänge (Studiengänge von 10 bis 12 Semestern) gegenüber den Kurzzeitstudiengängen (6 bis 8 Semestern) auszugehen ist; für die skandinavischen Länder ist das Gegenteil anzunehmen. Die Verteilung auf Bachelor, Master und Doktordiplom wird freilich nicht vergleichend untersucht. Auch die inhaltliche Ausrichtung von Studiengängen kann nicht näher untersucht werden.

Im OECD-Durchschnitt erreicht von den 25- bis 34-Jährigen mittlerweile fast jeder Dritte einen Hochschulabschluss oder etwas Vergleichbares.[106] Die skandinavischen Länder liegen deutlich darüber. Schweden will erreichen, dass jeweils 50 Prozent eines Altersjahrgangs im Alter von 25 Jahren an einer Universität studiert.[107] 2002 lag diese Quote bei 42 Prozent. Auch die anderen skandinavischen Länder haben den OECD-Durchschnitt hinter sich gelassen, während es in Deutschland nur geringe Fortschritte gibt. Die nachfolgenden Abbildungen 15 a+b führen plastisch vor Augen, wie sehr die Entwicklung während der zurückliegenden Dekade auseinander lief.

Bei der Studentenquote pro 1000 Einwohner (Abbildung 15a) wiesen Deutschland, Schweden und Island 1995 vergleichbare Werte (zwischen 26 und 28 Studenten pro 1000 EW) auf. Während Deutschland jedoch auf diesem Niveau stagniert, gab es in Schweden und Island einen rasanten Höhenflug. Schweden realisierte eine Steigerung von 71,5 Prozent, Island gar eine Steigerung von 91,9 Prozent. (siehe Tabelle 2). Bei Wahl der Bezugsgröße „Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 35 Jahren" würde es eine gewisse Abschwächung geben, da die jüngeren Alterskohorten in den skandinavischen Ländern aufgrund der höheren Geburtenrate stärker besetzt sind. Am grundsätzlichen Befund würde dies nichts ändern. Die Führungsrolle innerhalb der „skandinavischen Familie" hat Finnland. Obwohl Finnland bereits vor einer Dekade eine Dichteziffer von gut 40 aufwies,

---

torenkonferenz, Prof. Margret Wintermantel, liegt der Anteil der neuen Bachelor- und Master-Studiengänge inzwischen immerhin bei 48 Prozent aller Studiengänge, der Anteil der dort eingeschriebenen Studenten aber bei weniger als 15 Prozent. Die Umstellung der übrigen Studienangebote sei mit Ausnahme einiger staatlich geregelter Studiengänge in Arbeit. Quelle: Nachricht der Hochschulrektorenkonferenz unter: http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/136388/ oder http://bildungsklick.de/pm/52765/hrk-vor-der-bildungsministerkonferenz-in-london-zum-bologna-prozess-politik-und-hochschulen-haben-noch-wichtige-aufgaben-vor-sich/

[105] Die jüngste Bestandsausnahme des Bolognaprozesses aus Sicht der Studenten (ESIB 2007) gibt für Finnland, Island, Norwegen und Schweden gute Bewertungen ab, während für Deutschland und Dänemark (wie auch für andere Länder, z. B. für Österreich) die Verschlechterung der Situation von Studenten hinsichtlich ihrer sozialen Situation und ihrer Partizipationsmöglichkeiten beklagt wird.

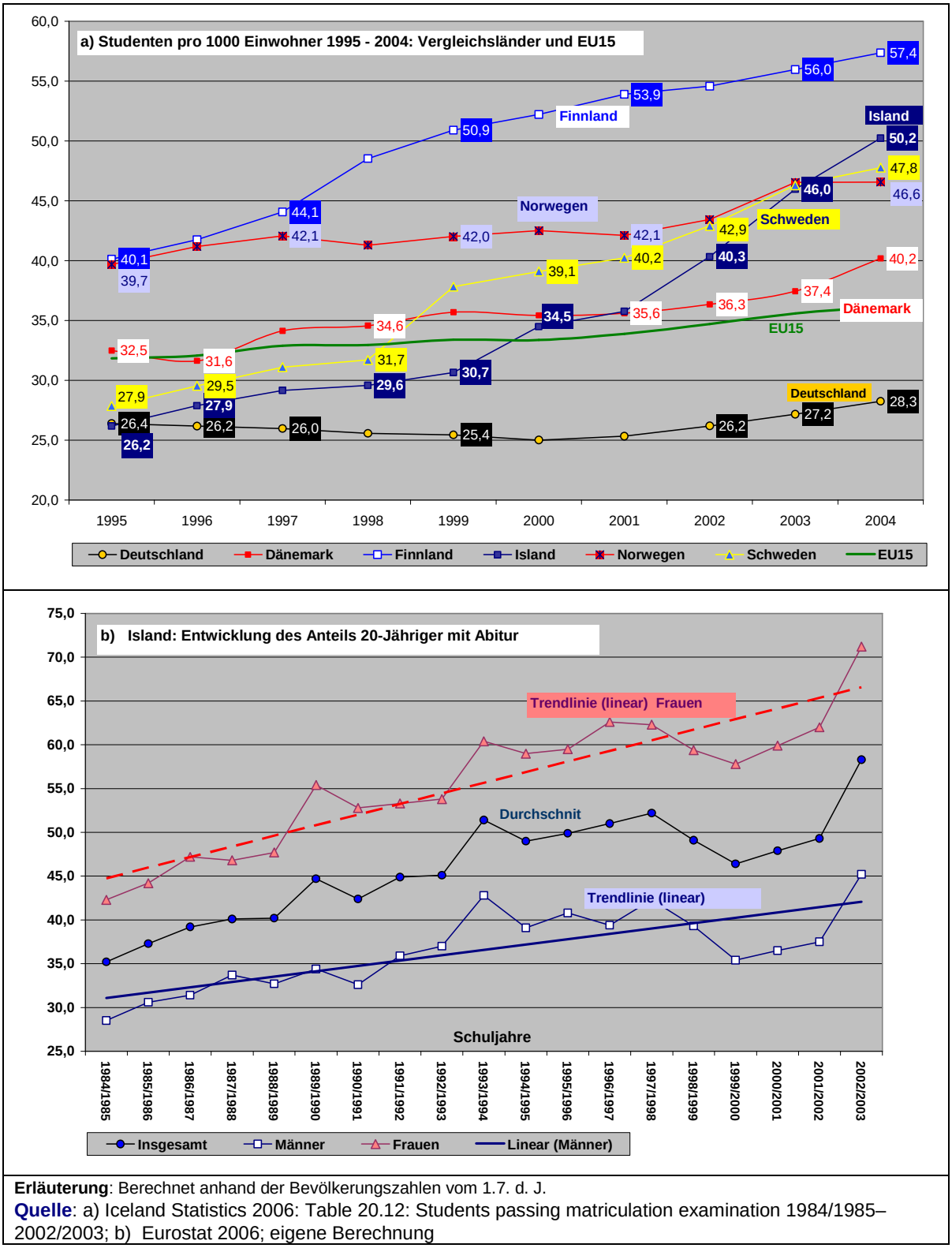
[106] OECD 2006a: Education at a Glance – OECD Indicators 2006, Paris: Tabelle A3.1, S. 58

[107] National Report on Economic Reform… 2004: S. 13.

hat es eine nochmalige Steigerung um 43 Prozent realisiert, während Deutschland nur um 7 Prozent zulegte. Der Abstand zum finnischen Niveau ist im Ergebnis heute doppelt so hoch wie vor 10 Jahren. Schweden und Island sind durch ihre überproportionalen Zuwächse dicht an Finnland herangerückt; Norwegen stagnierte über einige Jahre auf hohem Niveau, konnte dann aber wieder Anschluss finden. Auffällig ist unter den skandinavischen Ländern eine Konvergenzbewegung. Etwas zurück bleibt Dänemark. Trotzdem: Der Zuwachs fiel dort mehr als doppelt so hoch aus wie in Deutschland.

In allen skandinavischen Ländern wird die Expansion der Studentenzahlen in deutlich höherem Maße von Frauen als von Männern getragen. Island sticht besonders hervor. *Abbildung 15b* zeigt, dass unter den 20-Jährigen schon Mitte der 80er Jahre weit mehr Frauen die allgemeine Hochschulreife erlangten als Männer. Die Differenz stieg von 13,8 Prozentpunkten im Schuljahr 1984/85 auf 26 Prozentpunkte im Schuljahr 2002/2003. Geht man weiter in die Geschichte zurück, offenbart sich das ganze Ausmaß der weiblichen Bildungsexpansion. Die isländische Schulstatistik weist für das Ende des 19 Jahrhunderts die erste Frau aus, die die allgemeine Hochschulreife erlangte. Danach ging es nicht nur bergauf, es gab auch Rückschläge. Im Schuljahr 1964/65 machten 214 Männer gegenüber 100 Frauen Abitur. Zwanzig Jahre später lagen die Frauen um fast 40 Prozent über den Männern und nochmals knapp 20 Jahre später (Schuljahre 2003/2004 und 2004/2005) liegt der Abstand sogar bei durchschnittlich knapp 60 Prozent. Auch in der Europäischen Union studieren inzwischen durchschnittlich etwas mehr Frauen als Männer; während es in Deutschland etwas weniger Frauen sind. Korrespondierend zum hohen Anteil junger isländischer Frauen mit Hochschulreife stellt Island mittlerweile (2004) europaweit die meisten weiblichen Studierenden (64,5 %).

Abbildung 15:



Erläuterung: Berechnet anhand der Bevölkerungszahlen vom 1.7. d. J.
Quelle: a) Iceland Statistics 2006: Table 20.12: Students passing matriculation examination 1984/1985–2002/2003; b) Eurostat 2006; eigene Berechnung

Auch in Deutschland ist der Schulerfolg der Mädchen mittlerweile höher als der der Jungen. Unter den Studenten erreichen sie trotzdem noch nicht ganz den Anteil, der dem

weiblichen Bevölkerungsanteil in den entsprechenden Alterskohorten entsprechen würde.[108] Die Ergebnisse der im September 2006 veröffentlichten 15. Shell-Studie deuten an, dass sich der Geschlechter-Abstand vergrößern wird, denn 55 Prozent der Mädchen gegenüber nur 47 Prozent der Jungen wollen Abitur machen und unter den abgehängten „Risikoschülern" finden sich doppelt so viele Jungen wie Mädchen. Das Gleichziehen von jungen Frauen mit jungen Männern bei der Erreichung höherer Bildungsabschlüsse nährt die Erwartung, Frauen könnten bald die „*neue Leistungselite*" stellen.[109] Diese einerseits Hoffnung, andererseits Befürchtung unterschätzt die Zählebigkeit der von männlichen Kriterien geprägten Zuteilung von Berufspositionen im Erwerbssystem, wie nicht zuletzt auch der Blick auf die skandinavischen Länder lehrt. Obwohl diese bei der Vereinbarkeit von Vollzeit-Frauenerwerbstätigkeit mit Partnerschaft und Kindern der deutschen Entwicklung um Jahrzehnte voraus sind und auch die Arbeitswelt weit stärker als in Deutschland die Bedürfnisse von Eltern und Kindern berücksichtigt, ist Frauendiskriminierung im Berufsleben keineswegs überwunden. Zwar, die Differenz in den Beschäftigungsquoten der Geschlechter ist nirgends so gering und auch die Gehaltsunterschiede sind geringer als in Deutschland. Eingeebnet sind sie jedoch noch lange nicht. Die Bildungselite zu stellen, bedeutet nicht, dann auch die Leistungselite zu stellen. Ein formal höheres Bildungsniveau ist nur eine notwendige, aber keine zureichende Voraussetzung für eine bessere Geschlechterbalance bei Führungspositionen. Auch in den skandinavischen Ländern fällt der Frauenanteil umso geringer aus je höher die Position ist. Zwar sind die Frauenanteile mit Ausnahme von Dänemark höher als in Deutschland. Die höhere Quote resultiert aber zumindest teilweise aus der Existenz eines großen öffentlichen Sektors, bei dem Frauen heute die Mehrheit der Führungspositionen einnehmen.[110] Dies freilich nicht auf allen Ebenen, wie sich auch bei den herausgehobenen Positionen des Bildungssystems selbst zeigt. Wie in Deutschland stellen Frauen unter den Lehrkräften die überwiegende Mehrheit, ziehen aber bei TOP-Spitzenpositionen den Kürzeren. Eine herausgehobene Positi-

---

[108] Dieser liegt in fast allen hochentwickelten Ländern etwas über 50 Prozent (Deutschland: knapp 51 %). Natürlicherweise kommen etwas mehr Jungen als Mädchen zur Welt. Aufgrund dann höherer Jungen-Sterblichkeit erlangt der weibliche Teil in der Gesamtpopulation ein leichtes Übergewicht. Island bildet eine Ausnahme. Die Annäherung der Sterblichkeitsraten führte zu einem leichten Männerüberschuss in der Gesamtpopulation (Anteil am 31.12.2005: 50,1 %)

[109] Bei der Vorstellung der Ergebnisse der 15. Shell-Jugendstudie im September 2006 wurden z. B. derartige Rückschlüsse gezogen. Johanna Metz berichtet davon (Metz, Johanna (2007): Mädchen auf der Überholspur, in: Das Parlament Nr. 7 v. 12.2.2007, S. 4).

[110] Beispiel Schweden: Der öffentliche Sektor beschäftigt rd. ein Drittel der abhängig Beschäftigten. Während 2004 in der Privatwirtschaft nur 22 Prozent der Manager Frauen waren, lag der entsprechende Anteil im öffentlichen Sektor bei 56 Prozent. Quelle: National Mediation Office, zitiert nach: Statistics Sweden: http://www.scb.se/templates/tableOrChart____27570.asp (Zugriff: 5.3.2007)

on ist im skandinavischen Schulsystem die des Schulmanagers, der Schulmanagerin. Anders als deutsche Schulleiter besitzen skandinavische Schulmanager über reichlich Spielraum für eigenständige Gestaltungen, haben wenig Lehrverpflichtungen und einen Assistenten zur Seite. In Island, wo Frauen bereits seit einem Vierteljahrhundert den männlichen Bevölkerungsteil bei der Schulbildung weit hinter sich gelassen haben, haben sie es erst in den letzten Jahren geschafft, knapp die Hälfte der Schulmanagerpositionen einzunehmen. Noch Ende der 90er Jahre lag ihr Anteil unter den Schulmanagern nur bei einem guten Drittel, obwohl sie damals wie heute fast 80 Prozent des Lehrpersonals stellen. (vgl. Tabelle A-5a). Ähnlich aufgeholt haben sie im Hochschulbereich noch nicht. Unter den dortigen Lehrkräften (vgl. Tabelle A-5b) stellten sie 1999/2000 28 Prozent. Aktuell (2005/2006) liegt der Anteil unwesentlich höher bei knapp 31 Prozent; bei Professoren sogar nur bei knapp 24 Prozent. Betrachtet man VZ-Äquivalente erhöht sich der Anteil am Lehrpersonal auf 41,4 Prozent. Dies resultiert aus der beim weiblichen Lehrpersonal höheren Bedeutung von Vollzeitbeschäftigung. Um in einer Erwerbswelt, wo Karriere in weiten Bereichen nicht nur von der fachlichen Leistung, sondern ebenso von der Praktizierung „männlich geprägter Durchsetzungsmuster" abhängt, nicht ins Hintertreffen zu geraten, benötigen Frauen also deutlich bessere schulische Abschlüsse. Nur wenn sie beim Übertritt vom Bildungs- ins Beschäftigungssystem einen erheblichen Vorsprung vor den Männern aufweisen und der Staat die Familienarbeit gut unterstützt, können sie ihren Erwerbsprozess dauerhaft in Augenhöhe mit Männern gestalten. Dies jedenfalls lehrt die skandinavische Erfahrung.

Die Genderperspektive soll noch etwas vertieft werden. *Abbildung 16a* stellt den prozentualen Anteil der Frauen an den Studierenden im Tertiärbereich für alle Bildungsbereiche über einen Zeitraum von 7 Jahren dar. Die Länder sind nach dem Geschlechterproporz geordnet. Gemessen am EU15-Durchschnitt erreichen die skandinavischen Länder überproportionale Studentinnen-Anteile, während Deutschland unter dem EU-15-Niveau liegt. Allerdings konnten Studentinnen in Deutschland ihren Anteil um 3 Prozentpunkte steigern und erreichen nun fast 50 Prozent (2004: 49,4 %). Die starke Bildungsposition isländischer Frauen sticht hervor, liegt aber in der Konsequenz der bereits dargestellten Entwicklung. Schon 1998 lag der Anteil weiblicher Studenten bei 60 Prozent und stieg bis 2004 auf 64,5 Prozent. Auch in Norwegen, Schweden und Dänemark haben die weiblichen Studenten ihre Hochschulpräsenz im betrachteten Zeitraum weiter ausgebaut und erreichen 2004 59,6 Prozent (Norwegen und Schweden) resp. 57,9 Prozent (Dänemark). Finnland dagegen weist einen zwischen 53 und 54 Prozent pendelnden Anteil auf. Die hohen Frauenanteile unter den Studierenden relativieren sich bei Betrachtung der Hochschulabschlüsse. Die Abschlüsse von Frauen konzentrieren sich auf Bachelor- und Mas-

terabschlüsse. Bei Doktordiplomen haben sie den Abstand zu Männern zwar erheblich verringert, sind aber noch lange nicht gleichgezogen. 1990 lag unter den 25- bis 64-Jährigen der Männeranteil mit einem postgraduierten Abschluss 4,5mal höher als der der Frauen, bis 2005 hat sich der Abstand auf das 1,8fache reduziert. [111]

In den skandinavischen Ländern besteht eine starke Arbeitsmarktsegmentation: Frauen dominieren die sozialen Berufe und den öffentlichen Sektor, während Männer überwiegend im Privatsektor beschäftigt sind. Vor diesem Hintergrund wäre eine Konzentration der Studienwahl von Frauen auf die entsprechenden Fächer bei gleichzeitig nur schwacher Beteiligung naturwissenschaftlich-technischer Studiengängen naheliegend. Tatsächlich ist die Situation differenzierter. In der EU15 wie der EU25 stagniert der Frauenanteil unter den Studierenden der Naturwissenschaften, der Mathematik und Informatik bei um die 37 Prozent; eine beinahe paritätische Beteiligung erreichen in der EU15 einzig die Studentinnen in Italien und Portugal. Deutschland, Dänemark und Norwegen liegen mit Anteilen von jeweils rund einem Drittel unter dem EU-Durchschnitt, Island, Finnland und Schweden darüber. Die geringsten Anteile weiblicher Studenten weisen die Ingenieurwissenschaften auf. Als EU-Zielwert gilt hier eine Frauenquote von 30 Prozent. *Abbildung 16b* zeigt, dass Deutschland und Finnland[112] mit Quoten unter 20 Prozent weit von der Zielmarke entfernt sind, während es mit Dänemark und Island zwei skandinavische Länder geschafft haben, einen relevanten Anteil von Frauen in der klassischen Männerdomäne zu etablieren. Dänemarkt führt damit sowohl in der EU15 wie in der EU25. Allerdings gibt es starke Schwankungen. So ging der Frauenanteil von 35,4 (1998) auf 26,2 Prozent im Jahr 2001 zurück, um bis 2004 erneut auf 33,6 Prozent anzusteigen. In Island gab es dagegen einen stetigen Anstieg (1998: 20,6 %; 2004: 31,1 %), der auf eine wachsende Beliebtheit technischer Studiengänge bei jungen Frauen schließen lässt.

Die Konzentration auf typische Frauenberufe, die relativ schlecht bezahlt sind und geringe Aufstiegsmöglichkeiten bieten, gilt als eine Erklärung für die Benachteiligung von Frauen im Erwerbssystem. Das dänische Beispiel zeigt freilich, dass eine hohe Frauenpräsenz in technischen Studiengängen nicht automatisch Benachteiligungen im Erwerbssystem min-

---

[111] Nur 0,2 Prozent der 25- bis 64-jährigen Frauen gegenüber 0,9 Prozent bei den Männern verfügten 1990 über einen postgraduierten Universitätsabschluss; 2005 waren es 0,7 Prozent zu 1,3 Prozent. Basis dieses Erfolgs ist eine im Durchschnitt höhere Allgemeinbildung von Frauen gegenüber Männern. 84,1 Prozent der Frauen im erwerbsfähigen Alter gegenüber nur 79,8 % der entsprechenden Männer verfügten 2005 über ein mindestens oberes sekundäres Bildungsniveau. Quelle: Register of Education http://www.scb.se/templates/Product____9577.asp

[112] Dies bezieht sich freilich auf absolut sehr hohe Studenten- und dann auch Absolventenzahlen. Nach Angaben des Instituts der deutcshen Wirtschaft liegt der Anteil der finnischen Erstabsolventen ingenieurwis-

dert. In Dänemark gehen drei Dinge zusammen: Dänemark hat in der EU bei ingenieurwissenschaftlichen Studiengängen den höchsten Frauenanteil, ist beim Anteil weiblicher Führungskräfte eher europäisches Schlusslicht[113] und schneidet bezogen auf TOP-Managerinnen gleichwohl besser ab als die meisten europäischen Länder. Bei Norwegen andererseits geht ein nicht wesentlich über dem EU-15-Durchschnitt liegender Frauenanteil in ingenieurwissenschaftlichen Studiengängen zusammen mit der in Europa noch vor Frankreich und Großbritannien höchsten Präsenz von Frauen im TOP-Management.[114]

Die in den skandinavischen Ländern spätestens seit Mitte der 90er Jahre weit höheren Abiturienten- und in der Folge Studentenzahlen münden bei jungen Erwachsenen in eine Auseinanderentwicklung beim Akademisierungsgrad. In Deutschland lag im Jahr 2002 der Anteil der 25- bis 34-Jährigen mit tertiärem Bildungsabschluss ebenso wie 1998 bei nur 22 Prozent. Die skandinavischen Länder erreichen überwiegend (Finnland, Norwegen, Schweden) einen Anteil von 39 resp. 40 Prozent (siehe Tabelle 2). Lag die deutsche „Tertiärquote" 1998 8,2 Prozentpunkte unter dem skandinavischen Durchschnitt hat sich der Abstand bis 2002 auf 13,6 Prozentpunkte vergrößert. Der Kritik an dem geringen Bevölkerungsanteil mit tertiärer Ausbildung begegnet die deutsche Bildungspolitik standardmäßig

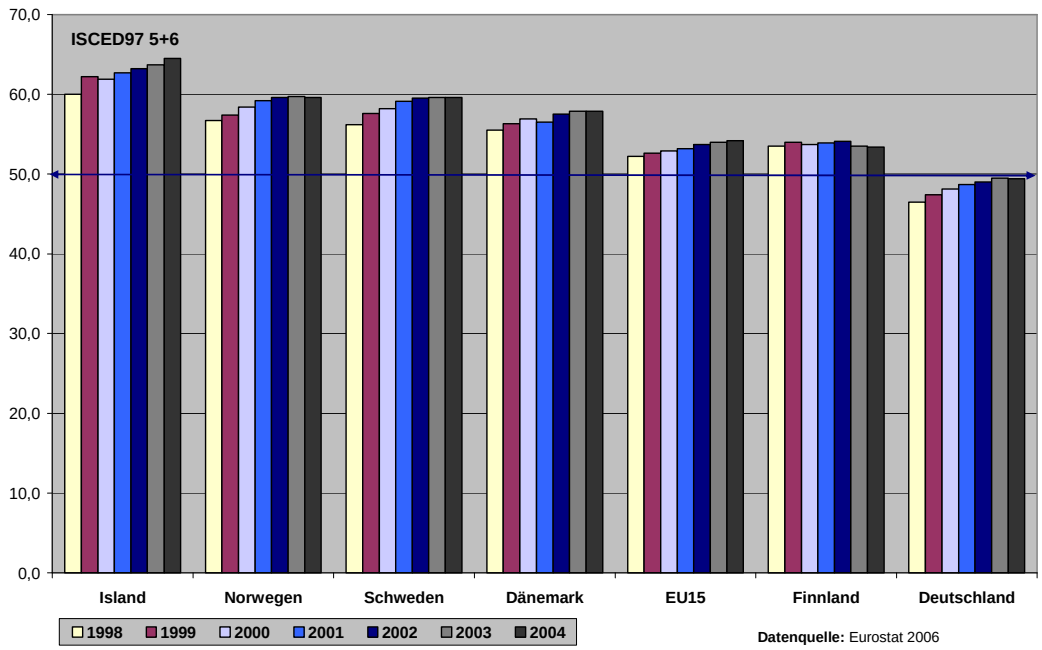
---

senschaftlicher Studiengänge pro 1000 Beschäftigten 3,5mal so hoch wie in Deutschland (Finnland: 3,42; Deutschland: 0,93). Wirtschaftswoche Nr. 23 v. 4.6.2007, S. 98

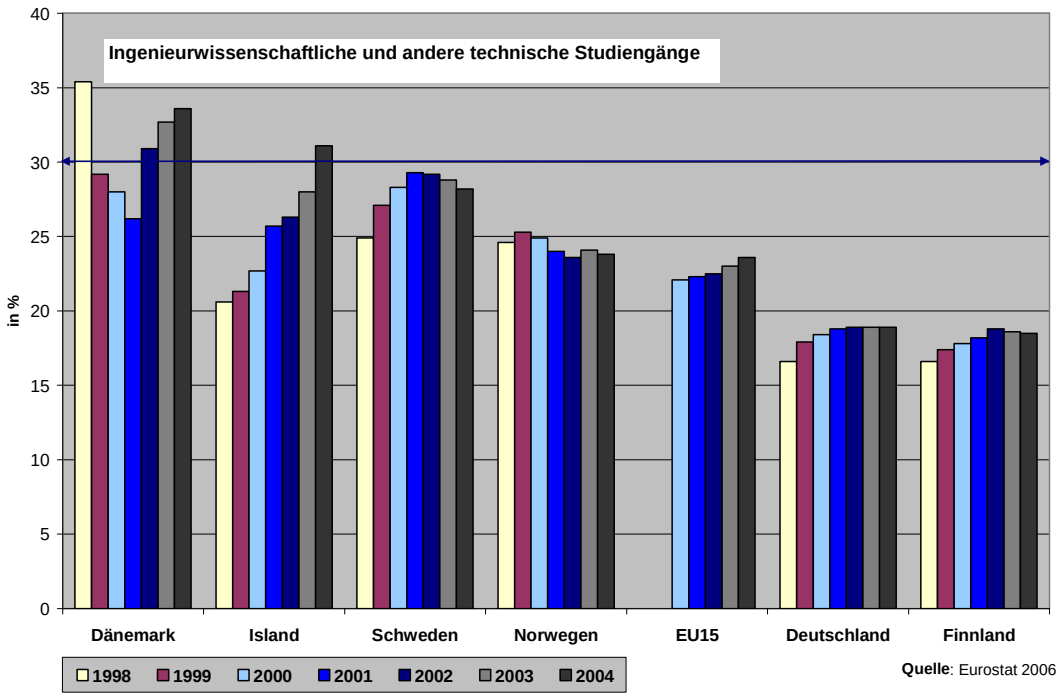
[113] Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes erreichen Frauen in Deutschland einen Anteil von 27,8 Prozent an den Führungspositionen in gesetzgebenden Körperschaften, Verwaltung und Privatwirtschaft gegenüber 32,1 Prozent in Schweden, 29,9 Prozent in Finnland, aber nur 20,8 Prozent in Dänemark. Zitiert nach Nr. 56 v. 7.3.2007, S. 2

[114] Die Befunde einer von Rüling, Anneli und Kassner, Karsten; (Institut für sozialwissenschaftlichen Transfer, Berlin) im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.) (2007) erstellten Studie sind insoweit zu modifizieren. Die Studie hatte einen europäischen Vergleich von Familienpolitik aus der Gleichstellungsperspektive vorgenommen. Deutschland war überall Schlusslicht und die skandinavischen Länder lagen mit Ausnahme eines Kriteriums vorn. Beim Kriterium der Aufstiegschancen und Verdienstmöglichkeiten schnitt Schweden schlechter ab als Frankreich und Großbritannien. Als Grund nennen die Autoren die Konzentration von Frauenbeschäftigung im Staatssektor, wo die Aufstiegschancen und Verdienstmöglichkeiten begrenzt sind. Dies ist einerseits richtig, andererseits zeigen sich bei näherer Betrachtung differenzierte, teilweise widersprüchliche Befunde. Dänemark fügt sich in das Erklärungsraster, nicht aber Norwegen. Die besten Aufstiegschancen haben in Europa nicht die Frauen von Frankreich und Großbritannien, sondern die von Norwegen. So beträgt der Anteil der Frauen in den höchsten Entscheidungsgremien der jeweils 50 größten börsennotierten Unternehmen im EU-Durchschnitt 10 Prozent, in Norwegen aber 32 Prozent. Damit liegt Norwegen weit an der Spitze. Schweden folgt mit ca. 24 Prozent; Frankreich und Großbritannien kommen erst danach und Dänemark liegt immerhin vor Deutschland, das auf 11 Prozent kommt. (Angabe nach: Der SPIEGEL Nr. 24 v. 11.6.2007, S. 59). Wesentlich für die hohe Präsens norwegischer Frauen in unternehmerischen Führungspositionen ist der Umstand, dass in der norwegischen Mischökonomie Staatskonzernen bereits mehrfach die Funktion von Laboratorien für die Erprobung innovativer Managementkonzepte, die dann entweder in anderen Teilen des Staatssektors zur Anwendung gebracht werden (staatliche Krankenhauskonzerne, z. B.) oder gegenüber der Privatwirtschaft als gesetzliche Auflage formuliert werden (40-Prozent-Frauenquote in den Aufsichtsräten börsennotierter Unternehmen). Im konkreten Fall war und ist Statoil Laboratorium und Vorreiter mit einer ausgeglichenen Geschlechterbalance im Konzernmanagement.

Abbildung 16: Anteil (%) weiblicher Studenten 1998 - 2004: Vergleichsländer und EU15 allgemein und Anteil bei technischen Studiengängen



a)



b)

Das erste Schaubild stellt den Anteil weiblicher Studenten über alle Fächer dar.

Quelle: Eurostat Bildungsindikatoren (eigene Auswertung und Darstellung):
http://epp,eurostat,ec,europa,eu/portal/page?_pageid=996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C3/C32/cca10000

mit vollmundigem Selbstlob und dem Verweis auf den hohen Bevölkerungsanteil, der als Ergebnis der Ausbildungsgänge im dualen und vollzeitschulischen Berufsausbildungssys-

tem über ein mindestens oberes Sekundarniveau verfügt.[115] Abgesehen davon, dass ein geringer Akademisierungsgrad nicht durch den Verweis auf die vielen Facharbeiter und Handwerker besser wird, lässt die in Deutschland insgesamt zu geringe Bildungsdynamik auch den Bevölkerungsanteil mit mindestens oberem Sekundärniveau nicht unberührt. Mitte der 90er Jahre führte Deutschland bei diesem Indikator. 10 Jahre später führen Norwegen und Schweden (vgl. Abbildung 12 und Tabelle 2).

3.1.4 Lebenslanges Lernen

Ein wesentliches Bildungsziel ist die Vermittlung der Fähigkeit zum lebenslangen Lernen. Die traditionelle Abfolge von Bildung, Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Ruhestand gehört damit der Vergangenheit an. Das Konzept des lebenslangen und lebensbegleitenden Lernens für alle beinhaltet mehr als die gelegentliche Anpassung der in einer Erstausbildung erworbenen beruflichen Qualifikationen an neue Technologien und berufsspezifisch geänderte Anforderungen. Lebenslanges Lernen setzt Menschen voraus, die von kleinauf sowohl die Fähigkeit wie die Motivation erworben haben, ihr eigenes Lernverhalten zu steuern und zu kontrollieren. Dies in der Doppelschau zurück auf das Erreichte und vorwärts auf das, was nächste Bildungsziele sein können. Der Aspekt „für alle" betont darüber hinaus, dass Bildungsangebote auch an diejenigen zu richten sind, die über keine qualifizierte Berufsausbildung verfügen. Wer nur über eine Basisschulbildung verfügt und sich als Ungelernter im Wechsel zwischen Arbeitslosigkeit und prekären Jobs durchs Leben schlägt, droht mit andauernder Nichtteilnahme an Lernprozessen gesellschaftlich und sozial immer weiter abgehangen zu werden. Dies mündet leicht in einen Prozess kumulativer Exklusion. Daher zielt lebenslanges Lernen auch auf diejenigen, die als Kinder und Jugendliche nicht die Motivation zum lebenslangen Lernen erworben haben. Bei diesen Gruppen gibt es aufgrund bislang fehlender Lernerfolge hohe Weiterbildungsbarrieren. Umso mehr bedürfen sie der öffentlichen Förderung.

---

[115] So erneut im Herbst 2006 anlässlich der jüngsten OECD-Studie „Bildung auf einen Blick". In der Pressemitteilung vom 12.09.2006 kommentierte der Parlamentarischen Staatssekretärs im Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Andreas Storm, die Studie mit der Erklärung, der internationale Vergleich bestätige den von der Bundesregierung verfolgten Kurs: "Wir investieren in Deutschland in die Köpfe." "Mit der gemeinsamen Anstrengung von Bund und Ländern werden wir in wenigen Jahren zu führenden Staaten der OECD aufschließen." Als Beleg für diese Prognose wird angeführt, dass der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, die entweder Abitur oder eine abgeschlossene berufliche Ausbildung aufweisen, in Deutschland bei über 80 Prozent liege gegenüber nur 67 Prozent im OECD-Durchschnitt. (http://bildungsklick.de/pm/32866/oecd-bericht-bildung-auf-einen-blick-2006-vorgestellt/)

So betrachtet zeichnet sich eine Gesellschaft des lebenslangen Lernens durch fünf Merkmale aus:

1. In dieser Gesellschaft gibt es einen hohen Anteil von Menschen, die über die Entwicklung ihrer Persönlichkeit (Werte, Selbstbild, Selbststeuerungsfähigkeit) Lernkompetenz erworben haben.
2. In dieser Gesellschaft gibt es ein öffentlich gefördertes ständiges Bemühen um Einschluss auch derjenigen, die über ein geringes Bildungsniveau verfügen resp. an lebenslangem Weiterlernen bislang nicht teilgenommen haben resp. als Behinderte besonderer Förderung bedürfen.
3. In dieser Gesellschaft richten sich Weiterbildungsangebote auch an ältere MitbürgerInnen. Sie erhalten eine Perspektive zum auch noch späten Erwerb von anerkannten Bildungsabschlüssen wie überhaupt von höheren Abschlüssen. Für die Nicht-Ausgrenzung der Älteren ist ihr Einbezug in den Prozess lebenslangen Lernens wesentlich.
4. Diese Gesellschaft betrachtet ständiges Weiterlernen nicht als Privatangelegenheit, an die appelliert wird, für die aber keine planbaren Zeitbudgets mit korrespondierender finanzieller Absicherung zur Verfügung gestellt werden. Im Gegenteil: Sie beinhaltet ein lebenslaufbezogenes Zeit- und Finanzierungskonzept, das es dem Individuum unter Inanspruchnahme verbriefter Rechte ermöglicht, immer wieder seinen Erwerbsweg kurzfristig zu unterbrechen, um eine Lernphase zwischen zuschalten.
5. Die Konzeption von öffentlich geförderter Weiterbildung ist nicht situativ und punktuell, sondern langfristig und breit angelegt. Sie umfasst allgemeine Kompetenzen, berufsspezifische Weiterbildung, das Erlernen eines neuen Berufs, aber auch Lernfelder, die sich unmittelbarer ökonomischer Verwertbarkeit entziehen.

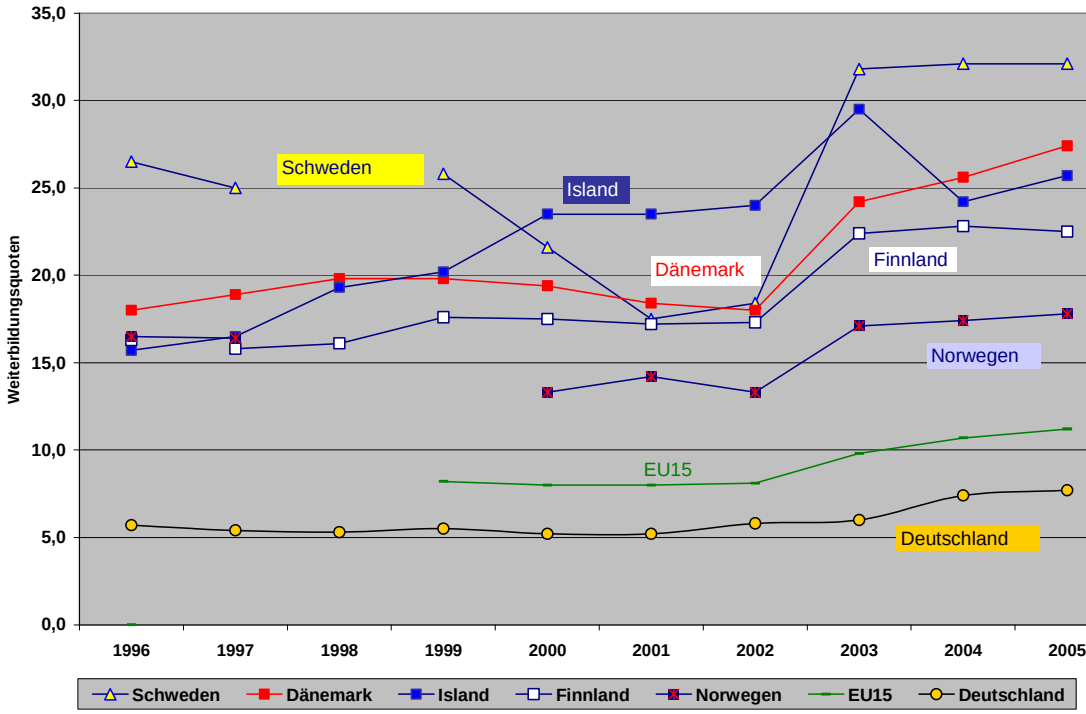
Aufgespannt ist damit ein weites Betrachtungsfeld, das den Rahmen dieser Studie sprengt. Der Blick wird eingeengt auf die Betrachtung der Weiterbildungsquoten allgemein und geschlechtsspezifische Quoten seit Mitte der 90er Jahre. Dies ergänzt um einige länderspezifische Befunde. Abbildung 17 bildet den Indikator „Lebenslanges Lernen der 25- bis 64-Jährigen" ab (Euostat-Bildungsindikatoren). Dargestellt ist die Quote derjenigen, die bei der Erhebung im Rahmen des EU Labour Force Survey angab, während der vier vorangegangenen Wochen an einer Bildungs- oder Trainingsmaßnahme teilgenommen zu haben. Die Anlage der skandinavischen Bildungssysteme mit hoher Bedeutung elementarer Bildung in Kindertagesstätten, der dann langen Phase gemeinsamen Lernens mit integrierter Individualförderung, einer hohen Durchlässigkeit auf allen Ebenen und der Betonung von Generalistenqualifikationen liefert eine gute Basis für die breite Verankerung lebenslangen Lernens in der Bevölkerung. Insoweit kann es kaum überraschen, dass die Weiterbildungsquoten vielfach so hoch sind wie in Deutschland. Wohl hat Weiterbildung auch in Deutschland an Gewicht gewonnen. Der Rückstand gegenüber den

skandinavischen Ländern wurde aber nicht kleiner. Im Gegenteil. Ausgenommen Norwegen hat sich der Abstand vergrößert. 1996 betrug der Abstand zum Spitzenreiter Schweden 20,8 Prozentpunkte, 2005 24,4 Prozentpunkte. Auch im Vergleich zu Dänemark und Island liegen die Abstände heute nur wenig unter 20. Prozentpunkten (Dänemark: 19,7; Island: 18). Bei Betrachtung der geschlechtsspezifischen Quoten fällt die Diskrepanz sogar noch größer aus, da Frauen in allen skandinavischen Ländern stärker im Lifelong Learning präsent sind als Männer, während sie in Deutschland immer noch etwas zurückliegen. Aktuell liegt bei den Frauen der Abstand zu Schweden bei 29,1 Prozentpunkten, der zu Dänemark bei 23,8 Prozentpunkten, der zu Island bei 22,4 und der zu Finnland immerhin noch bei 18,7 Prozentpunkten. Das deutsche Problem geringer Weiterbildungsaktivität ist nicht vorrangig im Weiterbildungssystem selbst zu verorten. Eine solche Betrachtung verkennt, dass Kinder und Jugendliche in der Breite eine sehr bescheidene Selbsteinschätzung hinsichtlich dessen, was sie bildungsmäßig erreichen können und wollen, aufweisen. Bertram (2006: 17) fragt zu Recht, „*wer deutsche Kinder so demotiviert, dass sie nur wenig von sich erwarten*". Wenn es allerdings an einer Politik fehlt, die ab Geburt ganzheitlich das Kindeswohl statt tradierter Vorstellungen von Familie und Statussicherung in den Mittelpunkt rückt, dann verfügt diese Gesellschaft nicht über die Merkmale, die eine Gesellschaft des lebenslangen Lernens gemäß der oben dargestellten 5 Merkmale kennzeichnen. Motivation zu lebenslangem Lernen braucht ein Fundament. Es wird in den skandinavischen Ländern in der Kindheit und Jugend gelegt. Anders in Deutschland. Hier findet diese Fundamentlegung nicht im Sinne eines öffentlichen Gutes, sondern im Sinne eines Privatgutes statt, das exklusiv in bestimmten Milieus vererbt wird, während die breite Masse leer ausgeht. Folge: Deutschland scheitert bislang an der Herausforderung, sich zu einer wissensbasierten Lerngesellschaft fortzuentwickeln, denn eine Gesellschaft, wo nur innerhalb gewisser Milieus die Motivation zum lebenslangen Lernen vererbt wird; ist keine Lerngesellschaft.

Wie fügen sich die Befunde in den größeren europäischen Kontext. Die EU-Arbeitskräfteerhebung erfasst die EU27 sowie die Schweiz, Norwegen, Island und die Türkei. Innerhalb der erfassten über 30 Länder belegen Schweden, Großbritannien und Dänemark die ersten drei Plätze. Die anderen drei skandinavischen Länder folgen nach der Schweiz auf den Plätzen fünf bis sieben. Nur Großbritannien und die Schweiz können es also auf dem Felde des lebenslangen Lernens mit Skandinavien aufnehmen. Deutschlang rangiert unter dem EU-Durchschnitt. Dies unabhängig davon, ob die Euroraum-Länder, die EU15, die EU25 oder die EU27 als Referenzpunkt gewählt werden. Zwar spielt lebenslanges Lernen nicht nur in den neuen Beitrittsländern und dem EU-Aspiranten Türkei, sondern auch in langjährigen Mitgliedsländern der Europäischen Ge-

meinschaft wie Italien und Griechenland eine noch geringere Rolle als in Deutschland, die Diskrepanz zu den skandinavischen Vorreiterländern mindert dies jedoch nicht.

Abbildung 17: Lebenslanges Lernen in den Vergleichsländern und der EU15 1996 bis 2005 (Anteile der 25- bis 64-Jährigen)



Erläuterung: 2000 und 2003 gibt es einen Bruch in der Serie; Die EU-Durchschnittsangaben für die Jahre 1999 bis 2001 basieren auf Schätzungen

Quelle: Eurostat-Bildungsindikatoren**:** http://epp,eurostat,ec,europa,eu/portal/page?_

Während sich die EU für die Weiterbildung Erwerbstätiger im Alter von 25 bis 64 Jahren interessiert, umgreifen die nationalen skandinavischen Statistiken einen weiteren Bevölkerungskreis. So führt Finnland seit 1980 im Turnus von 5 Jahren Erhebungen zur Weiterbildung Erwachsener (18 bis 79 Jahre) durch. Aus der Untersuchung des Jahres 2000 ergab sich eine durchschnittliche Aktivitätsrate der 18- bis 79-Jährigen von 54 Prozent. Gegenüber 1980 hat sich die Rate verdoppelt und die Dauer der Weiterbildung ist von 9 Tagen (1990) auf 13 Tage (2000) gestiegen. In der Verteilung nach Geschlecht gibt es große Unterschiede. Die Beteiligung von Frauen an Weiterbildungsaktivitäten ist nicht nur höher als die von Männern, sondern fällt auch im hohen Alter weniger ab. Am höchsten sind die Weiterbildungsraten bei Frauen zwischen dem 35 und 54 Lebensjahr, bei Männern liegt die Spitze früher (25 – 34 Jahre). Ebenso wie in Deutschland nährt Bildung Bildung. Wer über ein hohes Bildungsniveau und eine gute Berufsposition verfügt, engagiert sich weit stärker für die eigene Weiterbildung als Personen mit niedrigem Bildungsniveau. Allerdings zeigen die finnischen Untersuchungen, dass dieser Zusammenhang bei Män-

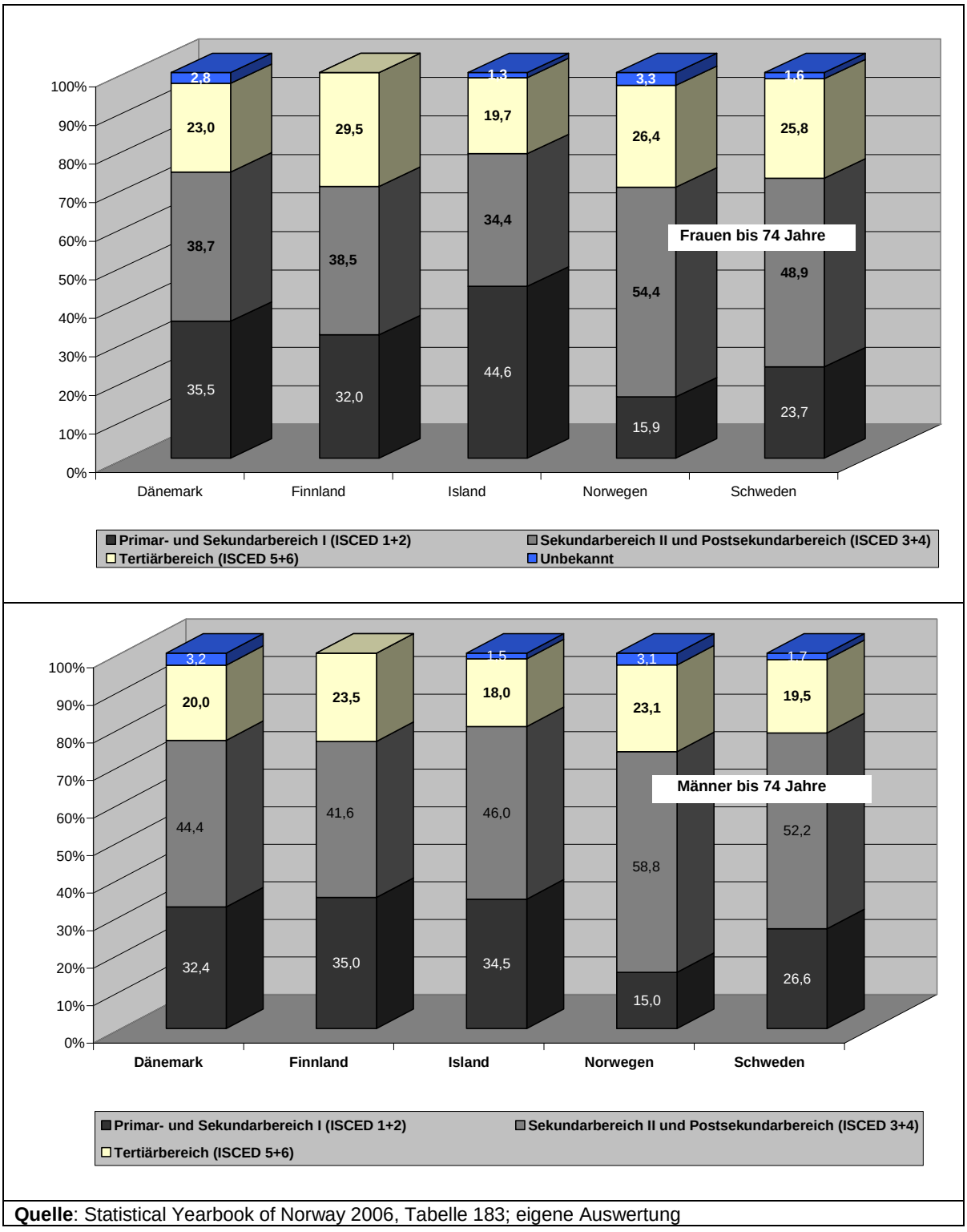
nern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen. Als Erklärung für diesen Befund bietet sich an, dass Männer den Nutzen von Weiterbildungsaktivitäten stärker auf beruflichen Erfolg und Karriere beziehen, Weiterbildung als weniger stark als Frauen auch um ihrer selbst willen betreiben. Am geringsten sind die Weiterbildungsraten bei Arbeitslosen und Nicht-Erwerbspersonen. Die Studie des Jahres 2000 ermittelte für Erwerbstätige eine Aktivitätsrate von 63 Prozent; für Arbeitslose und Nicht-Erwerbspersonen eine Aktivitätsrate von immerhin noch 37 resp. 36 Prozent.[116]

Deutschland hat nicht nur bei der schulischen Bildung und der Erstausbildung den Anschluss an die führenden Bildungsnationen verloren. Es gelang anders als in den skandinavischen Ländern bislang auch nicht, Weiterbildung zu einem festen Bestandteil des Lebens der Bevölkerungsmehrheit zu machen. Ein gut strukturiertes Weiterbildungssystem, das auch älteren Erwachsenen mit Förderung durch Staat und Arbeitgeber die nachträgliche Erreichung höherer Bildungsabschlüsse möglich macht, existiert in Finnland, Norwegen und Schweden. Abbildung 18 legt die Vermutung nahe, dass die Möglichkeiten zur Nachholung höherer Bildungsabschlüsse in relevantem Umfang genutzt werden. Dass abgesehen von Island Frauen aller Altersgruppen (bis 74 Jahren) in deutlich höherem Umfang über tertiäre Bildungsabschlüsse verfügen als in Deutschland die junge Generation insgesamt, ist nur aus dem Zusammenwirken von hohen Akademikerquoten in der jungen Generation und der nachholenden Akademisierung Erwachsener zu erklären. Zugleich offenbart die Bildungsstruktur nicht geringe Unterschiede. Aus dem Rahmen fallen Island und Norwegen. Während in Norwegen nur jede sechste Frau und jeder sechste Mann zu den Geringqualifizierten zählt, ist diese Gruppe bei den isländischen Frauen fast dreimal so stark und bei den Männern 2,3-fach so stark ausgeprägt. Zwar haben isländische Frauen die Männer bei den Tertiärabschlüssen übertrumpft, aber sie liegen bei den Mittelqualifizierten 10 Prozentpunkte zurück. In Island dominieren in der Gesamtpopulation weiterhin die Geringqualifizierten mit einem Anteil von fast 45 Prozent, während in Norwegen die Mittelqualifizierten die klare Mehrheit stellen.

---

116 Erhoben wird eine repräsentative Stichprobe von 5000 Personen. Quelle http://www.stat.fi/til/aku/2000/aku_2000_2004-05-31_kat_001_en.html#ots1 (Zugriff: 1. Juli 2006)

Abbildung 18:
Bildungsexpansion und ihre Verbreitung in der Gesamtpopulation (15 bis 74 Jahre) im innerskandinavischen Vergleich



Quelle: Statistical Yearbook of Norway 2006, Tabelle 183; eigene Auswertung

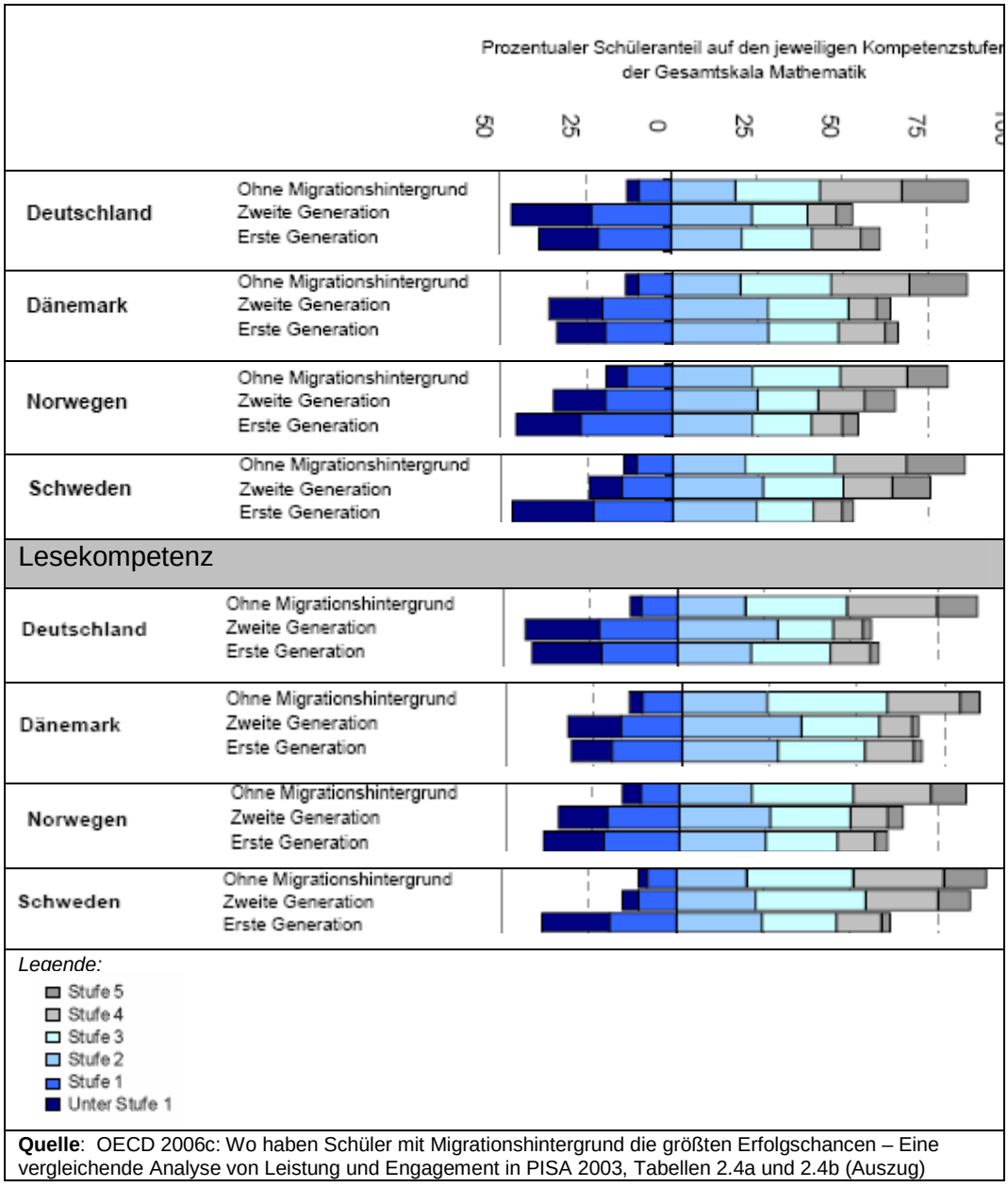
3.1.5 Soziale Integration durch Bildung - Übergreifende Wohlfahrtseffekte

Von den in Deutschland und den skandinavischen Ländern unterschiedlich ausgerichteten, ausgebauten und mit anderen Systemen verzahnten Bildungssystemen gehen eine Vielfalt von für die allgemeine Wohlfahrt relevanten Wirkungen aus. Dieses breite Feld kann hier nur angetippt werden. Ein Indikator ist das Gelingen sozialer Integration. Die Bildungspartizipation der BürgerInnen mit Migrationshintergrund ist hierfür einer der Erfolgsfaktoren. Zur Frage der Bildungsverläufe von BürgerInnen mit und ohne Migrationshitnergrund liegen eine Reihe von Statistiken wie auch Befunde aus den PISA-Studien vor. PISA 2003 lieferte im Rahmen einer Sonderauswertung (OECD 2006c) für die Vergleichsländer, wo Migration Bedeutung hat,[117] gegenläufige Befunde. Während in Schweden und Norwegen der Abstand zwischen einheimischen SchülerInnen und solchen mit Migrationshintergrund von einer Zuwanderergeneration zur anderen abnimmt, was als Erfolg von Integrationspolitik gedeutet werden kann, gibt es in Dänemark keinen Fortschritt und in Deutschland einen Rückschritt (siehe dazu Abbildung 19). Bei der mathematischen Kompetenz verblieben von Migrationskindern der ersten Generation in allen Vergleichsländern erhebliche Anteile unter Kompetenzstufe 2. Deutschland ordnet sich hier in eine Mittellage ein, da die SchülerInnenanteile, die das Basisniveau von Kompetenzstufe 2 nicht erreichen, in Schweden und Norwegen deutlich höher sind. Bei der zweiten Generation kehrt sich das Bild um. In den meisten Ländern weisen die Migrationskinder der zweiten Generation ein höheres Kompetenzniveau auf als die der ersten Generation. Dennoch verfügen in mehr als der Hälfte der untersuchten 17 PISA-Teilnahmeländern über 25 Prozent nicht über ein Basis-Mathematikverständnis. In Deutschland sind es mit über 40 Prozent weit mehr als in der ersten Generation und nun auch deutlich mehr als in den skandinavischen Ländern. Gute Integrationsergebnisse erzielt lediglich Schweden. Die Kinder der zweiten Generation rücken bei der mathematischen Kompetenz und noch stärker ausgeprägt bei der Lesekompetenz deutlich an die die 15-Jährigen ohne Migrationshintergrund heran. Während bei Berücksichtigung des sozio-ökonomischen und bildungsbezogene Hintergrundes in Deutschland, Dänemark und Norwegen signifikante Leistungsdifferenzen bestehen bleiben, gilt dies für Schweden nicht (OECD 2006c: 3f.)

---

[117] Untersucht wurden siebzehn Länder mit großem Migrantenanteil in der Schülerpopulation: die OECD-Länder Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, Schweiz und Vereinigte Staaten sowie die Partnerländer Hongkong (China), Macau (China) und Russische Föderation: http://www.pisa.oecd.org/dataoecd/2/57/36665235.pdf

Abbildung 19: Prozentualer Schüleranteil auf den jweiligen Kompetenzstufen der Gesamtskalen von Mathematik und Lesekompetenz bei PISA 2003



Quelle: OECD 2006c: Wo haben Schüler mit Migrationshintergrund die größten Erfolgschancen – Eine vergleichende Analyse von Leistung und Engagement in PISA 2003, Tabellen 2.4a und 2.4b (Auszug)

Nun liefern die PISA-Studien nur zeitpunktbezogene Momentaufnahmen für 15-jährige Schüler und SchülerInnen. Eine andere Frage ist, welches Bildungsniveau die Bevölkerung mit Migrationshintergrund letztendlich erreicht. Nach Darstellungen von OECD und Eurostat (Labour Force Survey) erreichen in allen skandinavischen Ländern weit über 20 Prozent der ausländischen Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren ein tertiäres Bildungsniveau gegenüber deutlich unter 20 Prozent in Deutschland. Allerdings ist die Gruppe der Ausländer nicht identisch mit der Migrationsbevölkerung. Sowohl für Schweden wie für Norwegen gibt es einen Überzeichnungseffekt dadurch, dass hochqualifizierte Ar-

beitsmigranten in weit geringerem Umfang als weniger qualifizierte Immigranten die schwedische resp. norwegische Staatsangehörigkeit annehmen. Nach den OECD- resp. Eurostat-Angaben ist das Bildungsniveau der in Norwegen arbeitenden Ausländer besonders hoch. 40 Prozent der 25- bis 64-Jährigen verfügten danach 2002/2003 über einen tertiären Bildungsabschluss. Dazu schreiben *Geir Nygård und Gunnlaug Daugstad (2006):*

> *„OECD recently published Trends in International Migration where the educational attainment among foreigners is highlighted. In Norway, 40 per cent of all foreign citizens have attained tertiary level of education. Questions were raised in several educational environments due to this high portion of well-educated foreigners, which is different from statistics at a national level describing the educational level among immigrants. Foreigners in Norway were not only well-educated, but also on top considering all OECD-countries. Different definitions used to set the immigrant population and different methods of sampling are causing this discrepancy. OECD has only considered the foreign citizens resident in Norway, whereas Statistics Norway also includes immigrants with Norwegian citizenships... The western immigrants usually hold a high educational level, but only rarely change their citizenship. For non-western immigrants it is opposite – the educational attainment is lower and they become Norwegian citizens more* often*."*

Dazu gesellt sich ein für die skandinavischen Länder ungewöhnliches Datenproblem, denn im Bildungsregister sind nur diejenigen erfasst, die ihren Bildungsweg in Norwegen absolviert haben. So gab es 2004 unter der Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren 215.676 Migranten, Daten zum erreichten Bildungsniveau liegen für 68 Prozent von ihnen (146.829 Personen) vor.[118] Bei der Teilgruppe der Ausländer (135.833 Personen) sogar nur für 55 Prozent. Von den erfassten Migranten mit und ohne norwegische Staatsangehörigkeit verfügt ein Drittel über ein tertiäres Bildungsniveau. Dies ist ein hoher Wert. In der differenzierten Betrachtung nach Herkunftsregionen zeigt sich allerdings, wie wenig aussagekräftig der Durchschnittswert ist. Die erfassten Migranten aus Westeuropa haben zu 51,8 Prozent und die aus Nordamerika/Ozeanien gar zu 66,3 Prozent ein tertiäres Bildungsniveau gegenüber nur 24,2 Prozent bei den Asiaten (incl. Türken) und 23,4 Prozent bei den Afrikanern.[119] Werden Herkunftsländer betrachtet – hierzu liegen für 2001 bezogen auf die 30- bis 44-Jährigen Daten vor – eröffnet sich auch innerhalb der Regionen eine große Spannweite. Bei den Asiaten finden sich niedrige Bildungsniveaus bei den Einwanderern aus Thailand, Pakistan und der Türkei mit Anteilen Geringqualifizierter (ISCED 1+2) um die 30 Prozent und Anteilen Hochqualifizierter (ISCED 5+6) von weniger als 15 Prozent. Dem gegenüber stehen asiatische Einwanderer aus dem Iran, den Philippi-

[118] Zu diesem Problem siehe unter http://www.ssb.no/english/subjects/04/01/utinnv_en/

nen, China und Indien mit Anteilen von Geringqualifizierten unter 15 Prozent und Anteilen Hochqualifizierter zwischen 30 und 40 Prozent. Bei den Einwanderern aus Afrika ist die Diskrepanz nicht so ausgeprägt, aber auch hier gibt es zwischen Einwanderern aus Äthiopien, die ein gutes Bildungsniveau aufweisen (Geringqualifizierte unter 10 Prozent; Mittelqualifizierte über 50 %; Hochqualifizierte über 20 %) und denen aus Marokko (Geringqualifizierte über 15 Prozent, Mittelqualifizierte unter 40 Prozent; Hochqualifizierte unter 20 %) bedeutsame Unterschiede.[120]

In Schweden sind die Bildungsabschlüsse derjenigen, die erst nach ihrer Geburt nach Schweden immigrierten, anders als in Norwegen gut erfasst. 2005 zählten zu dieser Gruppe unter den 25- bis 64-Jährigen 753.923 Personen. Ein gutes Fünftel (22 %) ist gering qualifiziert (ISCED 1+2); etwa die Hälfte hat ein mittleres Bildungsniveau (ISCED 3+4), 20 Prozent sind hochqualifiziert (ISCED 5 - 7) und von 6 Prozent ist das Bildungsniveau nicht bekannt. Dieses Bildungsprofil weicht nicht stark vom schwedischen Durchschnitt ab (siehe Abbildung 18). Größere Unterschiede offenbaren sich allerdings auch hier bei der Differenzierung nach Herkunftsregionen. Allerdings weisen nicht die Migranten aus Afrika das niedrigste Bildungsniveau auf, sondern die Migranten aus europäischen Ländern außerhalb der EU-25-Länder. In dieser Gruppe liegt der Anteil der Geringqualifizierten mit 26 Prozent am höchsten und der der Hochgebildeten mit 15 Prozent am geringsten. Hoch ist das Bildungsniveau erwartungsgemäß bei den Immigranten aus EU-25-Ländern. Am höchsten allerdings bei den eingewanderten Nordamerikanern und der kleinen „Ozeanien-Gruppe". In den beiden letztgenannten Gruppen gibt es fast keine gering Qualifizierten (Anteile von unter 10 %) und zwei Fünftel sind hoch qualifiziert.[121]

Wie verhält sich im Vergleich dazu das von Migranten in Deutschland erreichte Bildungsniveau? Herangezogen für einen Vergleich habe ich Baden-Württemberg. Dort trifft zweierlei zusammen: ein überdurchschnittlicher Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund (25 % gegenüber 19 % im Bundesdurchschnitt) und ein unterdurchschnittlicher Anteil von Schulversagern bei PISA 2003 (vgl. Abbildung 14). Über das Bildungsniveau der Bevölkerung von Baden-Württemberg gibt der Mikrozensus 2005 Auskunft.[122] Generell ist festzu-

---

[119] http://www.ssb.no/vis/english/magazine/art-2006-05-23-01-en.html

[120] Die Angaben sind Mindestangaben, da die Gruppe, über die keine Angaben vorliegen, jeweils eine eigene Gruppe bildet. Quelle: http://www.ssb.no/english/subjects/04/01/utinnv_en/tab-2003-02-26-01-en.html

[121] Quelle: Statistics Sweden, Tabelle "Foreign born population aged 25-64 by level of education, country of birth, sex and year for immigration 2005"

[122] Quelle: Statistisches Landesamt von Baden-Württemberg, Informationen zur Pressekonferenz am 16. April 2007 http://www.statistik-bw.de/Pressemitt/2007124.asp?BevoelkGebiet (Zugriff 2.6.2007)

halten: Die jüngere baden-württembergische Migrationsbevölkerung verfügt über ein höheres Bildungsniveau als ihre Väter und Mütter. Das für Norwegen und Schweden dargestellt Niveau wird allerdings auch von den Migrantenkindern der 2. und 3. Generation nicht erreicht. Zudem, es besteht eine größere Diskrepanz zum durchschnittlichen Bildungsniveau. So gibt es den erschreckenden Befund, dass im Jahr 2005 45 Prozent der jungen Menschen im Alter von 20 bis 30 Jahren mit Migrationshintergrund nur einen Hauptschulabschluss oder keinen Abschluss erreichten. Bei der Gruppe bis 35 Jahren erreichen dann zwar 45 Prozent einen Berufsabschluss. Mitgezählt sind dabei aber auch Anlernausbildungen von nur einem Jahr. 36 Prozent der 30 bis 35-Jährigen sind ohne beruflichen Abschluss und nur rund 10 Prozent der jungen Migranten der 2. und 3. Generation gegenüber knapp 22 Prozent der jungen Menschen ohne Migrationshintergrund verfügen über einen tertiären Bildungsabschluss. In Norwegen finden sich vergleichbar dürftige Bildungsergebnisse nur bei Migranten aus in besonderer Weise bildungsfernen Herkunftsländern wie Thailand oder der Türkei. Die baden-württembergische Bevölkerung mit Migrationshintergrund umfasst aber ganz unterschiedliche Teilgruppen, für die freilich keine differenzierten Ergebnisse vorliegen. In Schweden ist selbst unter den 25- bis 64-Jährigen der Anteil der gering Qualifizierten nur annähernd halb so hoch, der der Mittelqualifizierten ungefähr gleich groß und der der Hochqualifizierten fast doppelt so hoch. Das Statistische Landesamt von Baden-Württemberg kommentiert die schwachen Bildungsergebnisse wie folgt:

> *„Die aufgeführten Daten machen deutlich, dass es dem deutschen Bildungswesen bislang nur teilweise gelingt, junge Menschen mit Migrationshintergrund zu integrieren. Ursachen für die schlechtere schulische und berufliche Qualifikation dürften häufig auch Sprachprobleme der Menschen mit Migrationshintergrund sein und auch die Tatsache, dass der Zugang junger Menschen in Deutschland zu Bildung in hohem Maße vom Bildungsniveau der Eltern abhängt. Eine schlechtere berufliche Qualifikation stellt jedoch nicht zuletzt eine Erschwernis für die Integration der Menschen mit Migrationshintergrund in die Gesellschaft dar."*

Tabelle 2: Bildung der Bevölkerung nach wichtigen Parametern im Zeitraum 1995 – 2005: Vergleichsländer und EU15

A) Bildungsniveau der Gesamtbevölkerung

	25- bis 64-Jährige mit mind. oberem Sekundärabschluss						Anstieg 2000 -2005 (%)	25- 34-Jährige mit Tertiärabschluss		
Jahr	1995	1999	2000	2002	2004	2005		1998	2002	%
EU15	55,5	59,7	61,0	62,4	65,1	66,2	8,5%			
Deutschland	81,2	79,9	81,3	83,0	83,9	83,1	2,2%	22	22	0,0%
Dänemark	79,5	79,6	78,5	81,1	81,2	81,0	3,2%	27	31	14,8%
Finnland	66,8	71,5	73,2	75,0	77,6	78,8	7,7%	36	39	8,3%
Island	:	56,7	55,8	58,7	61,0	62,9	12,7%	24	29	20,8%
Norwegen	:	84,7	85,4	85,8	87,4	88,2	3,3%	33	40	21,2%
Schweden	74,1	77,0	77,2	81,4	82,9	83,6	8,3%	31	39	25,8%

B) Studenten (Tertiärniveau) nach Dichte (pro 1000 EW) und Geschlecht

	Studenten pro 1000 EW					Anstieg 1995 - 2004 (%)	Anteil weibl. Studenten			Frauen in techisch-math. Studiengängen (%)	
Jahr	1995	1998	2000	2002	2004		1998	2000	2004	1998	2004
EU15	31,8	32,9	33,4	34,7	36,2	13,6%	52,2	52,9	54,2	..	23,6
Deutschland	26,4	25,6	25,0	26,2	28,3	7,0%	46,5	49,0	49,4	16,6	18,9
Dänemark	32,5	34,6	35,4	36,3	40,2	23,7%	55,5	57,5	57,9	35,4	33,6
Finnland	40,1	48,5	52,2	54,6	57,4	42,9%	53,5	54,1	53,4	16,6	18,5
Island	26,2	29,6	34,5	40,3	50,2	91,9%	60,0	63,2	64,5	20,6	31,1
Norwegen	39,7	41,3	42,5	43,4	46,6	17,3%	56,7	59,6	59,6	24,6	23,8
Schweden	27,9	31,7	39,1	42,9	47,8	71,5%	56,2	59,5	59,6	24,9	28,2

C) Bedeutung von Lebenslangem Lernen (25- bis 64-Jährige)

	1996			2002			2005			Anstieg 96/05	
	i	m	w	i	m	w	i	m	w	m	w
EU15				8,1	7,5	8,8	11,2	10,4	12,1		
Deutschland	5,7	6,4	4,8	5,8	6,1	5,5	7,7	8,0	7,4	25,0%	54,2%
Dänemark	18,0	16,0	20,1	18,0	15,6	20,5	27,4	23,6	31,2	47,5%	55,2%
Finnland	16,3	15,2	17,5	17,3	14,5	20,0	22,5	19,0	26,1	25,0%	49,1%
Island	15,7	15,0	16,3	24,0	20,4	27,7	25,7	21,6	29,8	44,0%	82,8%
Norwegen	16,5	16,3	16,7	13,3	12,6	14,0	17,8	16,3	19,3	0,0%	15,6%
Schweden	26,5	24,7	28,4	18,4	15,7	21,2	32,1	27,9	36,5	13,0%	28,5%
Farblegende	Grün = bester Wert; orange: schlechtester Wert. Markierung nur dort, wo Beurteilung eindeutig ist										

Quelle: Siehe die Abbildungen 12 bis 16; eigene Darstellung

3.2 Gesundheit

In ihrem *World Health Report 2000* unternahm die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2000) erstmals den Versuch, die Gesundheitssysteme ihrer 191 Mitgliedsländer hinsichtlich ihrer Gesamt-Performanz einer Bewertung zu unterziehen. Wie soll oder kann gemessen werden, was unterschiedliche Gesundheitssysteme mit Blick auf das Globalziel „Gesundheit für alle" tatsächlich bewirken, zu welchen Kosten dies geschieht und wie solidarisch die Finanzierung erfolgt? Die WHO entschied sich, die Gesamtbewertung anhand von 4 Schlüsselindikatoren vorzunehmen. Definiert wurden dafür die Zielbereiche

Gesundheitsstand der Bevölkerung nach Niveau und Verteilung, Kosten und Finanzierung der Gesundheitsleistungen sowie die Leistungsfähigkeit und Kundenorientierung (Responsivität). Obwohl an der Studie im Einzelnen viel Kritik geübt wurde, vorzugsweise naturgemäß von den Ländern, die glaubten, unangemessen schlecht beurteilt worden zu sein, war die Studie weit mehr als nur ein Diskussionsbeitrag. Das Bewertungsraster trägt weiterhin. Auch ist in der Folge die Diskussion um nationale Gesundheitsziele vorangekommen. Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Projektes "*gesundheitsziele.de*" werden in Deutschland seit dem Jahr 2000 nationale Gesundheitsziele gemeinsam mit relevanten Akteuren aus der Politik im Bund, in den Ländern und Kommunen, Leistungserbringern und Kostenträgern in den Sozialversicherungen, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie aus der Wissenschaft erarbeitet. Für fünf Ziele - Typ-II-Diabetes Typ 2, Brustkrebs, die Reduzierung des Tabakkonsums, die Gesundheit der Kinder "Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung" und die Stärkung der Patientensouveränität - wurden bislang Teilziele und Maßnahmen formuliert. Neu hinzugekommen ist im Jahr 2006 das Ziel, der starken Zunahme depressiver Erkrankungen[123] entgegenzuwirken. Auf das, was an nationalen Gesundheitszielen festgelegt wurde,[124] kann nachfolgend nur punktuell Bezug genommen werden. Für synoptische Darstellungen existiert nicht die erforderliche Datenbasis.

3.2.1 Gesundheitsparameter allgemein

Was ein Gesundheitssystem für die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit der eigenen Bevölkerung leistet, lässt sich nicht über eine Momentaufnahme abbilden. Gesundheit und Krankheit sind die Eckpunkte in einem komplexen Prozess, bei dem Wirkungen häufig zeitverzögert nach Jahren oder Jahrzehnten auftreten. Ein entscheidender

---

[123] Für einen Überblick siehe Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression in Gesellschaft und Gegenwart, Frankfurt/M. und Spießl, H. et al. (2005): Volkskrankheit Depression, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Bd. 131, H. 1/ 2. Die Schätzungen gehen dahin, dass die Depression binnen der nächsten 10 bis 15 Jahre weltweit nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Erkrankung sein wird. Übergreifend erweist sich dabei Armut als ein großer Risikofaktor, denn alleinerziehende Frauen, die in Armut leben, weisen die höchsten Erkrankungsraten auf. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, dass Ehe/Partnerschaft und Nicht-Erwerbstätigkeit bei Müttern als Schutz vor depressiven Erkrankungen wirkt. Im Gegenteil. Die Ehe hat neueren Forschungsergebnissen zufolge paradoxe Wirkungen. Bei Männern wirkt sie als Schutzfaktor; bei Frauen gilt tendenziell das Gegenteil. Sie ernähren sich nach der Heirat schlechter (Complete Nutrition 1/06 zit. nach Psychologie heute, 33. Jg., 8/2006, S.11) und sind, sofern sie trotz guter Ausbildung nicht erwerbstätig sind, stärker depressionsgefährdet als erwerbstätige Mütter. Lediglich bei schlecht qualifizierten Ehe-Frauen alleinverdienender Männer wirkt es als Schutz, wenn sie angesichts ohnehin geringer eigener Arbeitsmarktchancen aus Mutterschaft soziale Anerkennung beziehen können.

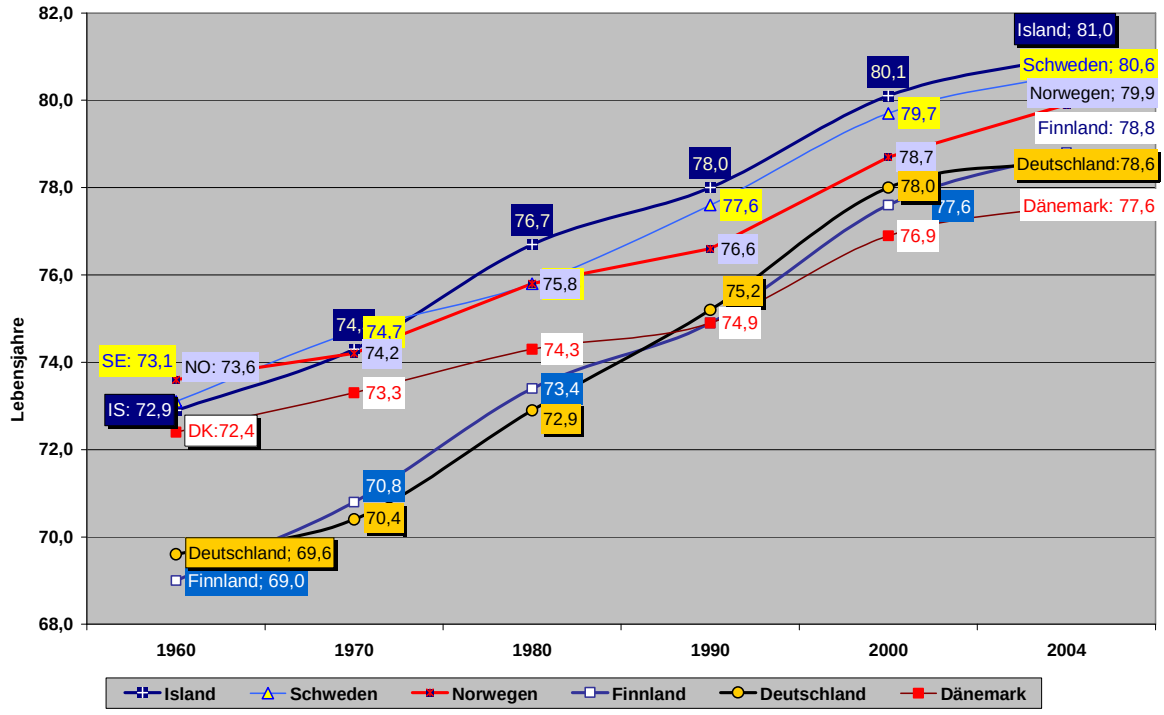
[124] Für bestimmte, vermeidbare Erkrankungen gibt es Zielfestlegungen der WHO. So ist Karies eine vermeidbare Infektions-Erkrankung, für die WHO-Ziele existieren. Zum Stand der Kariesprophylaxe unter dem Aspekt sozialer Ungleichheit vgl. Heintze (2006a)

Bezugspunkt für die Beurteilung langfristiger Trends ist die Entwicklung der Lebenserwartung im Durchschnitt und in der Verteilung nach Geschlecht und sozialem Status sowie die Erfassung der Jahre, die Menschen gesund leben oder im Falle von Krankheit so leben, dass ihr Leben eine ausreichende Lebensqualität bietet. Gerade angesichts der Möglichkeit, Menschen durch den Einsatz von medizinischer Technik zu jahrelangem Dahinvegetieren zu verurteilen, gewinnt die Frage nach einem sowohl langen wie gesunden Leben steigende Bedeutung.

Lebenserwartung

Dass die Lebenserwartung in den hochentwickelten Industrieländern seit Anfang des letzten Jahrhunderts stark zugenommen hat, ist bekannt. Weniger bekannt ist, dass die Zunahme schon weit früher, und zwar vor der Entwicklung der modernen Medizin einsetzte. Weiland (2006) zitiert eine international vergleichende Studie, die die Entwicklung über 160 Jahre untersuchte und dabei zu dem erstaunlichen Ergebnis kam, dass die großen medizinischen Durchbrüche keine markanten Auswirkungen auf die Entwicklung der Lebenserwartung hatten. In den Ländern mit den jeweils besten Werten nahm die Lebenserwartung pro Dekade ziemlich konstant um 2,3 Jahre zu. Hier gelang es, die für Fortschritte nutzbaren Potentiale auszuschöpfen. Der medizinische Fortschritt ist dabei nur ein Faktor unter anderen. Kaum weniger bedeutsam dürfte die soziale Entwicklung gewesen sein (Abschaffung der Kinderarbeit, Arbeitszeitverkürzungen, Verbesserung der Wohnverhältnisse, Entwicklung von Systemen sozialer Sicherung usw.). Einerseits wechselten im Laufe der Zeit die Länder mit der jeweils höchsten Lebenserwartung. Andererseits gibt es einige wenige Länder – Norwegen gehört dazu –, die es mehrfach an die Spitze schafften. *Abbildung 20* stellt für die Vergleichsländer den Verlauf der durchschnittlichen Lebenserwartung über einen Zeitraum von 44 Jahren dar. Die Graphik zeigt, dass die skandinavischen Ländern mit Ausnahme von Dänemark besser abschneiden als Deutschland. Isländer, Schweden, Norweger hatten freilich bereits 1960 eine höhere Lebenserwartung. Zu ihnen hat Deutschland den Abstand verringert. Finnland startete 1960 etwas unter deutschem Niveau und liegt heute leicht höher. Rückt man den Befund in einen breiten internationalen Kontext, finden sich Island und Schweden in der weltweiten Spitzengruppe, die von Japan angeführt wird (Frauen-Lebenserwartung 2004: 85,6 Jahre). Deutschland und Finnland liegen unter den hochentwickelten Ländern im oberen Mittelfeld; Dänemark fällt dagegen ab.

Abbildung 20: Entwicklung der Lebenserwartung (ab Geburt) 1960 – 2004: Deutschland und die skandinavischen Länder



Quelle: OECD Health Data 2006; eigene Darstellung

Interessant ist die Entwicklung der geschlechtsspezifischen Lebenserwartung. In Deutschland liegt die Lebenserwartung der Männer knapp 6 Jahre unter der der Frauen. Da die Lebenserwartung der Männer auch in anderen Ländern in einer ähnlichen Größenordnung hinter der der Frauen zurückbleibt, könnte vermutet werden, dies sei biologisch begründet. Inwieweit es einen eigenständigen biologischen Unterschied gibt, ist bislang nicht wirklich geklärt. Geklärt ist jedoch, dass ein Unterschied von 5, 6 und mehr Jahren biologisch nicht zwingend ist. So betrug die Differenz in Deutschland im Jahr 1925 nur 2,9 Jahre (Wieland 2006). Unter den Vergleichsländern bringt es Island (vgl. Tabelle 3) mit einem aktuellen Gender-Gap von 3,5 Jahren auf einen ähnlich günstigen Wert. Es weist damit nicht nur die weltweit geringste Geschlechterdiskrepanz auf, sondern liegt bei der Lebenserwartung der Männer innerhalb der WHO an der Spitze.

In der deutschen Reformdiskussion wird gerne Bezug genommen auf die vermeintliche Tatsache einer weiter steigenden Lebenserwartung in allen hochentwickelten Gesellschaften den Westens. Diese Prämisse vieler Reformüberlegungen ist keineswegs gesichert. So gibt es für die USA die begründete Befürchtung, dass die Lebenserwartung, die bereits heute nur im OECD-Mittelfeld liegt, zunächst stagniert und dann sinkt (Olshansky et al. 2005). Hintergrund: Bei rd. einem Drittel der US-Bürger kumulieren sich schon in jungen Jahren Risiken (ungesunde Ernährung, wenig Bewegung, Fettleibigkeit) in einem

Maße, dass bei dieser Gruppe von einer reduzierten Lebenswartung ausgegangen werden muss, was auf die Gesamtpopulation durchschlägt. Damit geht konform, dass das Wachstum der durchschnittlichen Körpergröße der US-Amerikaner, das lange über dem der West-Europäer lag, bereits vor einigen Jahrzehnten in ein Null- und phasenweise sogar Negativ-Wachstum übergegangen ist. Bei der Entwicklung der Körpergröße schneiden Niederländer und Skandinavier am besten ab. Die Rückentwicklung der US-Amerikaner dagegen wird auf das hohe Ausmaß sozialer Ungleichheit und das marktnahe Gesundheitssystem, in dem sich soziale Ungleichheit reproduziert, zurückgeführt.[125]

Der medizinische Fortschritt bietet zahlreiche Möglichkeiten, kranke Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung früher nach kurzer Zeit gestorben wären, noch über Jahre am Leben zu halten. Dies kann segensreich sein, kann aber auch eine rein künstliche Lebensverlängerung, die für den Einzelnen nur ein Mehr an Leiden ohne jede Lebensqualität bringt, beinhalten. Wie lange Menschen leben, bedarf daher der Ergänzung um die Frage nach dem Anteil der gesunden Jahre, die sie dabei verbringen. Ein medizinischer Fortschritt, der sich in Leidensverlängerung erschöpft, ist schwerlich Fortschritt zu nennen. Konsequenterweise hat die WHO ihren Slogan „*add years to life*" in „*add life to years*" umgeprägt. Nun ist über die praktische Bedeutung von Leidensverlängerung durch fragwürdige medizinische Interventionen wenig bekannt. Die vergleichende Lebensqualitätsforschung befindet sich bezogen auf diese und andere Fragen noch in einem frühen Stadium. Hilfsweise herangezogen habe ich die Ergebnisse des europäischen Haushaltspanels. Es bildet ab, wie die EU-BürgerInnen in den erfassten Ländern ihren Ge-

---

[125] Mit dem Zusammenhang zwischen Körpergröße und den biologisch-sozialen Lebensbedingungen beschäftigt sich der noch recht junge Forschungszweig der Anthropometrie. Professor John Komlos, Lehrstuhl für Wirtschaftsgeschichte an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München und Benjamin E. Lauderdale von der Princeton University, USA, haben statistische Daten zur Körpergröße von US-Amerikanern aus den Jahrzehnten zwischen 1959 und 2002 analysiert und mit europäischen Daten, soweit solche vorliegen, verglichen. Dabei zeigt sich eine zwischen Europa und den USA gegenläufige Entwicklung ab den 50er Jahren. Da sich die Lebensbedingungen in Kindheit und Jugend später in der Körpergröße des Erwachsenen widerspiegeln, wird vermutet; „*dass die Gesundheitssysteme und die hohe soziale Sicherheit der Europäer günstigere Bedingungen für Heranwachsende schaffen als das amerikanische Gesundheitssystem, obwohl dieses die Bevölkerung doppelt soviel kostet*" (Komlos). Im Einzelnen gilt die schlechte Ernährung von Teilen der US-Amerikanischen Bevölkerung als ein Erklärungsfaktor. Ein weiterer „*wichtiger Faktor sind… die großen sozioökonomischen Unterschiede zwischen den amerikanischen Bevölkerungsschichten. Denn Populationen weisen eine umso geringere durchschnittliche Körpergröße auf, je größer die Ungleichheit in der Bevölkerung ist - auch in Bezug auf Zugang zur Ausbildung, was sich dann in Einkommensunterschieden niederschlägt. Auch die Gesundheitssysteme sind weitgehend verschieden. So leben etwa 15 Prozent der US-Population ohne medizinische Versorgung, medizinische Versicherung und deshalb mit mangelhafter Absicherung, während in weiten Teilen Europas ein Minimum an Schutz für die gesamte Bevölkerung garantiert ist. Ähnliches gilt für die Arbeitslosenversicherung. Anders als in den USA steht sie fast der gesamten Bevölkerung in Nord- und Westeuropa zur Verfügung, wodurch auch der Lebensstandard der davon abhängigen Kinder gesichert ist*." Siehe John Komlos and Benjamin E. Lauderdale (2007): The Mysterious Stagnation and Relative Decline of American Heights after c. 1960." In: Lauderdale, Social Science Quarterly, (June, 2007) 88, 2:283-304, hier

sundheitszustand einschätzen, ob sie ihn für sehr gut, gut, zufrieden stellend, schlecht oder sehr schlecht halten. In Tabelle 3 sind die ECHP-Ergebnisse für Deutschland, Dänemark und Finnland im Vergleich zum EU15-Duchschnitt sehr komprimiert dargestellt. Schweden fehlt wegen unsicherer Datenlage. Was erstaunt ist das hohe Maß der Zufriedenheit von Dänen mit ihrem Gesundheitszustand. Jeweils gut drei Viertel und damit weit mehr als im EU15-Durchschnitt bewerten ihn sowohl 1996 wie 2001 als gut bis sehr gut. Deutschland und Finnland präsentieren sich konträr. 1996 schätzten nur 59,9 Prozent der Finnen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein im Vergleich zu 67,2 Prozent in Deutschland und 65,9 Prozent in der EU15. 2001 dagegen liegen sie über dem EU15-Durchschnitt, der sich etwas verschlechtert hat (auf noch 60,9 %) und weit über Deutschland, wo nur noch eine bedenklich geringe Zahl von 46,8 Prozent den eigenen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einschätzt.

Wichtige Todesursachen

Die Fortschritte bei der Lebenserwartung sind die Resultante aus vielen Faktoren, angefangen beim Rückgang der Kindersterblichkeit (vgl. Tabelle 3 unter A) über Erfolge bei den großen Volkskrankheiten (Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes II usw.) bis zum Rückgang von Todesfällen durch Gewalteinwirkung (tödliche Unfälle, Gewaltverbrechen mit Todesfolge, Selbstmorde). Bei der Interpretation von Krankheitshäufigkeiten, zumal im internationalen Vergleich, ist Vorsicht angebracht. Absolutzahlen sind generell nicht aussagekräftig. Einmal, weil sich hierin auch die Lebenserwartung und Altersstruktur einer Gesellschaft widerspiegelt. Dann, weil je nach den eingesetzten Verfahren zur Früherkennung von Krankheiten, die ermittelten Fallzahlen höher oder niedriger ausfallen. Die Früherkennung von Krankheiten ist nicht ohne Ambivalenz. Bei Krankheiten wie z.B. Diabetes eröffnet die frühe Erkennung Möglichkeiten der Sekundärprävention, durch die der weitere Verlauf günstig gestaltet werden kann (Icks et al. 2005: 8f. und 21ff.). Bei Krankheiten jedoch, wo frühe Erkennung nur bedingt einen Vorteil für die Betroffenen bringt, gibt es einen statistischen Effekt, der praktisch kaum relevant geworden wäre. Einen deutlichen Anstieg der Brustkrebs-Inzidenz wird demnächst in Deutschland die flächendeckende Einführung von Mammographie-Screening in Abhängigkeit von den Beteiligungsquoten der angesprochenen Frauen bringen. Diesen Anstieg zu interpretieren als Brustkrebszunahme ginge jedoch ebenso fehl wie die Gleichsetzung mit einer entsprechenden Rückführung der Dunkelziffer. Das Mammographie-Screening als qualitätsgesi-

---

zitiert nach Pressemitteilung vom 21. Mai 2007 der Ludwig-Maximilians Universität München (Informationsdienst Wissenschaft - Nachrichtenüberblick vom 21.05.2007: http://idw-online.de/pages/de/news209654)

cherte Früherkennungsmethode wird in einem gewissen Umfang Leben retten. In einem quantitativ größeren Umfang jedoch wird es neben falsch positiven Befunden Frühentdeckungen dort geben, wo das Mammakarzinom für die betroffene Frau noch lange gar kein Problem geworden wäre. Wie die medizinische Beurteilung unter dem Strich ausfällt, ob also der Nutzen überwiegt, wird sich erst in 10, 20 Jahren beurteilen lassen. Die Vermutung der Verfasserin geht dahin, dass man sukzessive dazu kommen wird, die Gruppen einzugrenzen, für die ein Screening Sinn macht.

Für internationale Vergleiche wesentlich aussagefähiger sind die Zahlen aus der Todesstatistik. Todesfälle sind etwas Definitives und die Statistik hat die Qualität einer Vollstatistik. Unschärfen gibt es freilich auch hier. Das ärztliche Denken ist bestrebt, dem Eintreten des Todes eine klare Ursache zuzuordnen. Dies aber ist nicht immer möglich. Gerade die sogenannten Zivilisationserkrankungen haben es an sich, dass mit der Zeit regelrechte Kaskaden von sich wechselseitig bedingenden und verstärkenden Erkrankungen entstehen. Bei solch multimorbiden Verläufen hat die Zuordnung zu einem einzigen Krankheitsbild etwas Willkürliches. Dies wiegt allerdings gering verglichen mit den Interpretationsproblemen, die Prävalenzzahlen verschiedener Erkrankungen aufweisen.

Tabelle 3: Gesundheitsparameter im Zeitraum 1990 bis 2004

A) Kriterium langes und gesundes Leben

	Lebenserwartung ab Geburt[1]					Kindersterb-lichkeit [2]		Gesundheitszustand nach Selbsteinschätzung (ECHP)[3]			
Jahr	1990		2000	2004		1998	2003	1996		2001	
	insge-samt	*G-GAP*	*insge-samt*	*insge-samt*	*G-GAP*	*insge-samt*	*insge-samt*	*Sehr-gut/Gut*	*Schlecht/ Sehr schlecht*	*Sehr-gut/Gut*	*Schlecht/ Sehr schlecht*
EU15								65,9	9,0	60,9	11,4
Deutschland[1]	75,2	6,4	78,0	78,6	5,7	5,2	4,2	67,2	7,8	46,8	18,9
Dänemark	74,9	5,7	76,9	77,6	4,7	7,1	4,4	76,4	7,1	75,3	6,2
Finnland	74,9	8,0	77,6	78,8	7,0	5,6	3,1	59,9	9,0	61,4	7,0
Island	78,0	5,1	80,1	81,0	3,5	5,2	2,4	..		..	..
Norwegen	76,6	6,4	78,7	79,9	4,8	4,9	3,4	..		..	..
Schweden	77,6	5,6	79,7	80,6	4,3	5,4	3,1	u		u	u

B) Todesfälle durch Krebserkrankungen und Selbstmorde pro 100.000 EW

Jahr	1994			2001			2003			2004	
Krebs	**M**	**F**	**G-GAP**	**M**	**F**	**G-GAP**	**M**	**F**	**G-GAP**	**M**	**F**
EU15	267,1	147,7	119,4	241,4	136,4	105,0	238,9	135,8	103,1	230,4	132,0
Deutschland	265,8	158,8	107,0	231,0	140,4	90,6	217,2	133,0	84,2	219,3	135,4
Dänemark	280,6	206,3	74,3	253,1	197,3	55,8	:	:		:	:
Finnland	221,7	125,9	95,8	199,2	121,3	77,9	190.2	119,3	70,9	188,9	116,2
Island	188,0	170,4	17,6	205,4	134,6	70,8	166.7	157.9	8,8	180,7	147,4
Norwegen	230,4	154,7	75,7	214,6	148,5	66,1	212.3	145.1	67,2	207,2	142,4
Schweden	191,8	137,3	54,5	185,3	140,5	44,8	186,3	135,5	50,8	:	:
Selbstmord	*M*	*F*	*G-GAP*	*M*	*F*	*G-GAP*	*M*	*F*	*G-GAP*	*M*	*F*
EU15	18,5	5,8	12,7	15,8	4,9	10,9	16,1			15,6	
Deutschland[1]	12,7	7,0	5,7	18,6	5,6	13,0	17,6	5,4	12,2	17,4	5,1
Dänemark	24,9	10,2	14,7	17,8	6,9	10,9					
Finnland	42,3	11,4	30,9	35,0	9,5	25,5	30,3	9,1	21,2	30,2	
Island	16,4	2,9	13,5	19,0	5,9	13,1	14,5	4,8	9,7	17,5	6,6
Norwegen	17,5	6,9	10,6	18,0	6,1	11,9	16,3	5,5	10,8	15,6	7,3
Schweden	19,9	7,9	12,0	17,4	7,2	10,2	16,1	6,8	9,3		

C) Verhaltensbedingte gesundheitliche Risikofaktoren (Bevölkerung ab 15 Jahren)

	Raucherquote (tägl. Raucher)				**Adipöser Bevölkerungsanteil** (BMI > 30)				**Alkoholkonsum** (Liter pro EW und Jahr)		
Jahr	1990	2000	2003	2004[4]	1990	2000	2003	2004[4]	1990	2003	2004
Deutschland[1]	31.2	24.7	24,3	23,2	..	11.5	12,9	13,6	13,8	10,2	10,1
Dänemark	44,5	30,5	28,0	26,0	5.5´³	9,5	..	..	11,7	11,5	11,4
Finnland	25,9	23,4	22,2	23,0	8,4	11,2	12,8	14,0	9,5	9,3	9,9
Island	30,3	22,9	22,4	20,2	7,5	..	..	..	5,2	6,5	6,7
Norwegen	35,0	32,0	26,0	26,0	..	6.4´²	..	..	5,0	6,0	6,2
Schweden	25,8	18,9	17,5	16,2	5.5	9,2	9,7	9,8	6,4	7,0	6,5

Farblegende	Grün = bester Wert (Land); orange: schlechtester Wert (Land). Markierung nur dort, wo für mindestens 4 Länder Daten vorliegen.
1	G-GAP (Gender-Gap):Unterschied zwischen der Lebenserwartung von Frauen und Männern in Jahren.
2	Anzahl der Todesfälle auf 1000 Kinder unter einem Jahr
3	Im Rahmen des Europäischen Haushaltspanels wird auch nach dem eigenen Gesundheitszustand (Einschätzung nach sehr gut, gut, befriedigend (fair), schlecht, sehr schlecht) gefragt.
4	Bei Deutschland Angabe zu 2005 (Mikrozensus-Zusatzerhebung, zit. nach Quelle: Statistisches Bundesamt (2006): S. 238)

Quellen: OECD Health Data 2006, Eurostat, Statistische Jahrbücher der Vergleichsländer

Hier kann keine auch nur oberflächliche Analyse von Todesursachen geleistet werden. Als für unseren Vergleich relevant habe ich aus der Todesursachenstatistik die Ursachen „*Krebs*" und „*Selbstmord*" herausgegriffen. Die Wahl von Krebs ist der guten Datenlage geschuldet. Damit soll nicht verkannt werden, dass kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall weltweit die Todesursache Nummer eins sind und daher mit sachlich noch mehr Berechtigung ausgewählt werden könnten. Krebs steht für eine der quantitativ bedeutsamsten Todesursachen (die Inzidenz pro 100.000 Einwohner liegt in allen OECD-Ländern bei deutlich über 100 Fällen) und liegt in den skandinavischen Ländern teilweise vor den Herzkreislauferkrankungen auf Platz 1.[126]Tod durch Selbstmord ist zwar quantitativ nicht so bedeutsam, traditionell unter skandinavischen Männern jedoch ein nicht geringes Problem. Bisweilen begegnet man der Meinung, Finnland hätte die weltweit höchste Selbstmordrate. Es lohnt, hier genauer hinzuschauen. Wie Tabelle 3 unter B ausweist, gab es im Zeitraum 1994 bis 2004 in den untersuchten Ländern einen deutlichen Fortschritt bei der Krebsinzidenz. Schweden, Island und Finnland schneiden am besten ab. Schweden mit guten Werten bei Männern und Frauen; Island mit dem besten Wert bei Männern und einer bis 2003/2004 weitgehend eingeebneten Geschlechterdiskrepanz. Deutschland lag 1994 lediglich auf dem EU-15-Niveau. Bis 2004 kann es den stärksten Rückgang (- 17,5 % bei Männern und – 14,7 % bei Frauen) realisieren und dadurch den Abstand zu den drei besten Vergleichs-Ländern vermindern. Nun erreicht es das Niveau von Norwegen. Dänemark dagegen schneidet unter den Vergleichsländern durchgängig am schlechtesten ab, schlechter auch als der EU15-Durchschnitt. Im größeren OECD-Kontext – dieser Hinweis sei erlaubt - schneidet übrigens die Schweiz am besten ab; unsere Vergleichsländer finden sich hier im guten Mittelfeld.

Beim Indikator „*Tod durch Selbstmord*" weist Finnland erwartungsgemäß die höchsten Werte auf. 1994 lag die Selbstmordhäufigkeit bei Männern mehr als dreimal so hoch wie in Deutschland und 2,5-fach so hoch wie in Norwegen oder Island. Bis 2003/2004 wurden allerdings Fortschritte erzielt. Nun liegt die Männerselbstmordrate „nur" noch gut 70 Prozent über der von Deutschland resp. Island. Der Abstand zu Schweden und Norwegen ist etwas größer. Im Kontext der EU-Länder zeigt sich ein Süd-Nord-Gefälle, Die niedrigsten Selbstmordraten mit Werten von unter 7 auf 100.000 Personen bei Männern und um die 1 bei Frauen finden sich in Griechenland und Malta. Die höchsten Selbstmordraten weisen

---

[126] In Dänemark z. B. standen noch 1990 bei Frauen wie Männern Herz-Kreislauferkrankungen auf Platz 1 der Todesursachen mit Anteilen von jeweils über 30 Prozent. Im Laufe der 90er Jahre nahm der Anteil von Herz-Kreislauferkrankunen an allen Todesursachen auf 25,4 Prozent bei Männern resp. 23,5 Prozent bei

die baltischen Staaten, Ungarn und Slowenien auf. Sie liegen noch vor Finnland. Anders als in Finnland, wo die Quote in der betrachteten Dekade stetig zurückgegangen ist, gibt es dort freilich keine stabilen Fortschritte. In Litauen z. B. erfolgte in der zweiten Hälfte der 90er Jahre zunächst ein Rückgang, dann aber wieder einen Anstieg bis auf 81,7 (2002).

Eindämmung von Risikofaktoren

Neben Rauchen sind ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung und zu viel Alkohol die wichtigsten lebensstilbezogenen Gesundheitsrisiken. Es geht bei diesen Risiken in einem strikten Sinne nicht um Vermeidung, sondern um Eindämmung dort, wo eine große praktische Relevanz vorliegt. Welche Erfolge die Vergleichsländer dabei zu verzeichnen haben, zeigt Tabelle 3 unter Punkt C. Addiert man für den Zeitraum 2000 – 2004 anhand der jeweils aktuellsten Daten die Raucher- und Fettleibigenquoten von 16 ausgewählten OECD-Ländern unter Hintanstellung der Frage, in welchem Umfang die dahinter stehenden Personengruppen sich überschneiden, erhält man das Balkendiagramm von Abbildung 21 Gefolgt von Frankreich und Japan rangiert Schweden am besten. Deutschland bildet exakt die Mitte. Alle skandinavischen Länder liegen besser, alle angelsächsischen und südeuropäischen Länder schlechter.

Die nachfolgenden Ausführungen liefern zu den wichtigsten lebensstilbezogenen Gesundheitsrisiken einiges an Hintergrundinformationen:

Risiko Rauchen

Beim Rauchen ist die Relevanz für die Volksgesundheit recht hoch. So werden in Deutschland statistisch betrachtet zwischen 110.000 bis 120.000 von jährlich rd. 850.000 Todesfällen u.a. dem Rauchen zugeschrieben. Betroffen sind nicht nur die Raucher selbst, sondern auch Menschen, deren Gesundheit durch Passivrauchen geschädigt wurde.[127] Im öffentlichen Bewusstsein wird Rauchen vor allem in einen Zusammenhang gebracht mit Erkrankungen der Atemwege (Bronchitis, Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs)[128] und von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Regelmäßiges Rauchen entfaltet jedoch vielfältig nega-

---

Frauen ab und der von Krebserkrankungen gegenläufig auf 26,7 Prozent bei Männern resp. 25,6 % bei Frauen zu. (Ministry of Interior and Health 2002: 53)

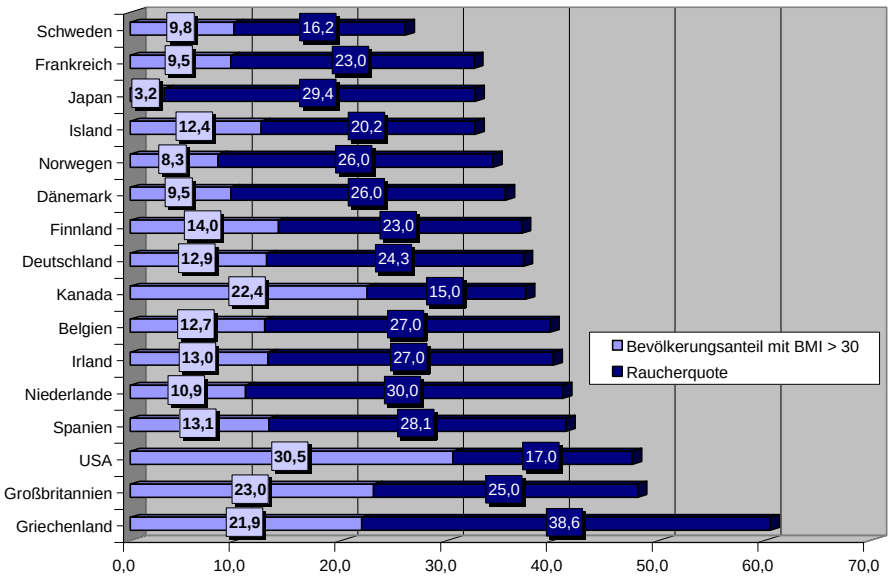
[127] In Deutschland werden allein bei Lungenkrebs jährlich zwischen 300 und 400 Todesfälle dem Passivrauchen zugeschrieben (Lademann/Kolip 2005: 38). Dies bei im Jahr 2005 insgesamt 40.641 Sterbefällen, die durch Lungenkrebs verursacht wurden. (Pressemitteilung „Lungenkrebs ist die vierthäufigste Todesursache" des Statistischen Bundesamtes vom 25. Mai 2007)

[128] Bei Lungenkrebs differiert die Risikoerhöhung je nach Geschlecht. Bei Rauchern gibt es gegenüber Nichtrauchern eine 22fache Risikoerhöhung, an Lungenkrebs zu sterben. Bei Frauen liegt die Risikoerhöhung niedriger. Allerdings konvergieren die geschlechtsspezifischen Raucherquoten. In Deutschland führte der Anstieg der Raucherprävalenz von Frauen zeitversetzt zu einem Anstieg der altersstandardisierten Lungenkrebs-Sterberate von 11,5/100.000 im Jahr 1990 auf 15,7/100.000 im Jahr 2000 (Lademann/Kolip 2005)

tive Effekte auf alle Organsysteme. Sie zeigen sich in der langen Frist, während die persönlich erlebten Kurzzeitwirkungen positiv ausfallen können. *Tabelle 4* verdeutlicht das Spektrum der gesicherten Kurzzeit- und Langzeitwirkungen.

Abbildung 21:

OECD-Länder im Vergleich: Gesundheitliche Risikofaktoren 2000 - 2004



Quelle: OECD Health Data 2006

Die Schädlichkeit des Rauchens ist schon lange durch eine Fülle von Daten so erhärtet, dass die Politik unter Handlungsdruck geriet und seit Jahren um effektive Maßnahmen für einen besseren Nichtraucherschutz und die Eindämmung der Nikotinsucht ringt. Es ist hilfreich, hier einen Blick zurück zu werfen. Zur Historie gehört, dass im Kampf um die gesellschaftliche Anerkennung des Rauchen (vgl. dazu Schivelbusch 2005) die konzentrationssteigernden und stressregulierenden Kurzzeitwirkungen (vgl. Tabelle 4) bemüht wurden, um insgesamt gesundheitsfördernde Wirkungen zu behaupten. Zwar wurden nach und nach auch die Langzeitwirkungen zur Kenntnis genommen. Trotzdem war noch vor wenigen Jahrzehnten die Neigung zur Verharmlosung groß. Aus heutiger Sicht mutet dies befremdlich an, verweist aber auf ein Muster, das keineswegs der Vergangenheit angehört. Dort, wo sich neue Gewohnheiten ausprägen, neue Genussmittel oder auch Arzneimittel massenhaft in Gebrauch kommen, wird zunächst der Nutzen betont, eben die günstige Wirkung von Nikotin auf die Konzentrationsfähigkeit. Die in der langen Frist tödlichen Wirkungen treten ja erst nach Jahrzehnten in Erscheinung und sind „nur" statistisch

zu belegen. Wirklich auf die politische Agenda kommen neue Gesundheitsgefahren daher erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung. Die zeitliche Verzögerung ist dort besonders

Tabelle 4: Überblick über die Kurz- und Langzeitwirkungen des Rauchens

Kurzzeitwirkungen	Langzeitwirkungen
Nikotinwirkungen beim Rauchen: • gesteigerte Herzfrequenz, Blutdruckanstieg • Abnahme des peripheren Gefässwiderstandes, Abnahme der Hautdurchblutung • Abnahme des peripheren Gefässwiderstandes, Abnahme der Hautdurchblutung **Zentralnervöse und psychologische Wirkungen:** • verbesserte Konzentration • bessere Angsttoleranz • leichterer Umgang mit Stress • verminderte Aggression	• Lungenerkrankungen (Lungenkrebs, Lungenemphysem, Bronchitis) • Herz und Kreislauf (Koronare Herzerkrankung); • Diabetes: Ältere Raucher brauchen häufiger Insulin als gleichaltrige Nichtraucher • Frauen: doppelt so hohes Risiko für ein Zervixkarzinom • Dreifach erhöhtes Paradontitisrisiko • Zusammen mit Alkohol: Wichtige Ursache für Mundhöhlenkarzinom • Rauchen in der Schwangerschaft: Nikotin und Kohlenmonoxid verzögern das Wachstum des Ungeborenen; Neugeborene sind eher untergewichtig • Fruchtbarkeit und Gebären: öfter Frühgeburten und Totgeburten

Quelle: Heintze 2004: 164f.

ausgeprägt, wo mächtige Wirtschaftsinteressen berührt sind. Bei der Tabakindustrie ist dies zweifellos gegeben. Grüning/Schönfeld 2007 beschreiben, wie in Deutschland über eigene Forschungsinstitute und die Etablierung eines Netzwerkes von gefälligen Wissenschaftlern, die an einflussreicher Stelle plaziert wurden, jahrzehntelang erfolgreich die politische Meinungsbildung im Sinne der Tabakindustrie beeinflusst wurde. Dass Deutschland beim Nichtraucherschutz europaweit zu den Schlusslichtern gehört, ist diesem Wirken und der fehlenden Resistenz der deutschen Politik gegenüber mächtigen Lobbyinteressen geschuldet.

Trotz erfolgter Verzögerung besteht länderübergreifend schon länger eine Tendenz zur gesellschaftlichen Ächtung des Rauchens. Ergebnis: In allen Vergleichsländern liegt die Quote täglicher Raucher heute deutlich unter dem Niveau der 80er und 90er Jahre. Während Schweden und Finnland durch eine Vielzahl von Maßnahmen bereits in den 80er Jahren so große Erfolge verzeichnen konnten, dass schon 1990 nur noch einer von vier Erwachsenen zu den Rauchern zählte, dauerte es in den anderen Vergleichsländern 10 bis 15 Jahre länger, ehe dieses Niveau erreicht wurde. Finnland freilich konnte nach 1990 kaum weitere Fortschritte realisieren. Bis zum Jahr 2015 soll nun allerdings die Quote

täglicher Raucher bei den Jugendlichen (16 – 18 Jahre) unter 15 Prozent sinken. Schweden dagegen reduzierte die Raucherquote noch einmal um ein Drittel. Im weltweiten Kontext bildet es zusammen mit Kanada und den USA das Ländertrio mit den geringsten Raucherquoten. Deutschland liegt im Mittelfeld. Bis in die jüngste Zeit war die Tendenz steigend, denn erstens hat sich die Raucherquote unter den Jugendlichen in den 90er Jahren erhöht und zweitens ist bei den jüngeren Alterskohorten eine Einebnung der geschlechtsspezifischen Unterschiede zu konstatieren. In der Folge hat sich die Raucherquote der Frauen bis auf 8 Prozentpunkte der der Männer angenähert (31 zu 39%), während sie noch 1990 mit rd. 20 Prozent nur halb so hoch lag wie die der Männer. (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2001). Aktuell (Mikrozensus 2005) gibt es einen Rückgang zu verzeichnen.

Im Jahr 2007 geriet die Formation der Tabaklobbyisten weiter in die Defensive. Auch Deutschland stellt sich nun der Aufgabe, mit dem Nichtraucherschutz Ernst zu machen. Die Fragen, die aufgeworfen sind, betreffen die Abwägung von Rechtsgütern. Auf der einen Seite gehört es zu den Freiheitsrechten von Individuen, Verhaltensweisen zu praktizieren, durch die sie sich einer gesundheitlichen Gefahr aussetzen. Auf der anderen Seite gibt es die Verpflichtung des Staates, Menschen vor den Schadeinwirkungen durch Dritte (Passivrauchen) und notfalls auch vor sich selbst zu schützen. Auf der einen Seite stehen die wirtschaftlichen Interessen derjenigen, die gesundheitsschädliche Produkte produzieren, bewerben, vertreiben; auf der anderen Seite die Interessen von Menschen, als BürgerInnen resp. als VerbraucherInnen vor gesundheitlichen Gefahren wirksam geschützt zu werden. Je nach institutionellem Gefüge und politischer Kultur treffen Länder diese Abwägungsentscheidungen anders. Und dort, wo gleiche Abwägungsentscheidungen getroffen werden, muss es in der Praxis nicht das Gleiche bedeuten. Die Ausbreitung eines gesetzlichen Nichtraucherschutzes in den meisten Ländern der EU liefert dazu ein Lehrstück. Es gibt Vorreiterländer mit in Theorie und Praxis strikten Regelungen wie Irland, Norwegen, Schweden und teilweise auch Frankreich sowie Vorreiterländer, wo die Theorie strikt, die Praxis aber leger ist wie Italien und Griechenland. Deutschland hinkt in diesem Geleitzug hinterher. Statt klarer bundesweiter Regelungen über den Arbeitsschutz (Bundeskompetenz) droht ein Flickenteppich von je nach Bundesland unterschiedlichen Regelungen. Die Angst der Bundes- und Landespolitiker vor einer europaweiten Blamage, zumal vor dem Hintergrund hoher Raucherquoten unter Jugendlichen,[129] hat im Febru-

[129] Nach dem im Mai 2007 vorgestellten neuen Suchtbericht der Bundesregierung raucht jeder Dritte der über 18-Jährigen, davon die Hälfte täglich. Zit. nach LVZ v. 4.5.2007, S. 2.

ar/März 2007 in einigen Punkten zwar eine Einigung erzwungen. In nicht nur öffentlichen Gebäuden, Krankenhäusern und Kindertagesstätten, sondern auch in Gaststätten soll ab Herbst 2007 ein weitgehendes Rauchverbot greifen.[130] Über die Ausnahmen, die für den gastronomischen Bereich erwogen werden, droht gleichwohl ein Flickenteppich. Einerseits zeigt die Lösung, die sich nach Jahren erfolgloser Diskussion und nicht eingelöster Selbstverpflichtungen abzeichnet, dass auch in Deutschland ein flächendeckender Nichtraucherschutz möglich ist. Andererseits wäre es ohne die Vorreiterrolle anderer Länder, das jahrelange beharrliche Engagement Einzelner (Politiker, Ärzte) und das wiederholte Scheitern freiwilliger Regelungen kaum zu dem Durchbruch gekommen.

Unter den skandinavischen Ländern ist die Bereitschaft, zugunsten von Gesundheitsschutz in die Freiheitsrechte der BürgerInnen einzugreifen, generell höher als in Deutschland.[131] Ausnahme ist Dänemark. Hier erfolgte die gesellschaftliche Neubewertung des Rauchens relativ spät. Der Umstand, dass Königin Margarete II in der Öffentlichkeit meist kettenrauchend in Erscheinung trat, wurde lange als reine Privatangelegenheit der Königin bewertet. Ein Umdenken setzte ein, als wissenschaftliche Studien einen Zusammenhang herstellten zwischen der Thronbesteigung der zigarettenfreudigen Königin und der Zunahme von Krebserkrankungen vor allem unter Frauen etliche Jahre später. Vordergründig erfolgte zwar der prompte Schulterschluss mit der populären Königin, als der belgische Autor *Keestelot* in einem Beitrag der renommierten britischen Medizinzeitschrift "The Lancet" seine Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen der negativen Vorbildfunktion der populären Monarchin und der steigenden Zahl von Krebstoten thematisierte[132], tatsächlich ist der Hof heute aber darum bemüht, die Königin nicht mehr rauchend in der Öffentlichkeit auftreten zu lassen. Schließlich, als die Königin 1972 den Thron bestieg, lag die dänische Raucherquote unter dem europäischen Durchschnitt und danach weit darüber. Immerhin: Von 1990 bis heute wurde die Raucherquote um 41,6 Prozent gesenkt. Vor Verboten schreckt man in Dänemark zurück. Ähnlich wie in Deutschland wurde

---

[130] Vgl. die Rundfunk- und Fernseh-Nachrichten vom 23. Februar 2007 resp. die Printmedien vom 24. Februar 2007 (z.B. FR Nr. 47 v. 24.2.2007, S. 1). Am 25. Mai 2007 hat der Bundestag in 2./3. Lesung das Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens beschlossen. Nach der Zustimmung des Bundesrates wird das Gesetz zum 1. September dieses Jahres in Kraft treten. Das Gesetz beinhaltet ein grundsätzliches Rauchverbot in allen öffentlichen Einrichtungen des Bundes und im öffentlichen Personenverkehr. Ferner sieht es eine Verbesserung des Schutzes vor Passivrauchen am Arbeitsplatz und eine Verschärfung des Jugendschutzgesetzes (Erhöhung des Abgabealters für Zigaretten von 16 auf 18 Jahre). Pressemitteilung „Bund setzt Maßstäbe beim Nichtraucherschutz" des BGM vom 25. Mai 2007.

[131] Beispielsweise beschloss das Schwedische Parlament bereits im Mai 2004 ein Rauchverbot für alle Kneipen, Cafes und Restaurants. Seit dem 1 Juni 2005 ist es in Kraft.

an gesetzliche Einschränkungen, die Anfang 2007 geplant, aber noch nicht umgesetzt sind, erst gedacht als die anderen skandinavischen Länder den Schritt bereits getan hatten. Auch in anderern Hinsicht zeigt sich die eher legere Haltung der Dänen. Die stark von der Tabaksteuer bestimmten Preise für eine Schachtel Zigaretten liegen niedriger als in Deutschland, während sie in anderen skandinavischen Ländern teilweise erheblich höher liegen.[133] Dies ist relevant vor allem mit Blick auf Kinder und Jugendliche, wo hohe Preise durchaus abschreckend wirken.

Risiko Alkohol

Der Konsum von alkoholischen Getränken ist seit Jahrhunderten Teil unseres gesellschaftlichen Lebens. Rechtlich betrachtet gehören alkoholische Getränke zu den Genuss-, damit Lebensmitteln. Die Kehrseite bei übermäßigem Konsum sind zahlreiche Gesundheitsrisiken, denn der in alkoholischen Getränken enthaltene Alkohol ist ein Zellgift, das unterschiedliche Gewebe, von der Mundhöhle bis zur Leber, schädigen kann. Die Relevanz des Themas ist hoch. Nach einem Bericht von Peter Anderson[134] zu den Alkoholproblemen in der EU ist Alkohol verantwortlich für jährlich 44.000 Unfälle im Staßenverkehr und andernorts, für 45.000 Tote aufgrund von Leberzirrhose, 55.000 Krebstodesfälle, darunter 11.000 Brustkrebstodesfälle, 10.000 Selbstmorde unter Alkoholeinfluss und lasst but not least 200.000 weitere Totefälle, bei denen Alkohol eine Rolle spielte. In Deutschland werden jährlich über 40.000 Todesfälle mit Alkohol assoziiert und die ökonomischen Folgekosten von Alkoholmissbrauch übersteigen die Einnahmen aus Alkoholsteuern um das Vielfach (Burger/Mensink 2003: 5). Zudem: Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen hat stark an Bedeutung gewonnen.[135]

Die skandinavischen Kernländer (Schweden, Norwegen, Finnland) und Island verfügen über lange Erfahrungen in der Ausprägung einer Anti-Alkoholpolitik. Bei dieser Politik geht es nicht nur darum, die schädlichen Folgen des Alkoholkonsums einzudämmen, sondern den Alkoholkonsum insgesamt zu reduzieren. Dies mit drastischen Mitteln vom staatlichen

---

[132] "Schwerer Vorwurf gegen die Königin Margrethe II", Bericht in: Weser-Kurier v. 21. März 2001, S. 11.

[133] So war im Januar 2007 in Norwegen die Schachtel Marlboro doppelt so teuer wie in Dänemark (Norwegen: 8,38 Euro; Dänemark: 4,21 Euro). In Deutschland lag der Preis bei 4,71 Euro. Zitiert nach Wirtschaftwoche Nr. 18 v. 30.4.2007, Übersicht Seite 25.

[134] Zitiert nach Pressemitteilung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. vom 5. Juni 2007

[135] Die Zahl von Kindern und Jugendlichen, die mit einer Alkoholvergiftung stationär behandelt wurden, stieg binnen 5 Jahren um 50 Prozent (2000: 12.035 Fälle im Alter von 15 bis 19 Jahren; 2004: 17.931). Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung vom 22. Mai 2007.

Alkoholmonopol[136] über vielfach so hohe Alkoholsteuern wie in Deutschland bis zur kommunalen Alkoholpolizei. Für die hohe staatliche Interventionstiefe gibt es historische Gründe. Die skandinavischen Länder haben mit osteuropäischen Ländern (Russland, Polen, die baltischen Länder) gemeinsam, dass Alkoholismus als gesellschaftliches Probem eine lange Tradition hat. Dafür gibt es kulturelle Gründe. Etwa ein besonderes Konsummuster. Während in Frankreich und den südeuropäischen Ländern leichte alkoholische Getränke (Wein, Bier) fest in die tägliche Esskultur integriert sind, konzentriert sich der skandinavische Alkoholkonsum auf Freizeitveranstaltungen. Dies dann extensiv in der Kombination mit Hochprozentigem. Zudem, Schweden war über Jahrhunderte Produzent von Spirituosen und der Alkoholkonsum extrem hoch. Für Mitte des 19. Jahrhunderts werden Zahlen pro Kopf von jährlich um die 46 Liter berichtet (Bennett 2003: 32). Es entstand eine gesellschaftliche Gegenbewegung, die dem Staat die Verpflichtung auferlegte, den Alkoholkonsum streng zu kontrollieren und einzuschränken. Seit Anfang der 20. Jahrhunderts nahm er sich mit Erfolg dieser Aufgabe an. Der Alkoholkonsum wurde drastisch reduziert, bleibt untergründig aber ein Problem.[137] Gleiches gilt für Finnland, Island und Norwegen. Schweden kann heute auf den innerhalb der EU niedrigsten Alkoholverbrauch pro Kopf verweisen; Norwegen liegt noch niedriger und Island etwas höher (vgl. Tabelle 3). Die rigide staatliche Anti-Alkoholpolitik ist also wirksam. Einerseits. Andererseits sehen sich Schweden und Finnland zunehmend mit dem Problem des Alkoholtourismus und den Folgen des europäischen Binnenmarktes konfrontiert. Wie fragil die erzielten Erfolge sind, zeigt das finnische Beispiel. Auf Druck der EU-Kommission, die die skandinavische Anti-Alkoholpolitik als Verstoß gegen die Regeln des gemeinsamen Binnenmarktes wertet, hat Finnland die Zügel stark gelockert einschließlich Senkung der Alkoholsteuern. Umgehend forderte die Liberalisierungspolitik ihren Preis. Die Alkoholikerzahlen stiegen binnen weniger Jahre dramatisch an.[138] Es steht zu erwarten, dass die

---

[136] In Schweden datiert das staatliche Alkoholmonopol aus dem Jahr 1917. Bis zum EU-Beitritt 1995 war das Monopol umfassend (Produktion, Verteilung, Import und Export lagen in staatlicher Hand). Dies musste als Konzession an die Regeln der Europäischen Gemeinschaft aufgegeben werden. Seither gibt es mit der EU-Kommission einen Dauerkonflikt um die Erhaltung des Restmonopols (Vertrieb alkoholischer Getränke; Beschlagnahmung illegaler Importe und Umwandlung in Biosprit). Für die skandinavischen Nicht-EU-Mitglieder Norwegen und Island stellt sich dieses Problem nicht. In Island mit u.a. der Folge, dass der Verkauf von Bier bis in die jüngste Vergangenheit hinein untersagt war.

[137] Interessant ist hier der Vergleich zu Russland. Traditionell gibt es vergleichbare Anfälligkeiten. Bis heute jedoch haben es die Russen anders als die Schweden, Finnen und Isländer nicht vermocht, das Problem wirksam anzugehen. Die Errichtung eines staatlichen Alkoholmonopols taucht regelmäßig, so verstärkt seit dem Amtsantritt von Putin, als Gespenst in den politischen Debatten auf. Und verflüchtigt sich dann wieder. Ergebnis: Trotz der extremen Schäden, die der Alkoholismus anrichtet, passiert nichts Wirksames.

[138] Die Situation ist so dramatisch, dass alkoholbedingte Todesfälle die ischämischen Herzerkrankungen als häufigste Todesursache bei Männern im Alter von 15 bis 64 Jahren abgelöst haben und der Pro-Kopf-

„Jamaika-Koalition", die aus der Parlamentswahl von Anfang 2007 hervorgegangen ist, nun zumindest die Alkoholsteuern wieder anheben wird. Schließlich: Der Alkoholkonsum pro Kopf liegt heute mehr als doppelt so hoch wie in den 70er Jahren. Schweden versucht einen Rückfall a la Finnland zu vermeiden, muss aber die Erfahrung machen, dass vor dem Europäischen Gerichtshof Gesundheitsschutz weniger wiegt als der freie Waren- und Dienstleistungsverkehr im europäischen Binnenmarkt. So gibt es vielfältige Bemühungen, das noch verbliebene staatliche Einzelhandelsmonopol und die hohen Alkoholsteuern - beides findet in der Bevölkerung großen Rückhalt - sukzessive aufzuweichen. Eine Front sind Online-Einkäufe aus dem Ausland. Bislang waren derartige Geschäfte verboten. Illegale Lieferungen wurden vom schwedischen Zoll konfisziert und die Alkoholware zu Biosprit verarbeitet. Mit Entscheidung vom 5. Juni 2007 hat der Europäische Gerichtshof diese Praxis für rechtswidrig erklärt. Onlinebestellungen von Privatpersonen sind nach dem Urteilsspruch nun erlaubt. Wie sich Systembolaget, die staatliche Alkoholhandelskette, angesichts der über das Internet eröffneten Konkurrenz mit Billigalkohol, nicht zuletzt aus Deutschland[139], wird behaupten können oder auch nicht, ist eine offene Frage. Schleichend könnte eine ähnliche Entwicklung einsetzen, wie sie in Finnland abrupt erfolgt ist.

Außerdem: Ein international weit unterdurchschnittlicher Alkoholkonsum bedeutet nicht automatisch, dass Alkoholismus als Krankheit unterdurchschnittlich häufig ist. Durch die rigide staatliche Anti-Alkoholpolitik gelang eine dramatische Absenkung der Alkoholmengen pro Kopf, die problematischen Konsumstrukturen verändern sich aber nur ganz allmählich. In Island (Halldorsson 2003: 11) erst in der jüngsten Zeit. Noch 1993 lag der Anteil von hochprozentigem Alkohol am gesamten Alkoholkonsum bei 50 Prozent; 2002 dann nur noch bei einem Viertel. Gleichzeitig stieg jedoch der jährliche Alkoholkonsum der über 15-Jährigen von geringen 4,7 Litern reinen Alkohols auf 6,3 Liter. Nach den Auswertungen von Bennett (2003: 94) gibt es in Schweden auf 100.000 Einwohner 3 bis 4 Alkoholiker und 2,6 Prozent aller Krankenhauseinweisungen sind mit Alkoholmissbrauch verbunden. In Deutschland deuten Schätzungen aufgrund von Einzelstudien auf eine Al-

---

Verbrauch reinen Alkohols auf über 10 Liter anstieg, was vorher für kaum möglich gehalten worden ist. Als Ursache gilt der Wegfall von Einfuhrbegrenzungen beim Import, die Senkung der Alkoholsteuer um 40 Prozent und die Aufnahme von Estland, wo es sehr billigen Alkohol zu kaufen gibt, in die EU. "*Now we are paying the price of the freedom that has been achieved, and the lower prices"*, kommentiert Kalervo Kiianmaa, Professor am National Public Health Institute. Das neu entfachte Alkoholismusproblem belastet das Gesundheitssystem. Die Ausgaben der Kommunen für die Behandlung von Alkoholerkrankungen sind stark gestiegen. Derzeit (Frühjahr 2007) berät die Politik Maßnahmen, um den Trend umzukehren. Quelle: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2005/ksyyt_2005_2006-10-31_tie_001_en.html und Bericht in Helsingin Sanomat: http://www.hs.fi/english/article/Alcohol+abuse+most+common+killer+of+working-age+Finnish+men/1135222705419 (Zugriff: Mai 2007)

koholabhängigkeit von rd. 6 Prozent der Männer und rd. 1,5 Prozent der Frauen (Lademann 2005: 44f.).

Risiken Fehlernährung und Bewegungsmangel

Die Risiken „*ungesunde Ernährung*" (Mensink 2002) und „*mangelnde Bewegung*" (Mensink 2003) sind neueren Datums und betreffen bereits Kinder. Wurde früher mit natürlichen Zutaten gekocht, wachsen heute Kinder heran, die in der eigenen Familie häufig nur mit Fertigkost aus Tüten, Dosen und der Tiefkühltruhe Bekanntschaft machen. Kommt Bewegungsmangel und exzessiver Fernsehkonsum ab frühester Jugend hinzu, sind multiple Gesundheitsschäden vorprogammiert. Es geht um Übergewicht bis zur Fettleibigkeit (Adipositas)[140], Haltungsschäden und mentale Reifungsprobleme. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kinder- und Jugendalter (www.a-g-a.de) hat ermittelt, dass in Deutschland aktuell (2005/2006) 10 bis 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen übergewichtig sind. In anderen Ländern sieht es nicht besser aus, in den USA wesentlich schlechter. Typ-II-Diabetes war eine Erwachsenenkrankheit, trifft heute bereits Kinder und Jugendliche. Zudem nimmt in Deutschland und Europa allgemein die Inzidenz bei Diabetes Typ I zu (Schubert et al. 2004: 96). Wenn nicht verhindert wird, dass Fettleibigkeit als Folge von Fehlernährung und mangelnder Bewegung ab dem Kinderalter epidemische Ausmaße annimmt, drohen erhebliche Folgeschäden. Sie reichen von örthopädischen Problemen über das sogenannte metabolische Syndrom als Vorstufe von Typ-II-Diabetes bis zur Risikoerhöhung für Krebs.[141]

---

[139] Nach einem Bericht der SZ (Nr. 128 v. 6./7. Juni 2007, S. 9) gibt es in Deutschland eine Reihe von Getränkemärkten, die die Spezialisierung auf das Skandinaviengeschäft anpeilen.

[140] Adipositas bezeichnet die übermäßige Vermehrung des Körperfettes. Berechnungsgrundlage ist der Körpermassenindex (Body Mass Index – BMI). Er wird ermittelt als Quotient aus dem Gewicht (kg) und der Körpergröße zum Quadrat (cm). Ab einem BMI von über 30 spricht man von Adipositas. Erst ab diesem Wert sind negative Gesundheitswirkungen belegt. Abgesehen von extremer Fettleibigkeit, ist ein erhöhter BMI für sich alleine nicht aussagekräftig. Dickbäuchigkeit (Taillenumfang: Frauen über 80 cm; Männer: über 94 cm) ist der wichtigere Prädiktor, da überschüssiges Bauchfett als endokrines Organ andere Stoffwechselwirkungen entfaltet als das anderweitig verteilte Körperfett. Auf einer Pressekonferenz anlässlich der 73. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie im April 2007 erklärte Priv.-Doz. Dr. Philipp Stawowy (Deutsches Herzzentrum Berlin). "Allein ein erhöhter Taillenumfang steigert das Risiko, in den nächsten fünf Jahren das Metabolische Syndrom zu entwickeln, um bis 46 Prozent.", was in der Folge dann das Risiko für Diabetes Typ 2, Herzinfarkt und Schlaganfall stark erhöht. Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie vom 12.04.2007: Informationsdienst Wissenschaft - Nachrichtenüberblick vom 12.04.2007 (http://idw-online.de/pages/de/news204052)

[141] Eine Studie, die seit 1985 mit mehr als 145.000 Teilnehmern aus Vorarlberg (Österreich) durchgeführt wurde, ergab bei den stark Übergewichtigen signifikant erhöhte Krebsfälle (mehr als 6000). Adipöse Männer erkrankten eineinhalbmal so oft an Darm- und doppelt so häufig an Bauchspeicheldrüsenkrebs wie Normalgewichtige. Stark übergewichtige Frauen litten im Vergleich zu Normalgewichtigen mehr als doppelt so oft an Gebärmutterkrebs und Non-Hodgkins-Lymphom - einer Tumorbildung im lymphatischen Gewebe. Ab dem 65. Lebensjahr stieg zudem das Brustkrebsrisiko. Die Untersuchung bestätigt, dass massives Übergewicht die Tumorbildung in verschiedenen Organen erhöht (Rapp et al. 2005)

Da das Thema Adipositas erst in den letzten Jahren als stark wachsendes Gesundheitsproblem erkannt wurde, lässt die Datenlage zu wünschen übrig. Sehr weit zurück reichen die Daten für Island. Im Jahr 1938 waren dort nur 1 Prozent der 9-jährigen Kinder adipös, 1998 waren es 6 Prozent. Auch unter den Erwachsenen haben Übergewicht und Fettleibigkeit zugenommen. (Halldorsson 2003: 11) Damit fügt sich Island in den allgemeinen Trend. In allen Vergleichsländern hat der Anteil übergewichtiger wie adipöser BürgerInnen seit den 80er Jahren stark zugenommen, bewegt sich allerdings auf unterschiedlichem Niveau. In Schweden zeigen die ergriffenen Gegenmaßnahmen der Ernährungsbildung ab Vorschule und der strengen Auflagen in Richtung der Ernährungsindustrie[142] Wirkung, denn seit 2000 ist nur noch eine geringe Steigerung erfolgt.[143] Unter den Vergleichsländern schneidet es zusammen mit Norwegen gut ab, wobei Norwegen auf nationaler Ebene allerdings ein Erhebungskonzept verfolgt, das sich auf einen BMI über 27 (Mittelbereich zwischen Übergewicht und Fettleibigkeit) konzentriert. Im größeren internationalen Kontext betrachtet nehmen Deutschland, Finnland und Island eine mittlere Lage ein.[144] Am schlechtesten schneiden hier die angelsächsischen Länder (Fastfood-Kultur) ab, am besten asiatische Länder wie Japan, Korea, China.

Während Übergewicht und Fettleibigkeit, wenn auch mit Lücken, statistisch greifbar sind, liegen zum Gesundheitsrisiko des Bewegungsmangels nur verstreute Daten vor. Zuverlässige Aussagen sind auf dieser Basis schwer möglich.

---

[142] Dazu Thilo Bode, Gechäftsführer von Foodwatch in einem Interview mit der Frankfurter Rundschau (FR Nr. 107 v. 9. Mai 2007, S. 5) auf die Frage, ob es Vorbilder dafür gäbe, dass eine aktive Rolle des Staates beim Kampf gegen die Fettleibigkeit Erfolge bringe: „*In Skandinavien zum Beispiel gibt es viel strengere Auflagen, was die Werbung für Kindernahrung angeht. In Schweden wäre es nicht denkbar, dass ein Thomas Gottschalk für Gummibärchen wirbt*." In Deutschland sieht er umgekehrt Kumpanei mit der Ernährungsindustrie: „*Seehofers Vorgängerin Renate Künast hat die „Plattform für Ernährung und Bewegung" ins Leben gerufen. Dort sitzen wichtige Menschen zusammen, vor allem die Vertreter der Nahrungsmittelindustrie…In dieser Plattform wird einstimmig entschieden. Was für ein Unding – die Regierung verhandelt über Ernährungspolitik im Konsens mit der Industrie. Wie will man da gegen höchst fahrlässige Werbung vorgehen*."

[143] Aufschlussreich ist in dieser Hinsicht die Betrachtung der jüngeren Alterskohorten. Bei den 16 – 24-Jährigen hat sich der Anteil Übergewichtiger im Zeitraum von 1980/81 bis 2002 ungefähr verdoppelt (bei jungen Frauen Anstieg von 6 auf 14 %; bei jungen Männern Anstieg von 11 auf 22 %). Seither gehen die Anteile wieder zurück. Bei jungen Frauen wird für 2004 eine Übergewichtigenquote von nur noch 10 % ausgewiesen. (Vgl. Statistical Yearbook of Sweden 2006: Tabelle 567, S. 523).

[144] Als Aufregerthema Furore machte Anfang Mai in Deutschland die Nachricht, die Deutschen seien die dicksten Europäer. Eine Expertise der in London ansässigen International Association for the Study of Obesity (IASO) hatte die Nachricht platziert, fast 60 % der Frauen und drei von vier Männern seien in Deutschland übergewichtig. Nun ist die IASO keine unabhängige, sondern eine stark industriefinanzierte Organisation. Die von ihr erstellten Expertisen sind schon deshalb kritisch zu sehen. Außerdem: Der Verweis auf Übergewicht resp. einen BMI zwischen 25 und 30 sagt wenig aus. Menschen mit leichtem Übergewicht können, wenn sie eine bestimmte Körperkonstitution haben (kräftiger Körperbau, muskulär, gute Fettverteilung) und sportlich aktiv sind, gesünder sein und ein geringeres Gesundheitsrisiko haben als Normal- oder Untergewichtige, die einen leichteren Körperbau mit schwachen Muskeln haben und zudem Bewegungsmuffel sind.

Bei der Eindämmung gesundheitlich riskanter Verwaltensweisen geht es um das Zusammenwirken von Gesundheitserziehung als Aufgabe von Familien und Staat mit einem Polity-Mix aus einer Vielzahl von positiven und negativen Anreizen, die die Politik, aber auch Unternehmen und die Zivilgesellschaft setzen kann. Was kommt dabei auf der individuellen Ebene an? Die vom Reader's Digest Verlag jährlich ermittelten Einstellungen der Bevölkerung verschiedener europäischer Länder zu Gesundheitsfragen und dem eigenen Gesundheitsverhalten liefert gewisse Antworten. Beim Europe Health 2006 wurden über 25.000 Menschen[145] in 15 Ländern repräsentativ zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen befragt. Glaubt man den Ergebnissen, fühlen sich die Finnen am stärksten und die Russen am wenigsten aufgefordert, etwas aktiv für die eigene Gesundheit zu tun. Vorgegeben wurden 8 Maßnahmen und es wurde der Prozentsatz derjenigen ermittelt, die angaben, mindestens 3 Maßnahmen aktiv zu betreiben. Der so ermittelte Aktivitätsgrad reichte von 48 Prozent (Finnen) bis 19 Prozent (Russen). Die Deutschen belegen mit 41 Prozent bei dieser Umfrage einen guten 2. Platz, wobei der Schwerpunkt ihrer Aktivitäten allerdings bei ambivalent zu beurteilenden Diäten zur Gewichtsreduktion und der laufenden Einnahmen von Nahrungsergänzungsmitteln (Vitamine, Mineralstoffe) liegt. Die Schweden liegen mit 38 Prozent (Platz 7) immerhin noch über dem 15-Länder-Durchschnitt. Da in Dänemark, Norwegen und Island keine Befragung stattfand, liefert die Studie dazu keine Anhaltspunkte.

3.2.2 Gesundheitsparameter nach Einkommen, Bildung, Alter – Befunde zur Gesundheitsungleichheit

Nicht nur Bildungschancen (vgl. oben), auch Gesundheitschancen sind ungleich verteilt. Dabei gilt: Die Benachteiligung trifft im Wesentlichen die gleichen Bevölkerungsgruppen. Für Deutschland dokumentieren die Berichte der öffentlichen Gesundheitsdienste, der Bundesgesundheitssurvey 1998 und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbd-bund.de) sowie verschiedene Einzeluntersuchungen die sozialen Unterschiede. Der hauptsächliche Befund lautet: Wer arm ist resp. der Unterschicht zugerechnet wird, hat in der Tendenz (Herzinfarkte, Typ-II-Diabetes, Raucherfolgeerkrankungen) ein doppelt so hohes Risiko zu erkranken und als Mann eine um bis zu 10 Jahre geringere Lebenserwartung als Männer mit hohem Einkommen; bei Frauen beträgt der Unterschied fünf

---

[145] Die Studie wurde am 11. Januar 2007 der Öffentlichkeit vorgestellt (Pressemitteilung: http://www.readers-digest.de/service_fuer_journalisten/index.php?id=start&no_cache=1&tx_ttnews%5btt_news%5d=516&tx_-ttnews%5bbackPid%5d=28). Die gewichtete Basis für die Studie umfasst 25.376 Fälle für Europa, davon 9.469 Fälle für Deutschland. Für einen Überblick siehe unter: www.rdeuropehealth.com **(**Zugriff am 14.1.2007)

Jahre. Es gibt zwei Ausnahmen. Zum einen Allergien; sie treten in der Unterschicht seltener auf als in der Mittel- und Oberschicht. Zum anderen Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit. Hier gibt es bei Frauen mit hohem sozioökonomischen Status eine wesentlich höhere Prävalenz als bei Frauen mit niedrigem oder mittlerem Status (Lademann/Kolip 2005; Abbildung 5.12: 44). Die Befunde zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zeigen gleichfalls eine ausgeprägte Scherenentwicklung. Nach den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (Grobe/Schwartz 2003, Abbildung 2: 9) verschlechtert sich der Gesundheitszustand in Abhängigkeit von der Dauer der Arbeitslosigkeit und der Frage nach der Erwerbsrolle des Arbeitslosen (Hauptverdiener oder nicht). Bei Hauptverdienern, die weniger als 1 Jahr arbeitslos sind, beurteilen ca. 18 Prozent ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht; bei einer Arbeitslosigkeit von über einem Jahr steigt dieser Anteil auf ca. 40 Prozent (gegenüber 11 Prozent bei der erwerbstätigen Referenzgruppe ohne Arbeitslosigkeit während der letzten 5 Jahre). Da in Deutschland der Anteil von Langzeitarbeitslosen weit höher ist als in den skandinavischen Ländern und die Erwerbsrollen zwischen den Geschlechtern mehr als in den skandinavischen Ländern dem traditionellen Muster mit männlichem Hauptverdiener folgen (Heintze 2005b; Heintze 2006b), kann erwartet werden, dass Arbeitslose in stärkerem Maße als in den skandinavischen Ländern unter einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes leiden. Diese Vermutung kann hier allerdings nicht weiter belegt werden, da es an validen Daten fehlt.

Bei der schichtspezifischen Identifizierung von Chancenungleichheit sind Unschärfen aufgrund der Wahl unterschiedlicher methodischer Ansätze zu berücksichtigen. Beim Bundesgesundheitssurvey 1998[146] wurde aus Einkommen, Bildung und beruflicher Position ein Drei-Schichtenindex gebildet. 23 Prozent gehören bei dieser Abgrenzung der Unterschicht, 55 Prozent der Mittelschicht und 22 Prozent der Oberschicht an. Bei neueren und stärker differenzierenden Studien wie etwa der von der Friedrich-Ebert-Stiftung in Auftrag gegebenen „Studie zu Gesellschaft im Reformprozess" stellen die Gruppen, die der Unterschicht zuzuordnen sind, einen etwas größeren Anteil.[147] Der entscheidende Punkt bei der Bewertung ist darin zu sehen, dass sich Risiken kumulieren. Dies ist ein Prozess, der

[146] 1997-1999 wurden im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren zu gesundheitsrelevanten Themen befragt und einer medizinischen Untersuchung unterzogen.

[147] Die FES-Befragung zeigt das Bild einer Drei-Drittel-Gesellschaft, wobei sich Unterschicht im engeren Sinne aus den Gruppen „Selbstgenügsame Traditionalisten" (11 %), „autoritätsorientierte Geringqualifizierte" (7 %) und dem „Abgehängten Prekariat" (8 %) zusammensetzt. (Vorstellung der Studie am 6. Februar 2007 im Rahmen einer Veranstaltung der FES in Leipzig).

vielfach bereits mit der Geburt beginnt. Bei den Erwachsenen werden lediglich die Ergebnisse registriert. Diese lauten:

- Während in der oberen sozialen Schicht ungefähr 30 Prozent keinen Sport treiben, liegt die Sportabstinenzquote nach Rütten et al. (2005: 9) in der Unterschicht bei fast 50 Prozent resp. nach den Studien, auf die sich Lademann/Kolip (2005: 49) für die mittleren Altersgruppen bei 68 Prozent (Frauen) resp. 56 Prozent (Männer). Generell zeigt sich, wer nicht erwerbstätig ist, theoretisch also am meisten Freizeit hat, neigt zu Bewegungsmangel und sportlicher Inaktivität.
- Während in der Unterschicht der Anteil von Raucherinnen unter den 18- bis 44-jährigen Frauen bei über 50 Prozent liegt, sind es in der Mittelschicht etwas über 40 Prozent und in der Oberschicht knapp 30 Prozent. (Thefeld 2002: Abbildung 1.28). Betrachtet man nur das formale Bildungsniveau, sinkt die Raucherquote in allen Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren mit steigendem Bildungsniveau (Lademann/Kolip 2005: 40).
- Ungünstiger ist in der Unterschicht auch das Ernährungsverhalten. Der Anteil der Jugendlichen mit Essstörungen ist unter Armen mit 27,6 Prozent fast doppelt so hoch wie in der Oberschicht (15,5 %). Dies nicht nur aus finanziellen Gründen.

„Closing the gap" – unterschiedliche Grundphilosophien zwischen universalistischem Ansatz und der Konzentration auf Risikogruppen

In den letzten Jahren hat sich die Wahrnehmung dafür geschärft, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen eine deutlich verminderte Chance auf ein gesundes und langes Leben haben.[148] Um der Chancenungleichheit bei Gesundheit wirksam entgegen zu treten, fördert die Europäische Kommission das Projekt „*Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe*". Ziel ist es, effektive Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten zu identifizieren und eine europäische Datenbank mit fundierten Informationen und vorbildlichen Projekten zu erstellen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Vertreter Deutschlands hat das EU-Projekt zwischen 21 europäischen Ländern über drei Jahre lang koordiniert. Alle Projektpartner führten im Februar 2007 eine ‚Week of Equity in Health" durch. Die deutsche nationale Abschlusskonferenz mit Präsentation gemeinsamer Strategien und einer Datenbank mit 90 Projekten aus 21 europäischen Ländern fand am 13. Februar 2007 in Berlin statt:[149] Ebenfalls im Februar fand in Stockholm eine nationale Konferenz statt, bei der Vertreter

---

[148] Nach Berechnungen von Herrn Prof. Lauterbach liegt die durchschnittliche Lebenserwartung von Niedrigverdienern mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von weniger als 1.500 Euro in Deutschland um knapp 9 Jahre hinter der Lebenserwartung von Menschen mit einem Bruttomonatseinkommen von über 4.500 Euro. Zitiert nach Neubacher, Alexander/Sauga, Michael (2006): Lohn für Lebensleistung?, in: DER SPIEGEL Nr. 6 v. 6.2.2006: 70-72 (hier: Graphik Seite 71)

[149] Siehe Gemeinsame Pressemitteilung BMG-BZgA: "Closing the Gap" - Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa reduzieren, Berlin 13. Februar 2007. In dem Internet-Portal www.health-inequalities.eu finden sich überwiegend Projekte aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, Substanzmissbrauch sowie der psychischen Gesundheit. Zudem wurden Beispiele guter Praxis, die auf den Aufbau sozialer Netzwerke und die Verbesse-

des Swedish National Institute of Public Health und andere Fachleute wie auch Kommunalpolitiker aus Schweden, Dänemark und Großbritanninen Ergebnisse aus der nationalen gesundheitlichen Ungleichheitsforschung austauschten. Die Ergebnisse lassen sich auf keinen einfachen Nenner bringen. Dies schon deshalb nicht, weil es teilweise widersprüchliche Befunde gibt, die weiterer Abklärung bedürfen.[150] Aus den präsentierten Studien erscheinen folgende Punkte relevant:

1. Es gibt Beispiele von Städten ohne Gesundheitsarmut. In Schweden ist *Växjö* in der Region Kronoberg's län eine solche Stadt. Sie liegt im Süden und zählte am 31.12.2004 76.755 Einwohner (Kreis Växjo: 141.645 Einwohner). In Växjö sind Gesundheitszustand und Lebenserwartung der BürgerInnen unabhängig von Einkommen und Bildung. Orte wie Växjö zeigen, dass ausgeprägte soziale Gesundheitsdifferenzen nicht zwangsläufig sind. Der Sozialausgleich, die öko-sozialen Lebensbedingungen, Prävention und gesundheitliche Versorgung können so gestaltet werden, dass Gesundheitsarmut weitgehend vermieden wird. Inwieweit es in Deutschland Gemeinden gibt, für die Gleiches zutrifft, ist unklar. Es gibt dazu keine Daten.
2. Orte wie Växjö sind die Ausnahme. Die Normalität besteht in Schweden wie in allen Vergleichsländern in sozialen Ungleichheiten beim Gesundheitszustand. Ob freilich die Ungleichheit generell zugenommen oder teilweise (bei Männern) abgenommen hat, kann für Schweden nicht eindeutig beantwortet werden. Eindeutig ist, dass die Geschlechterdifferenzen dadurch abgenommen haben, dass Männer bei der Vermeidung von gesundheitlichen Risikofaktoren mit Frauen gleichgezogen, ja diese teilweise übertroffen haben.
3. Im Vergleich zu Deutschland tragen die sozial Schwachen in Dänemark, Schweden eine absolut geringere Ungleichheitslast. So ist die Quote täglicher Raucher in Schweden (2005) unter männlichen Arbeitern geringer als sie in Deutschland in der Oberschicht ist. Ob auch in der relativen Betrachtung die Unterschiede geringer sind, ist nicht eindeutig. Bei Schweden sprechen einige der referierten Indikatoren dafür. Vom Rückgang der Raucherquoten seit Anfang der 80er Jahre haben männliche Arbeiter und gut verdienende Angestellte in gleichem Maße profitiert. Bei Arbeitern gab es einen Rückgang von ca. 42 Prozent auf knapp 19 Prozent, bei den Angestellten einen Rückgang von ca. 33 Prozent auf noch gut 10 Prozent. Allerdings, bei Frauen verlief die Entwicklung völlig anders. Anfang der 80er Jahre hatten Arbeiterinnen eine um 10 Prozentpunkte geringere Raucherquote als Arbeiter; heute (2005) liegen sie mit ca. 8 Prozentpunkten über den Arbeitern. Der Trendbruch erfolgte Ende der 90er Jahre. Während die Raucherquote bei gut verdienenden weiblichen Angestellten weiter sank, stieg sie bei Arbeiterinnen wieder an. Im Ergebnis ist der soziale Gap bei Frauen heute doppelt so hoch wie bei Männern. Auch bei der Lebenserwartung hat sich in Schweden die Ungleichheit verschärft. Mitte der 80er Jahre gab es zwischen Gering- und Mittel- wie Hochqualifizierten bei Männern nur eine Differenz von ca. 3 Jahren; heute sind es fast 5 Jahre. Damit nähert man sich Dänemark an, wo (Diderichsen 2007) für Bürger mit hohem Bildungsniveau quantitativ eine um 6 Jahre längere Lebenserwartung und qualitativ ein Plus von 11 gesunden Jahren ermittelt wurde. Auch Finnland liegt beim Vergleich von Geringqualifizierten zu Universitätsabsolventen auf diesem Niveau.[151]

---

rung von Lebens- und Arbeitsbedingungen zielen, aufgenommen. Hier sind Aspekte von Bildung und Arbeitslosigkeit, von Wohnbedingungen und dem Zugang zum Gesundheitswesen zentral.

[150] Sven Bremberg (2007) referierte zwei schwedische Studien. Die eine Studie (2006 von Walala et al. veröffentlicht) kam zu dem Ergebnis, dass die Ungleichheit bei Männern abgenommen hat, nicht aber bei Frauen. Die andere Studie stammt von Statistics Sweden und kam gegenläufig zu dem Ergebnis, dass bei über 30-Jährigen Männern wie Frauen die sozialen Unterschiede bei der Lebenserwartung zugenommen haben.

[151] Bei den 35-Jährigen lag die Differenz Anfang der 70er Jahre bei 4,5 Jahren und stieg ab Mitte der 80er Jahre auf rd. 6 Jahre. Die Unterschiede nach dem Geschlecht sind dabei gering. (Ministry of Social Affairs and Health 2001, Target 8: 20)

4. Für Dänemark liegen detaillierte Analysen zur Ungleichheitslast vor. Daraus ergibt sich, dass 10 Krankheiten 86 Prozent der Ungleichheitslast erklären. Die größte Auseinanderentwicklung besteht bei der Entwicklung von Fettleibigkeit (BMI>30). Bei Hochgebildeten gab es von 1991 bis 2004 nur einen leichten Anstieg von 2 auf 3 Prozent. Ganz anders bei den Geringqualifizierten. Dort lag die Quote schon 1991 dreieinhalbmal so hoch wie bei den Hochgebildeten; heute gibt es zwischen den Gruppen mit der geringsten und der höchsten Fettleibigkeitsquote einen GAP von 10 Prozentpunkten (3 % zu 13 %).

Interessant bei der Stockholmer Tagung war der Britische Beitrag (Stephen Platt, Prof. an der Universität von Edinburgh). In Großbritannien ist die Reduktion von Gesundheitsarmut ein ebenso wichtiges Thema wie in Schweden. Die Ansätze sind jedoch völlig verschieden. Während man sich in Großbritannien auf die Risikogruppen konzentriert und sie u.a. zu einer gesünderen Lebensweise zu motivieren sucht, verfolgt man in Schweden einen universalistischen Ansatz. Abgesehen von der unterschiedlichen Grundphilosophie, verfolgen aus britischem Blickwinkel nur einerseits Großbritannien und Irland sowie andererseits die skandinavischen Länder eine nachhaltige, klar an Zielen orientierte und gut integrierte Politik. Die anderen europäischen Länder haben entweder noch kein wirkliches Bewusstsein für die Thematik entwickelt (Griechenland, z.B.), verbleiben auf der Ebene von Einzelaktionen, die nicht systematisch angelegt sind (Belgien, Frankreich) oder bekunden Ziele und Absichten, die aber unverbindlich bleiben (Niederlande, Italien). Deutschland ordnet sich aus diesem Blickwinkel bei den Ländern ein, die zwar Absichten bekunden und Maßnahmen der Koordinierung von Aktionen ergreifen, es aber nicht schaffen, Verbindlichkeit herzustellen („coordinated action evident but not comprehensive").

In der Kontroverse um unterschiedliche Grundphilosophien wurde der universalistische Ansatz durch die Analyse der *Erfolgsfaktoren von Växjö* gestützt. Festgestellt wurde, dass einfache Gründe wie ein demographischer Vorteil und/oder ein geringer Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund ausscheiden. Hinsichtlich dieser Faktoren wie auch bei Bildung liegt die Kommune wie auch die Region im Landesdurchschnitt. Als maßgeblich für den Erfolg wurden folgende Faktoren herausgearbeitet:

- Die Gesundheit der Bevölkerung ist durchgängig besser als im Landesdurchschnitt. Die Prävalenz bei Herz-Kreislauferkrankungen liegt bei Männern 25 Prozent unter dem Landesdurchschnitt, bei Lungenkrebs 40 Prozent niedriger, es gibt 20 Prozent weniger Unfalltote usw.
- Das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung ist auf allen Ebenen besser als im Landesdurchschnitt. Es gibt weniger Raucher, weniger Bewegungsmuffel, weniger Fast-Food-

Esser, weniger Alkoholkonsum, mehr Konsum von Obst und Gemüse. Und dies alles gleichermaßen bei Männern wie bei Frauen.[152]

- Der soziale Zusammenhalt und die Teilhabe aller am Gemeinschaftsleben sind besser als im Landesdurchschnitt die Arbeitslosigkeit geringer.
- Die Gemeinde arbeitet sehr effizient, wobei auch ziviles Bürgerengagement und die Geschäftswelt eingebunden sind. Das Vertrauen der Bevölkerung in gute lokale Regierungsarbeit liegt höher als im Landesduchschnitt, ebenso die Wahlbeteiligung.

Die Analyse erbrachte Gleichklang mit dem konzeptionellen Ansatz des dänischen Vertreters. Finn Diderichen hatte die Ursachen für die gesundheitliche Ungleichheitslast in 15 Feldern geortet, angefangen bei Kindheitsbedingungen und Bildung über die soziale und physikalische Umwelt, gesundheitliche Risikofaktoren und Arbeitsweltbedingungen bis zu Verkehrs- und Unfallrisiken. Die von ihm vorgeschlagene Strategie geht dahin, nicht bei einzelnen Faktoren und einzelnen Gruppen mit einzelnen Aktionen irgendetwas zu versuchen. Dies wird als nicht effizient verworfen. Es gehe darum, so wie von Växjö.praktisch realisiert, in allen 15 Feldern gleichzeitig auf Verbesserungen für alle hinzuarbeiten. Im Ergebnis profitieren die sozial Schwächeren in besonderer Weise. Nach den Berechnungen von Diderichen kann aufgrund von Multiplikatoreffekten eine absolute Ungleichheitsreduktion von bis zu 58 Prozent erreicht werden.

Untersuchungen zur gesundheitlichen Ungleichheit nicht nur nach Geschlecht und Bildungsniveau, sondern auch nach Berufsgruppen liegen für Norwegen vor.[153] Die gesundheitliche Ungleichheit ist geringer als in Deutschland, hat sich aber verstärkt. 2001 lag die Lebenserwartung eines 30-jährigen Mannes mit geringem Bildungsniveau (ISCED 1) um 4,9 Jahre unter der Lebenserwartung eines 30-jährigen Mannes mit Universitätsabschluss (ISCED 7). Bei Frauen ist die Differenz geringer. Sie betrug 3,4 Jahre (NMHC 2007: 12). Im Rückblick haben vom Anstieg der Lebenserwartung Menschen mit höherem Bildungsabschluss deutlich stärker profitiert als die mit geringem Abschluss. Dadurch ist der Abstand größer geworden. Bei berufsscharfer Betrachtung zeigt sich ein erhebliches Gefälle. Die geringste Lebenserwartung haben die Berufsgruppen der Haushaltshilfen (butlers und waitresses), der Reinigungskräfte und des Küchenpersonals; die höchste Lebenserwartung findet sich bei Hochschullehrern (NMHC 2007: 19). Bei Männern ergeben sich berufsspezifische Differenzen von bis zu 9 Jahren; bei Frauen von bis gut 5 Jahren. Die berufsspezifische Hierarchie weist nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Bei

---

[152] Daten zum Gesundheitsverhalten wurden bei der Tagung von Cecilia Wadman (Swedish National Institute of Public Health) vorgetragen.

[153] Quelle der nachfolgenden Darstellung ist ein Regierungsbericht vom 9. Februar 2007 (Norwegian Ministry of Health and Care Services 2007)

Frauen stellen sich Haushaltshilfen am schlechtesten, bei Männern das Küchenpersonal. An der Spitze mit der längsten Lebenserwartung stehen bei Frauen Hochschullehrerinnen gefolgt von anderen Lehrkräften und sozialen Berufen. Bei Männern stehen Lehrkräfte zwar auch an der Spitze, die Angehörigen sozialer Berufe (social workers) liegen jedoch nur im Mittelfeld. Noch geringer als die Lebenserwartung der am schlechtesten gestellten Berufsgruppe ist die der Nicht-Erwerbstätigen und von Menschen ohne festen Wohnsitz. Da ausgeprägte regionale Differenzen hinzutreten, steigt die maximale Differenz in der Lebenserwartung bei Männern auf bis zu 12 Jahren an. Ziel der norwegischen Regierung ist die Reduktion der Ungleichheitsentwicklung durch eine universalistische Strategie, die ergänzt wird um Programme, die sich an die besonders benachteiligte Gruppen (Obdachlose, Gefängnisinsassen, z. B.) richten. Einerseits geht es also darum, das Bildungsniveau weiter zu heben, die Lebensbedingungen in sozialer und ökologischer Hinsicht zu verbessern, die Armut zu reduzieren, eine hohe Beschäftigungsquote für alle Gruppen zu erreichen und gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle sicher zu stellen (NMHC 2007: 34ff.). Andererseits sind spezielle Programme angelaufen oder in Vorbereitung. So erhalten alle Erwachsenen ab 25 Jahren mit niedrigem Bildungsabschluss die Möglichkeit, einen oberen sekundären Bildungsabschluss nachzuholen; entsprechende Bildungsprogramme richten sich auch an die Insassen von Gefängnissen. Besonderes Augenmerk soll auf Kindergärten und die Schulen des Primar- und Sekundarbereichs gelegt werden. Installiert wird ein System von täglich „Obst und Gemüse für alle Kinder" in angenehmer Schulatmosphäre. Ebenso soll an allen Schulen für ein tägliches Sportprogramm gesorgt werden. Die Forschung über Gesundheitsungleichheit weist noch große Lücken auf. So gibt es kaum Erkenntnisse über soziale Unterschiede in der Nutzung des Gesundheitssystems. Die Forschungsarbeit soll verstärkt werden. Installiert wird zudem ein Monitoringsystem mit jährlicher Berichterstattung. Bei der jährlichen Budgetplanung sollen die Ergebnisse dann berücksichtigt werden (NMHC 2007: 84).

Als wesentliches Ergebnis ist festgehalten: Alle Länder stehen beim Abbau gesundheitlicher Ungleichheit eher am Anfang und werden Erfolg auch nur in dem Maße haben, wie es ihnen um mehr geht als die nachgelagerte Bearbeitung wachsender Ungleichheit. Wesentlich wird sein, ob und wie es gelingt, Maßnahmen aus unterschiedlichen Politikfel-

dern[154] in eine kohärente Gesamtstrategie zu integrieren. Die universalistische Philosophie des skandinavischen Wohlfahrtsmodells bietet dafür eine gute Basis.

Pflegebedürftigkeit im Alter

Ändern wir noch einmal die Perspektive und betrachten den Lebensabend von Menschen. Wie ist es mit der Gesundheit der über 65-Jährigen bestellt? Wie hoch ist in dieser Gruppe der Anteil der sogenannten „*disabled persons*? Welche Krankheiten haben sie und wie ist der Trend? Erneut gibt es wenig klare Befunde. Ein im März 2007 veröffentlichtes Arbeitspapier der OECD (OECD 2007) hat für 12 OECD-Länder die Entwicklung starker gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Alter, die Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen, anhand der auf nationaler Ebene ermittelten Selbsteinschätzungen der Hilfsbedürftigkeit und der Entwicklung der Prävalenz bei wichtigen chronischen Erkrankungen (Rheuma, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Demenz, Bluthochdruck) untersucht. Die einbezogenen 12 Länder repräsentieren alle Wohlfahrtsstaatsregime und Grundtypen von Gesundheitssystemen. Von unseren Vergleichsländern wurden Dänemark, Finnland und Schweden in die Studie einbezogen, nicht aber Deutschland. Der wichtigste Befund ist darin zu sehen, dass sich in den meisten Ländern der Anteil älterer Menschen mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die Pflegeleistungen benötigen, erhöht hat. Nur in 5 der 12 Länder ist der Anteil gesunken. Die Prävalenz der herangezogenen chronischen Erkrankungen hat deutlich zugenommen.[155] Gelegentliche Behauptungen, die Menschen würden immer gesünder, bestätigen sich nicht. Betrachten wir die Befunde der einbezogenen skandinavischen Länder gibt es kein einheitliches Muster. Auf der einen Seite gehören Dänemark und Finnland zu der Fünfer-Gruppe, wo der Anteil gesundheitlich schwer beeinträchtigter älterer Menschen zurückgegangen ist. Auf der anderen Seite steht Schweden; dort ist der Anteil gestiegen. Dies freilich ist für sich alleine nur bedingt aussagekräftig, denn erstens interessiert das Niveau, von dem aus Anstiege oder Rückgänge zu verzeichnen sind und zweitens spielt mit eine Rolle, wie hoch der Bevölke-

---

[154] Schweden etwa konnte durch verkehrspolitische Maßnahmen Unfallzahlen reduzieren und durch Maßnahmen zur sicheren Gestaltung der Umwelt ebenfalls einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation erziehen. Besonders sozial benachteiligte Personengruppen haben von beidem profitiert, da sich bei ihnen ein statistisch erhöhtes Unfallrisiko findet. Dieses erhöhte Risiko besteht auch in Deutschland. Kinder aus einem sozial benachteiligten Elternhaus verunfallen bis zu 70 Prozent häufiger als diejenigen, deren Eltern dem oberen Einkommensbereich angehören. Gute Praxisbeispiele will der deutsche Kooperationsverbund ins Internet stellen. Siehe unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

[155] Die Zunahmen liegen in der Spitze (Diabetes in Großbritannien) bei über 7 Prozent. Rückgänge gab es nur zwei: In Finnland ging (1998 – 2003) die Arthritisbetroffenheit leicht zurück (- 0,6 %) und in den USA (1992 – 2002) sank die Betroffenheit von Herzerkrankungen minimal (- 0,3 %); OECD 2007: 68.

rungsanteil der über 65-Jährigen ist und wie er sich im Beobachtungszeitraum entwickelt hat. Die Verbesserung, die Dänemark erreicht hat, startete von einem „schlechten" Niveau aus und gleichzeitig liegt der Anteil Älterer relativ niedrig (vgl. Tabelle 5). Der Anteil von Älteren mit mindestens einer gesundheitlichen Beeinträchtigung hat sich von 43 Prozent (1987) zwar auf 31,8 Prozent (2005) vermindert (OECD 2007: 31). Damit jedoch liegt er dreimal so hoch wie in Finnland im Jahr 2000. Finnland (OECD 2007: 33) hat die entsprechende Quote trotz eines weit günstigeren Ausgangsniveaus binnen 20 Jahren um ein weiteres Drittel reduziert (von 15,3 % auf 10,2 %), Dänemark in knapp zwei Dekaden nur um ein Viertel. Das dänische Problem sind die Frauen. 1987 litt fast jede zweite Dänin über 65 Jahren an einer gesundheitlichen Beeinträchtigung; 2005 waren es noch 37,5 Prozent verglichen mit 24,8 Prozent bei den Männern. In besonderer Weise interessant sind die schwedischen Befunde (OECD 2007: 42ff.). Die Quote der pflegebedürftigen älteren Menschen (65 bis 84 Jahre) sank von 12,4 Prozent im Jahr 1980 stetig auf den extrem günstigen Wert von nur noch 4 Prozent im Jahr 1996. Die Entwicklung in dem genannten Zeitraum zeigt, dass es unter bestimmten Bedingungen möglich ist, die Gesundheit der Bevölkerung auf einem so hohen Niveau zu halten, dass auch unter der älteren Bevölkerung die Quote der gesundheitlich ernsthaft Beeinträchtigten niedrig liegt. Auch in einer alternden Gesellschaft muss die Quote der Pflegebedürftigen nicht steigen, in Schweden ist sie zunächst auf einen internationalen Spitzenwert gesunken. Allerdings, Trendbrüche sind immer möglich. Warum in Schweden 1996 ein Trendbruch einsetzte, vermag die Studie nicht zu sagen. Überprüfungen (im Rahmen einer Vertiefungsstudie) haben lediglich erbracht, dass ein Wechsel der Methodik als Erklärung ausscheidet. So bleibt der Befund, dass bis 2004 ein Anstieg bis 7,1 Prozent (bei allen Altersgruppen über 65 Jahre 11 %) erfolgte. Das liegt noch weit unter dänischem Niveau, ist aber kein internationaler Spitzenwert mehr. Spiegelt sich in dieser Verschlechterung die Zunahme sozialer Ungleichheit? Dafür spricht, dass unter hoch gebildeten Bevölkerungsgruppen keine Verschlechterung, bei älteren Menschen mit höchstem Bildungsniveau sogar eine Verbesserung eintrat. Gegenläufig dazu stieg bei denjenigen, die über keinen Hochschulabschluss verfügen, die Quote auf über 15 Prozent. (OECD 2007: 78). Gemessen an diesem Indikator hat die soziale Diskrepanz in Schweden stark zugenommen und drückt das Gesamtergebnis nach unten. Heute liegt die Quote der „Disabled" bei älteren Menschen ohne Hochschulabschluss dreimal so hoch wie bei denen mit höchstem Bildungsniveau. In Dänemark ging bei einem insgesamt weit höheren Niveau der Gap auch auseinander, aber weniger ausgeprägt. Ältere Menschen mit nur einer Basisbildung waren 1987 zu einem Drittel häufiger „disabled" als Hochgebildete, 2005 aber zu 85 Prozent. Zu Finnland liegen keine Daten nach Bildungsniveau vor. So es in Finnland in den letzten Jahren kei-

nen Trendbruch gab, schneidet das Land beim Indikator „Ältere Bevölkerung mit schweren Gesundheitsbeeinträchtigungen" mittlerweile besser ab als Schweden. Dort wurde das Problem erkannt und man versucht gegenzusteuern. Im April 2003 verabschiedete der Reichtstag ein Gesetz mit neuen Zielsetzungen für die öffentliche Gesundheit.[156] Elf Zielbereiche wurden identifiziert. Diverse Risikofaktoren sollen eingedämmt und vorhandene Ungleichheiten zwischen verschiedenen Gruppen reduziert werden. Das Nationale Institut für öffentliche Gesundheit (FHI) wurde mit der Koordinierung und laufenden Berichterstattung betraut. Nach Aussage der Regierung befinde man sich mit der Umsetzung auf der Zielgeraden.

Die OECD-Studie macht deutlich, dass die Outcome-Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit auch mit Blick auf unterschiedliche Altersgruppen weiterer Abklärung bedürfen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Gruppe der Geringualifizierten in den skandinavischen Ländern heute viel schmaler ist als vor 10, 20 Jahren. Die, die das Potential zu einer gehobenen oder höheren Bildung haben, werden anders als in Deutschland zu entsprechenden formalen Abschlüssen gebracht. Damit aber konzentrieren sich in der Gruppe der Geringqualifizierten zunehmend die von der Natur und anderweitig Benachteiligten, womit die Diskrepanz zu den formal höher Gebildeten wächst. In jedem Fall: Die Forschung zur Gesundheitsarmut befindet sich noch in den Kinderschuhen.

3.2.3 Verbreitungsgrad von evidenzbasierter Medizin

Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte Gebrauch der jeweils besten externen, wissenschaftlichen Evidenz in der medizinisch-pflegerischen Praxis. Im Idealfall sorgt sie dafür, dass Patienten die für sie beste medizinisch-pflegerische Behandlung erfahren. Dies erspart ihnen überflüssige, ungenügend wirksame oder gar schädliche Behandlungen und dem Gesundheitssystem Geld. Damit evidenzbasierte Medizin annähernd möglich ist, müssen verlässliche Erkenntnisse zum Nutzen diagnostischer und therapeutischer Leistungen vorliegen und bei medizinisch-pflegerischen Entscheidungen berücksichtigt werden. Grundlage dafür ist systematische Forschung. Individuelle klinische Einzelbeobachtungen und Studien zu Einzelaspekten können Hinweise auf Forschungsbedarf ergeben, selbst aber keine evidenzbasierte Medizin begründen. Für die Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen bedarf es eines Evaluationsverfahrens der weltweit vorliegenden Studienbefunde im Rahmen von Metastudien. Sie erst trennen die Spreu vom

[156] Bill "Public health objectives" (2002/03:35). (Quelle: Ministry of Health and Social Affairs)

Weizen und erlauben eine Beurteilung des jeweiligen Wissensstandes. Ergebnis kann die Revision dessen sein, was bislang als gesichertes Wissen galt oder von nicht wenigen Medizinern als gesichert angenommen wurde. Revisionen können Einzelthemen betreffen wie etwa den Nutzen laufender Vitaminsubstitution[157] als Maßnahme gesundheitlicher Vorsorge oder auch komplexe therapeutische Ansätze. Um unwirksame von weniger wirksamen bis nutzlosen oder gar schädlichen Therapien zu unterscheiden, reicht es auch nicht, Untersuchungen in der Rückschau zu betreiben. Notwendig sind solide über Jahre angelegte prospektive Studien. In vielen Bereichen liegen derartige Studien nicht oder noch nicht vor. Von evidenzbasierter Medizin kann dann keine Rede sein. Dort wiederum, wo prospektive Studien vorliegen, können die Ergebnisse widersprüchlich sein. Auch dies kann zu der Erkenntnis führen, dass der aktuelle Forschungsstand für wirklich evidenzbasierte medizinische Entscheidungen noch nicht ausreicht.
Internationale Schaltstelle für *Evidence Based Medicine* ist die Cochrane Collaboration[158] mit Stützpunkten auch in Deutschland und den skandinavischen Ländern sowie dem *NHS Centre for Reviews and Dissemination* an der Universität von York (Großbritannien).

Ein besonderes, bislang kaum erforschtes Problem ist die Kontextabhängigkeit der auftretenden Wirkungen. Die naive Vorstellung geht dahin, dass ein bestimmtes Medikament, eine bestimmte Therapie eine bestimmte Wirkung auslöst. Diese Vorstellung ähnelt der Trichtervorstellung beim Lernen. Tatsächlich hängen Lernerfolge immer auch vom Kontext ab, was Lernmodelle längst berücksichtigen. Anders die Gesundheitsforschung. Sie beginnt erst allmählich zu erahnen, dass die Wirkungen, die erzielt werden sollen, nicht von der eingesetzten Behandlungsmethode allein ausgelöst werden, sondern von dem Wechselspiel zwischen der von außen kommenden Intervention und dem, was dadurch in einem Körper ausgelöst wird, der Teil ist eines individuellen Menschen mit einem Ge-

---

157 Bei Vitaminen deutet sich aufgrund aktueller Studien an, dass die gängige Praxis, Nahrungsmittel wie auch Arzneimittel mit allerhand Zusätzen von Vitaminen zu versehen und Multivitaminsäfte für etwas besonders Gesundes anzupreisen, problematisch ist. So ergab die Auswertung der Daten von 295.344 Männern, die von Forschern des National Cancer Institute in Bethesda über ihren Konsum von Multivitaminpräparaten befragt wurden, ein um ein Drittel erhöhtes Prostata-Krebsrisiko bei denjenigen, die täglich mehr als eine Multivitamintablette genommen hatten. Die Wahrscheinlichkeit einer dann tödlich verlaufenden Erkrankung verdoppelte sich bei den Vitamintablettenschluckern. Zwar sind die Zusammenhänge noch unklar. Als wahrscheinlich gilt jedoch, dass eine erhöhte Vitaminzufuhr zwar die Neubildung von Prostatakarzinomen etwas bremst, gleichzeitig aber das Wachstum des Tumors beflügelt. (Beitrag im US-Fachmagazin "Journal of the National Cancer Institute", zit. nach FtD vom 16.05.2007)

158 Die Cochrane Collaboration ist ein internationales Netzwerk aus Ärzten, Wissenschaftlern, Patienten. Es wird als Non-Profit-Organisation von Ministerien, Gesundheitsbehören, Universitäten und wissenschaftlichen Fonds unterstützt. Die Review-Gruppen haben es sich zur Aufgabe gemacht, systematische Übersichtsarbeiten zur Bewertung von Therapien zu erstellen, laufend zu aktualisieren und zu verbreiten.

schlecht, einer Persönlichkeit, kulturellen Prägungen, sozialen Bindungen und einem bestimmten Gefühlshaushalt.

Eine Katalysatorfunktion für das Voranbringen kontextbezogener medizinisch-pflegerischer Forschung könnte die große Akupunkturstudie sein, die in Deutschland von 2001 bis 2004 durchgeführt wurde. Mit Verweis auf medizinisch nicht belegte Wirkungen hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bisher die Aufnahme der Akupunktur in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt. Im Oktober 2000 beschloss er, dass Akupunktur nur noch im Rahmen von Modellvorhaben (gemäß §§ 63ff SGB V) zur Behandlung chronischer Schmerzen (Kopfschmerzen, Lumbalgie und Arthroseschmerzen) von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden kann. Um Wirksamkeit und Nebenwirkungen bei bestimmten Beschwerdebildern (Migräne, Athrose, Lumbalschmerzen, Allergien…) wissenschaftlich abzuklären wurde in der Folge im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) von Wissenschaftlern der Charité in Berlin über 3 Jahre die weltweit größte Akupunktur-Studie („German Acupuncture Trials" GERAC) mit insgesamt 250.000 Patienten durchgeführt (Richter-Kuhlmann 2004). Zusätzlich beteiligt waren 13 weitere Krankenkassen sowie über 10.000 für Akupunktur qualifizierte Ärzte. Kernstück war eine teilrandomisierte, kontrollierte Studie zum Vergleich der leitlinienbasierten schulmedizinischen Versorgung und Akupunktur bei 50.000 Patienten (zwei Drittel davon Frauen). Ergebnis der Kernstudie war: Bei allen in die Wirksamkeitsprüfung einbezogenen Diagnosen gab es eine hochsignifikante ($p < 0{,}001$) Verbesserung durch den gleichzeitigen Einsatz von Akupunktur gegenüber schulmedizinischer Versorgung.[159] Das Ergebnis war umso bedeutsamer, als die Verbesserungen nicht nur unter den Bedingungen der klinischen Studie, sondern auch während der nachfolgenden Routineversorgung eintraten und die bei knapp 150.000 Patienten untersuchten Nebenwirkungen und Kontraindikationen gering waren.

Obwohl mit der Studie nicht nur die Wirksamkeit von Akupunktur, sondern auch ihre Überlegenheit gegenüber traditionellen schulmedizinischen Routinen belegt wurde, tauchten neue Fragen auf. Sie ergeben sich aus dem dritten Studienteil mit knapp 900 Patienten, der in Zusammenarbeit mit einem Münchener Forscherteam umgesetzt wurde. Dabei wurden die Patienten in vergleichbaren Gruppen entweder an Akupunktur-Punkten oder an (nach der Lehre) unwirksamen Punkten gestochen. Überraschenderweise fand sich

---

[159] Bei Migräne bewirkten zehn bis 15 Akupunktursitzungen (zwei Sitzungen pro Woche) eine mittlere Reduktion der Migränetage von 38 Prozent im Falle der Anwendung der Regeln Traditioneller Chinesischer Medizin (sogenannte Verumakupunktur) und die medikamentöse Anfallsprophylaxe (Schulmedizin) eine mittlere Reduktion von 33 Prozent. Dies bei wenigen Kontraindikationen (Endres, Heinz G. et al. 2007)

ein signifikanter Unterschied zwischen der Nadelung nach den Regen der TCM und der Nadelung von Punkten irgendwie daneben nur bei Arthroseschmerzen. Bei Lendenwirbelsäulen-Schmerzen und Migräne war die Akupunktur auch wirksam, wenn an den falschen Stellen gestochen wurde. Liegt also doch nur ein Placebo-Effekt vor, lautete die Frage. Sie greift zu kurz, da „Placebo" hier nur als Chiffre für „Wir wissen nicht, wie die Wirkung zustande kommt" fungiert. Die gegen die Akupunktur bei z. B. Migräne angetretenen Arzneimittel hatten sich bei klinischen Doppelblind-Studien, wo die eine Gruppe das Medikament und die andere nur ein Placebo erhielt, ja gerade als (verglichen mit dem Placebo) wirksam erwiesen. Zudem, Migränepatienten wiesen auch sechs Monate nach Beginn einer Akupunkturbehandlung eine klinisch relevante Verringerung der Migränetage auf. Die in der medizinischen Literatur als wirksam nachgewiesene, medikamentöse Migräneprophylaxetherapie war der Akupunkturbehandlung nicht überlegen, obwohl medikamentöse Prophylaxetherapie über den gesamten Beobachtungszeitraum von sechs Monaten verabreicht wurde, während sich die Akupunkturbehandlung meistens nur über einen Zeitraum von sechs Wochen erstreckte. Erstmals wurde damit ein über die letzte Sitzung hinausgehender Akupunkturlangzeiteffekt im direkten Vergleich mit einer medikamentösen Dauertherapie nachgewiesen (Endres et al. 2007).

Der Analyserahmen muss also anders aufgespannt werden. Einiges spricht dafür, dass neben den positiven oder negativen Erwartungen, die Patienten einer bestimmten Therapie entgegenbringen auch von der Zuwendung des Behandlers, dem Erleben des „Heilungsrituals", dem kulturellen Hintergrund usw. Wirkungen ausgehen. Es erscheint logisch, dass bei Schmerzerkrankungen wie auch bei psychischen Erkrankungen solche kontextabhängigen Faktoren eine erhebliche Bedeutung haben, während sie bei anderen Erkrankungen möglicherweise zu vernachlässigen sind.

Unterschiedliche Grundphilosophien

Der Weg zu einer evidenzbasierten Medizin ist mit weiteren Schwierigkeiten behaftet. Die Frage, wann ist Medizin und ein Arzt überhaupt erforderlich und wo schadet Medizin, weil sie die Selbstheilungskräfte lähmt und einer Dauer-Medikalisierung das Feld bereitet, wird kulturell unterschiedlich beantwortet. Zur Deutschen Krankheitskultur gehört, dass Ärzte auch bei leichten Erkrankungen, die von selbst verschwinden, eingeschaltet werden. In Norwegen gibt es dagegen das *Prinzip der Niedrigsten Effektiven Interventionsstufe* (NEIN-Prinzip). Bildlich gesprochen besagt es: Man kann zum nächsten Bäcker oder zum Briefkasten mit dem Geländewagen fahren. Nur, es ist in höchstem Maße ineffektiv. Zum nächsten Bäcker oder Briefkasten geht man am besten zu Fuß. Das wirkt der Bequemlichkeit entgegen und spart Energie. Für eine etwas weitere Strecke, etwa zum Gemüsehändler, ist gleichfalls kein Geländewagen und auch kein Kleinwagen nötig. Man kann mit

dem Fahrrad fahren. Usw. Auf Gesundheit und Krankheit übertragen, bedeutet es: Nichts ins Gesundheitssystem tragen, was alleine heilt. Nichts dem Arzt überlassen, was die Public Health Nurse besser kann; nichts dem Facharzt überlassen, was der Allgemeinmediziner besser überblickt. Für die langfristige Gesunderhaltung ist dies vermutlich die beste Strategie. Schließlich bewirkt es, dass Menschen zu Experten ihrer gelegentlichen gesundheitlichen Störungen werden und lernen, wann welche Interventionsstufe angezeigt ist. Nach Kamps (2007), der lange Jahre in Norwegen ärztlich tätig war und nun wieder in Deutschland praktiziert, gibt es in Norwegen eine Faustregel. Sie besagt, dass von 1000 Gesundheitsproblemen nur 100 eine ärztliche Behandlung benötigen und davon nur 10 eine fachärztliche oder eine Klinikbehandlung. Systeme, die mit geballter Medizin auch den Problemen zu Leibe rücken, die wie etwa grippale Infekte, gelegentliche Verdauungsstörungen oder Rückenschmerzen ohne klare Ursache zum normalen Leben von Menschen gehören, vergeuden unnötig Ressourcen ohne damit der Gesundheit der Bevölkerung zu nutzen. Im Gegenteil. Die Medikalisierung von eigentlich selbstheilenden Banalerkrankungen schwächt die Abwehrkräfte und hindert die Menschen an der Entwicklung gesundheitlicher Eigenkompetenz.

Zum Problem evidenzbasierter Medizin gehört, dass Maßnahmen, die kurzfristig bedeutsame Effekte haben, langfristig häufig den Maßnahmen unterlegen sind, die auf die Frist von einigen Monaten betrachtet, am besten abschneiden. Da der kurzfristige Effekt höher bewertet wird als der nachhaltige, langfristige Erfolg, wird den eigentlich schlechter zu bewertenden Maßnahmen nicht selten der Vortritt gelassen. Relevanz hat das Problem bei nicht wenigen chronischen Krankheiten. Dazu gehört das Problem der sich erst langfristig einstellenden unerwünschten Nebenwirkungen. Bei Nebenwirkungen, die sich sofort einstellen, wird je nach den Beeinträchtigungen, die damit verbunden sind, sofort nach Alternativen gesucht. Wer auf die Einnahme eines Medikamentes mit starken Koliken reagiert, wird eine Alternative suchen. Was aber, wenn die Negativwirkung in der Erhöhung des Risikos für andere chronische Erkrankungen besteht, die Negativwirkung also lediglich mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit irgendwann in der Zukunft auftritt?[160] Hier

---

[160] Ein Beispiel. Bestimmte Medikamente zur Behandlung von Bluthochdruck erhöhen das Risiko, an Typ-II-Diabetes zu erkranken. Dies ergab eine Anfang 2007 von William Elliott und Peter Meyer (Abteilung für Präventionsmedizin der Rush University in Chicago) im britischen Fachmagazin Lancet (2007; 369: 201-207) veröffentlichte Übersicht über 22 Studien. Mehr als 143.000 Teilnehmer waren zwischen 1966 und Herbst 2006 begleitet worden. Am häufigsten erfolgte die Erkrankung beim Einsatz so genannter Diuretika (plus 30 %), gefolgt von Betablocker (+ 17 %), während sich die Gruppe der Kalziumantagonisten als neutral erwies. Begründet wird der Befund damit, dass Diuretika und eventuell auch Betablocker den Zuckerstoffwechsel stören. Aus dem Befund ergibt sich, dass diese Medikamente bei Diabetikern und Personen mit gestörter Glukosetoleranz nicht eingesetzt werden sollten. (Pressemitteilung vom 13.2.2007: http://idw-online.de/pages/de/news196128)

wird lange nichts passieren, schon weil der Kausalzusammenhang nur durch aufwändige epidemiologische Studien nachweisbar wäre. Was andererseits, wenn das Medikament zur Hauptursache für die Beschwerden wird, die eigentlich damit bekämpft werden sollen? Bei Schmerztabletten ist dies nicht selten. Auch hier ist eine Philosophie, die gegenüber dem sofortigen Einsatz von Medikamenten zurückhaltend ist, langfristig im Vorzug.

Transparenz und Qualitätssicherung

In den skandinavischen Ländern ist die ambulante wie stationäre Versorgung eingebunden in ein System der Qualitätssicherung und des Monitoring. Davon ist Deutschland weit entfernt. Über die Güte der ärztlichen Tätigkeit niedergelassener Vertragsärzte weiß man wenig. Aufgrund dessen, was durchsickert, kann von einer extremen Spannweite zwischen gut und schlecht arbeitenden Ärzten und Ärztinnen ausgegangen werden. Gute Ärzte arbeiten gewissenhaft, informieren sich laufend aus unabhängigen Quellen, bilden sich fort und sind in der Lage, evidenzbasiertes medizinisches Wissen von nicht evidenzbasiertem Scheinwissen zu unterscheiden. Für schlechte Ärzte trifft all dies nur reduziert zu. Besserung ist bislang nicht zu erwarten, denn im Zweifel stellen sich die gewissenschaft und gut arbeitenden Ärzte wirtschaftlich schlechter als diejenigen, für die die Maximierung ihres Praxisüberschusses das zentrale Entscheidungskriterium darstellt. Immerhin, auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mittlerweile realisiert, dass es an der Zeit ist, etwas Licht in den Bereich der ambulanten Versorgung zu bringen. In einer Pressemiteilung „*KBV will Qualität der Ärzte erkennbar machen*" (2. Mai 2007: http://www.kbv.de/presse/10593.html) wird festgestellt, dass es bislang in Deutschland keine wissenschaftlich gesicherten Indikatorensets für den ambulanten Sektor gib. Bis Mai 2008 soll nun ein Set von Indikatoren entwickelt werden, um die Qualität der von Vertragsärzten und -psychotherapeuten erbrachten Leistungen sichtbar zu machen. Orientieren will man sich an Großbritannien und den Niederlanden. Wie ernst es der KBV mit der Qualitäts- und Transparenzoffensive tatsächlich ist, bleibt abzuwarten. Zweifel sind angebracht. So leisten Ärztefunktionäre überall dort, wo ein Mehr an Transparenz ins deutsche Gesundheitssystem Einzug halten soll, massiv Widerstand. Ein Beispiel ist die elektronische Gesundheitskarte. Sie soll die jetzige Krankenversicherungskarte ersetzen. Zusätzlich zu den administrativen Funktionen der Krankenversicherungskarte soll sie der Abwicklung des elektronischen Rezepts dienen und dem jeweiligen Behandler wichtige Gesundheitsdaten (Impfstatus, Arzneimitteldaten, Röntgenaufnahmen) zugänglich machen. Unnötige Doppeluntersuchungen, Fehl-Medikalisierung usw. könnten dadurch vermieden und die Abstimmung zwischen den Leistungserbringern verbessert werden. Verglichen mit dem Ausmaß an Transparenz, das in den skandinavischen Daten über Sozialversicherungskarten und zentrale Datensammlungen (siehe die obigen Ausführungen zum norwegi-

schen Gesundheitssystem) längst existiert, beinhaltet das Konzept einer elektronischen Gesundheitskarte einen reduzierten Ansatz. Nach den Plänen der rot-grünen Bundesregierung sollte die Karte spätestens bis zum 1.1.2006 eingeführt sein. Tatsächlich ist sie auch Mitte 2007 noch nicht eingeführt, sondern erst in der Testphase. Bei ihrem Widerstand geht es den Ärztefunktionäre vordergründig um die Patienten und die Vermeidung von Missbrauch durch Dritte.[161] Dies dürfte vorgeschoben sein. An dem Mehr an Transparenz bei Einführung der Karte besteht kein wirkliches Interesse; eher wird darin eine Bedrohung gesehen.

Der Verdacht ist also zulässig, dass mit dem für den ambulanten Bereich angekündigten Indikatorenset eher nur eine Art Scheintransparenz geschaffen werden soll. Gestützt wird diese Skepsis auch durch die Erfahrungen mit den Krankenhaus-Qualitätsberichten. Sie sind (vgl. oben) gesetzlich vorgeschrieben. Seit 2005 muss jedes deutsche Krankenhaus alle zwei Jahre einen Qualitätsbericht abliefern. Beabsichtigt war, Transparenz ins deutsche Krankenhauswesen zu bringen. Dem werden die Berichte aber nur ausnahmsweise gerecht. Die meisten Berichte sagen zur Qualität der Leistungserbringung wenig bis nichts aus. Enthalten sind hauptsächlich Basisdaten zu Betten, Personal, Anzahl der behandelten Patienten, vorhandenen Geräten usw. (vgl. unter www.g-qb.de).[162] Dies interessiert potentielle Patienten nur bedingt. Suchen werdene Eltern z.B. eine Geburtsklinik, dann interessiert es nicht, um wieviel die Zahl der Geburten in einem bestimmten Zeitraum zu- oder abgenommen hat. Die werdenden Eltern wollen eher wissen, wie es mit der Komplikationsrate aussieht und ob sie in der Klinik ein freundlich-familiär geprägtes Umfeld oder eher die „normale" Krankenhausatmosphäre vorfinden. In den skandinavischen Ländern gibt es dafür Geburtshäuser oder Patientenhotels, die die notwendige medizinische Infrastruktur und gleichzeitig das Ambiente eines Hotels oder Gasthauses bieten. Die wirklich interessanten Daten sind in den skandinavischen Ländern weitgehend öffentlich zugänglich. In Deutschland stehen sie im BQS-Qualitätsreport, dessen Daten gerade nicht öffentlich zugänglich sind. Die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung gibt jährlich ledig-

---

[161] Der 110. Deutsche Ärztetag in Münster lehnte noch im Mai 2007 die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte „in der bisher vorgestellten Form" ab. Das Patient-Arzt-Verhältnis werde durch die Speicherung sensibler Patientendaten auf zentralen Rechnern schwer beschädigt. Es gehe den Ärztinnen und Ärzten bei ihrem Widerstand nicht um materielle Interessen, „sondern um die Sicherung ihres ärztlichen Entscheidens und Handelns in einem von Vertrauen geprägten Verhältnis zu ihren Patientinnen und Patienten", wird betont. Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 18.5.2007.
Auf dem nächsten Deutschen Ärztetag in Ulm sollen die Einflüsse der Telematik auf die ärztliche Berufstätigkeit in einem eigenen Tagesordnungspunkt eingehend geprüft werden.

[162] Seitens der Krankenkassen gibt es zumindest Vorstöße, diese Basisdaten patientengerecht aufzubereiten (siehe unter www.klinik-lotse.de).

lich einen anonymisierten Bericht heraus. Ein Klinik-Zeugnis kann nur veröffentlicht werden, wenn die Klinik dem zustimmt.

Das nicht in zureichendem Maße an Qualität und evidenzbasierter Medizin orientierte Handeln der ärztlichen und anderen Leistungserbringer hat vielfältige Folgen. Der trotz aller Diskussionen der letzten Jahrzehnte weiterhin übliche Einsatz von Antibiotika auch dort, wo es evidenzmedizinisch kontraindiziert ist, ist einer der Faktoren, die der Ausbreitung multiresistenter Bakterienstämme Vorschub leistet.[163] In den Kliniken erwächst daraus dann eine tödliche Gefahr. So steigt der Anteil von MRSA-Patienten. Hier handelt es sich um Patienten, die sich in der Klinik mit multiresistenten Erregern (Methicillin-resistenter Staphylococcus) infiziert haben. Die bekannt gewordenen Fälle bewegen sich nach einem SPIEGEL-Bericht[164] in Deutschland bei 40.000 bis 50.000 pro Jahr. Europaweit stecken sich in Kliniken jährlich etwa drei Millionen Menschen an – Tendenz steigend. Ca. 50.000 Menschen sterben in der Folge nicht an den Krankheiten, aufgrund deren sie im Krankenhaus sind, sondern an Infektionen, die sie sich erst in der Klinik geholt haben. Meist handelt es sich bei den Auslösern um Erreger, etwa Wundkeime, gegen die Antibiotika nicht mehr helfen.[165]. Aus Studien der Paul-Ehrlich-Gesellschaft ergibt sich: Allein von 1998 bis 2004 nahm in Deutschland die Multi-Resistenz von Bakterienstämmen von rd. 15 Prozent auf über 20 Prozent zu. Das RKI (2007) hat in einem Merkblatt für Ärzte die wichtigsten Informationen unter Nennung der wissenschaftlichen Quellen zusammengestellt. Deutschland liegt danach international im Mittelfeld mit einer mittleren MRSA-Rate von 20,7 Prozent, die skandinavischen Länder und die Niederlande schneiden mit weniger als 1 Prozent am besten ab. Äußerst besorgniserregend ist die Situation auf deutschen Intensivstationen, wo der MRSA-Anteil zwischenzeitlich (Krankenhausinfektions-Surveillance-System-Daten; Stand 2005) bei 36,6 Prozent liegt. Dass Skandinavien das MRSA-Problem erfolgreich klein hält, ist sowohl dem offenen Umgang mit dem

---

[163] Statt den Antibiotikaeinsatz auf das medizinisch vertretbare Maß abzusenken, erfolgt sogar das Gegenteil. So meldete das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) Anfang 2007: „*Der Antibiotikaverbrauch hat im Jahr 2005 sein höchstes Niveau seit 1998 erreicht. Besonders hoch ist der Verbrauch bei Kindern. Sie bekommen 20 % bis 50 % mehr Antibiotika verordnet als Erwachsene…..Erste Analysen des Jahres 2006 zeigen, dass das hohe Niveau von 2005 gehalten wird*." (Arzneimittelmarkt-News, Februar 2007: www.wido.de)

[164] Stockinger, Günther (2007): Medizin – Stumpfe Wunderwaffen, in: DER SPIEGEL Nr. 9 v. 26.2.2007, S. 162 - 164

[165] Das geht aus einem Bericht des Europäischen Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) hervor, der 2007 in Stockholm veröffentlicht worden ist. Zitiert nach einem Bericht im Focus am 7. Juni 2007: http://www.focus.de/gesundheit/arzt_medikamente/krankenhaus_aid_62703.html?drucken=1

Thema wie dem Umstand geschuldet, dass entlang der Problementwicklungskette effiziente Gegenstrategien etabliert sind.[166]

3.2.4 Krankheitsvermeidung durch Primär- und Sekundärprävention

a) Erfolgreiche Primärprävention am Beispiel der Kariesprophylaxe

Gebräuchlichster Indikator für die Evaluation der Zahngesundheit ist der DMFT-Index. Er beinhaltet die Anzahl kariöser, fehlender und/oder restaurierter Zähne. Für die Gruppe der Zwölfjährigen liegt die dichteste Datenlage vor. Als bis zum Jahr 2000 zu erreichendes Ziel hat die WHO einen DMFT-Wert unter 2 vorgegeben. Mit wenigen Ausnahmen wie Griechenland haben alle hochentwickelten Industrieländer dieses Ziel nicht nur erreicht, sondern kommen auf im Durchschnitt wesentlich niedrigere Werte. In der Rückschau eine wahre Erfolgsgeschichte. Im europaweiten Vergleich unterschritten zur Jahrtausendwende die Niederlande, Dänemark, Großbritannien, die Schweiz und Schweden bereits den DMFT-Zielwert von 1,0. Zu diesem Zeitpunkt waren in der Spitzengruppe also 3 Länder mit staatlichem Gesundheitsdienst und 2 dem „Sozialversicherungs-Modell" zuzuordnende Länder vertreten. Für die skandinavischen Länder ist diese Erfolgsgeschichte datenmäßig sehr gut dokumentiert[167] und insoweit bemerkenswert, als der Zuckerkonsum pro Kopf als ein die Entstehung von Karies begünstigender Faktor dort im internationalen Vergleich sehr hoch ist. In Dänemark z.B. lag bei den 12-Jährigen der DMFT-Wert vor 30 Jahren (1975) bei durchschnittlich 5,2 und in Finnland sogar bei 6,9. In Dänemark erfolgte bis 1995 zunächst ein Rückgang auf 1,2, dann bis 2005 eine weitere Verbesserung auf 0,8. In Finnland vollzog sich über 20 Jahre ein Rückgang auf 1,1/1,2. Seither verharrt der mittlere DMFT-Wert auf diesem Level. Schweden bietet ein ähnliches Bild: In der Dekade von 1977 bis 1987 erfolgte ein Rückgang um rd. 60 Prozent. Im Jahr 1990 wurde der Zielwert von 2,0 und im Jahr 1997 der von 1,0 erreicht. Die letzten Zahlen stammen für Schweden aus dem Jahr 2002 und weisen einen DMFT-Wert von 0,9 auf. Für Island existieren keine aktuellen Zahlen. Da der Zuckerkonsum dort unter den Vergleichsländern am

---

[166] In dem zitierten SPIEGEL-Bericht wird Dänemark als Vorbild für die an Kliniken realisierten Maßnahmen-präsentiert. Auch in den anderen skandinavischen Ländern gibt es jedoch gute Ansätze. Sie reichen von der Vermeidung unnötigen Antibiotikaeinsatzes (kein Einsatz in der Tiermast; Minimierung der Verabreichung beim Menschen) bis zu speziellen Hygienestrategien in Krankenhäusern. Die Ausbreitung mulitresistenter Erregerstämme konnte durch diesen Agrar- und Gesundheitspolitik integrierenden Ansatz wirksam eingedämmt werden. Zukünftig soll dem Thema noch mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Am 16. März 2006 hat Schweden ein spezielles Gesetz (Govt. Bill 2005/06:50) verabschiedet (Quelle: Ministry of Health: Webseite 2007).

[167] In Malmö/Schweden wird das WHO-Monitoring-System geführt. Dort finden sich die von den einzelnen Ländern gemeldeten Daten. Siehe unter: http://www.whocollab.od.mah.se/countriesalphab.html

höchsten ist, dürften die Befunde nicht sehr gut sein. Auch Norwegen liegt mit einem mittleren DMFT-Wert von 1,5, der 1998 erreicht wurde und seither weitgehend konstant blieb, nur im Mittelfeld.

Aktuell (2004/2005) weisen Deutschland, Dänemark, Großbritannien, die Schweiz und die Niederlande die besten Werte auf. Deutschland stieß erst spät zur Spitzengruppe. 1997 (DMS III) lagen die Werte noch um ein Drittel über den skandinavischen. Im Jahr 2000 war Gleichstand mit Finnland erreicht, Nach weiteren Fortschritten wurde 2004 in der Hälfte der Bundesländer der von der WHO für 2010 geforderte Wert von 1,0 unterschritten (Heintze 2006a: 15). 2005 schließlich (DMS IV 2006) erreichte Deutschland bei der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen einen internationalen Spitzenplatz. Der mittlere DMFT-Index der untersuchten 12-Jährigen lag in West-Deutschland bei 0,7 und in Ost-Deutschland bei 1,1 (DMS IV Kurzfassung: 8). Ein Grund, sich auf dem Ereichten auszuruhen, ist dies nicht. In den skandinavischen Ländern ist einerseits der hohe Zuckerkonsum ein Problem. Zudem wird mit Deutschland das Problem geteilt, dass der Fortschritt bei der Kariesprävention bei den unteren sozialen Schichten nur eingeschränkt ankommt. Dementsprechend groß ist die Streuung. Sie spiegelt sich in Deutschland auch im gegliederten Schulsystem. Beispiel Bayern. Bei einer bayernweit repräsentativen Studie der "Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit" hatten 1995 65,5 Prozent der GymnasiastInnen, 47,3 Prozent der RealschülerInnen und nur 36,8 Prozent der HauptschülerInnen im Alter von 12 Jahren ein naturgesundes Gebiss (Reich 1996). Gleichgerichtete Befunde liegen für andere Bundesländer und auch für spätere Zeitpunkte vor. Im Jahr 2000 z. B: lag der DMFT-Wert in Westfalen-Lippe bei HauptschülerInnen fast dreimal so hoch wie bei Gymnasiasten (1,94 zu 0,7) und im Jahr 2004 in Hessen bei Gymnasiasten (0,58) um fast zwei Drittel besser als bei HauptschülerInnen (1,61). Dies verweist auf die Notwendigkeit, das gegliederte deutsche Schulsystem nicht nur bezogen auf Bildungsarmut, sondern auch bezogen auf Gesundheitsarmut zu thematisieren.

An der sozialen Polarisierung, die sich in Deutschland anders als in den skandinavischen Ländern an den schultypenbezogenen Ergebnissen direkt ablesen lässt, hat sich seither nichts geändert. Im Gegenteil: Sie hat zugenommen. So konzentrierten sich 1997 (3. Mundgesundheitsstudie – DMS III) auf 22 Prozent der 12-Jährigen 61 Prozent der Karieserfahrungen; 2005 jedoch (DMS IV 2006) entfielen auf nur 10,2 Prozent der 12-Jährigen 61,1 Prozent der Karieserfahrungen. Im Erwachsenenalter setzt sich dies bei Zahnbetterkrankungen und bei Erkrankungen des Zahnhalteapparates fort. Das Risiko an einer schweren Paradontitis zu erkranken ist bei der Merkmalskombination Tabakkonsum und einfache Schulbildung um den Faktor 3,3 erhöht (DMS IV-Kurzfassung: 12).

b) Vermeidung von Spätschäden durch Strukturierte Behandlungsprogramme

Vorreiter bei der Entwicklung Strukturierter Behandlungsprogramme (Desease-Management-Programme – DMP) in Europa waren Großbritannien und die skandinavischen Länder. In Deutschland kamen diese Ansätze relativ spät auf die Tagesordnung und noch später in die Realisierung. Bei der Diabetesversorgung seit Mitte/Ende der 90er Jahre mit dann erheblichen Unterschieden je nach Bundesland.[168] Das Bundesministerium für Gesundheit legte in der 4. Änderungsverordnung zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (in Kraft seit dem 1. Juli 2002) für drei Gruppen chronischer Erkrankungen (Typ-II-Diabetes; Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit) Anforderungen fest. Zunächst sind die Programme für Diabetes angelaufen. Vorteile für die Patienten sind bereits zu erkennen (Icks et al. 2005). Bei Brustkrebs ist gleichfalls eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität zu erwarten. Zwar ist strittig, ob der Nutzen des Mammographie-Screenings die gleichfalls bestehenden Risiken tatsächlich übersteigt. Ein nicht zu unterschätzender Fortschritt ist es hier jedoch bereits, dass mit der Zertifizierung von Brustzentren (Giersiepen 2005) die qualitativ häufig schlechte sogenannte graue Mammographie in beliebigen Gynäkologenpraxen beendet resp. zumindest eingeschränkt wird. Auch für Asthma bronchiale und die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – in Deutschland leiden darunter ca. 5 Prozent der Erwachsenen und 10 Prozent der Kinder – wurden im September 2004 Behandlungsleitlinien gemäß § 137f SGB V verabschiedet.[169]

Die Frage, ob die skandinavischen Länder bei der Vermeidung von Spätschäden besser abschneiden als Deutschland, kann auf Basis der vorliegenden Einzelbefunde, nicht eindeutig beantwortet werden. Bei diabetesbezogenen Spätschäden gibt es Hinweise, dass diese seltener auftreten als in Deutschland. Dies ist schon deshalb interessant als für den erbbedingten Typ-I-Diabetes für einige Regionen in Finnland die europaweit höchste Inzidenz (42,5 Fälle pro 100.000 EW bis 15 Jahre gegenüber nur 14 – 17 Fällen in Deutschland) berichtet wird (Icks 2005: 29). In der Folge wäre zu erwarten, dass Spätschäden in Finnland weit häufiger auftreten als in Deutschland. Nach Icks deutet sich für die skandinavischen Länder jedoch an, dass Spätschäden seltener auftreten als in Deutschland. Bislang fehle es jedoch an validen Vergleichsuntersuchungen. Sollten sich die Hinweise

---

[168] Icks et al. (2005: 8) berichten davon, dass Ende 2001 in Sachsen über 80 % der Hausärzte in das Sächsische Betreuungsmodell einbezogen waren, während in Thüringen nur 10 % der hausärztlichen Praxen die Angebote einer leitlinienbezogenen, koordinierten Behandlung nutzten.

[169]: Eine Übersicht zu allen zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit finden sich unter: http://www.die-gesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/strukt_behandlungsprogramme/beispiele/index.html. Informationen

bestätigen, verweist dies auf die in den skandinavischen Ländern stärker nach Leitlinien strukturierte Versorgung von chronisch Kranken. In Deutschland erschwert die Struktur der ambulanten Versorgung, dass Chroniker flächendeckend in evidenzbasierte Behandlungskonzepte einbezogen werden. Wer in einem Bundesland gut versorgt ist, kann beim Umzug in ein anderes Bundesland oder auch schon beim Umzug in eine andere Stadt rausfallen aus Strukturen evidenzbasierter Versorgung. Alles hängt davon ab, inwieweit sich niedergelassene Ärzte als Freiberufler in qualitätsgesicherte Strukturen einbinden lassen. Viele betrachten schon den Versuch als Angriff auf ihre Berufsfreiheit.

c) Gesund leben contra Früherkennung von Krankheiten

Bei der Darstellung der Gesundheitssysteme hatten wir gesehen, dass die Leistungspalette je nach Perspektive teilweise in Deutschland, teilweise in den skandinavischen Ländern umfangreicher ist. In der groben Betrachtung gilt: Die skandinavischen Länder bauen sich als öffentliche Gesundheitsdienstleister in der Phase, wo Menschen über die Stufen Säugling, Kleinkind, Kind, Jugendlicher zu Erwachsenen heranreifen groß auf, ziehen sich bei den Erwachsenen zurück, um sich bei chronisch Kranken und der älteren Bevölkerung erneut groß aufzubauen. Im Ergebnis ist die Leistungsdichte bei Kindern und Jugendlichen sowie dann wieder bei der älteren Bevölkerung höher als in Deutschland und bei den gesunden Erwachsenen geringer. Quer dazu liegt, dass Prävention über alle Alterstufen eine höhere Bedeutung hat als in Deutschland. Strategien der Vermeidung oder Hinauszögerung von Erkrankungen sind jedoch in besonderer Weise effizient. Hier hat Deutschland Defizite. Einmal wird ein zu geringer Anteil der GKV-Ausgaben für Prävention verwandt. Zum anderen folgt die Präventionsarbeit den kulturellen Mustern, mit denen Mittelschichtangehörige erreicht werden können. An der Unterschicht, wo der größte Bedarf ist, gehen die häufig als Mitmach-Kampagnen organisierten Maßnahmen weitestgehend vorbei. Zudem, es wird primär auf Individualprävention gesetzt. Möglicherweise würde durch eine gruppenbezogene Philosophie aber mehr erreicht werden. Erkenntnisse liegen der Verfasserin dazu nicht vor.

Ein Aspekt von Prävention sind Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Häufig werden beide Begriffe synonym verwandt. Tatsächlich jedoch gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen Vorsorgeuntersuchungen, die in jedem Fall nützlich sind und Früherkennungsuntersuchungen, bei denen das Vorliegen eines allgemeinen Nutzens nicht belegt ist. Die in Deutschland für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter gesetzlich

---

darüber, welche Krankenkassen Asthma bronchiale/COPD in ihr Angebot aufgenommen haben, finden sich

verankerten Untersuchungen U1 bis U10 (§ 26, SGB V)[170] sind in hohem Maße sinnvoll. Dort, wo die Untersuchungen Auffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsstörungen ergeben, kann zielgerichtet interveniert werden. Kinder mit Fehlsichtigkeit erhalten z. B. eine Brille; Kinder mit Sprachstörungen Unterstützung durch einen Logopäden. Bei Kindern wiederum, wo eine U-Untersuchung Hinweise auf Vernachlässigung ergibt, kann das Jugendamt tätig werden.[171] Nicht jede Früherkennungsuntersuchung stiftet jedoch einen Nutzen. Der Glaubenssatz hinter der Proklamierung der verstärkten Nutzung diverser Vorsorgeangebote lautet: Je früher eine Krankheit entdeckt wird, umso besser sind die Heilungschancen. Dies ist eine sehr schlichte Vorstellung. Je nach Krankheit und Persönlichkeit des Patienten ist die Annahme gerechtfertigt, teilweise gerechtfertigt oder eher nicht gerechtfertigt. Zum Kreis der Erkrankungen, wo die Annahme eher nicht gerechtfertigt ist, zählen Krebserkrankungen. Immer wieder wurden und werden Hoffnungen verbreitet, Früherkennung rette Leben. Bei einer im Kindesalter häufigen Tumorerkrankung (Neuroblastom = Tumor des sympathischen Nervensystems) hoffte man, durch Früherkennung die Heilungschancen verbessern und gleichzeitig Behandlungskosten sparen zu können. Eine von 1995 bis 2000 durchgeführte Studie ergab jedoch Überdiagnosen und erhöhte Kosten, ohne dass die Sterblichkeit gesenkt werden konnte (Schubert 2004: 166). Beim überwiegend erst zum Lebensende auftretenden Prostatakrebs ist die Lage ähnlich. Aus den USA kommend hat sich gleichwohl seit Mitte der 80er Jahre die Messung eines Prostata-spezifischen Antigens im Blut als Vorsorgeuntersuchung ausgebreitet. Die Neuerkrankungsrate ist als Folge der intensivierten Frühdiagnostik stark angestiegen, ein medizinischer Nutzen aber nicht belegt. Schon die Rate der Fehlalarme, die im besten Fall überflüssige, im schlechtesten Fall schädliche Behandlungen nach sich ziehen, liegt mit 25 bis 80 Prozent erschreckend hoch (Lademann/Kolip 2005: 85). Und auch dort, wo kein Fehlalarm vorliegt, ist der Nutzen fraglich. Frühe Tumore an der Prostata müssen nicht bösartig werden; sie wachsen teilweise so langsam, dass Männer im fortgeschrittenen Alter eher an anderen Krankheiten sterben als dem unauffälligen Tumor an der Prostata. [172] Lademann/Kolip 2005 (86f.) zitieren Befunde, wonach

---

unter: http://www.die-gesundheitsreform.de/themen_az/gesundheit_kompakt/asthma_bronchiale/index.html

[170] Das bundesweite Untersuchungsprogramm wurde 1971 geschaffen; seit dem 1.7.1997 umfasst es 10 Untersuchungen, wobei die Untersuchungen U1 bis U6 im 1. Lebensjahr stattfinden und die letzte Untersuchungen sich auf die Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen bezieht.

[171] Um vernachlässigte Kinder früher aufzufangen, ist in der Diskussion, die U-Untersuchungen für alle Eltern verpflichtend zu machen. Verschiedene Bundesländer (Bremen, z. B.) sind dabei, diesen Weg einzuschlagen.

[172] Nach einem Bericht der Süddeutschen Zeitung vom 17.10.2006 (Zit. nach: Natur und Heilen 2/2007, S. 18) finden sich im Alter von 80 Jahren bei rd. 50 Prozent der Männer Krebszellen in der Prostata und das

Männer, die umfänglich über mögliche Vorteile und die dagegen stehenden Risiken informiert werden, das Risiko des Nichtwissens überwiegend für das letztlich geringere Risiko halten. Wegen des medizinisch nicht belegten Nutzens gehört der PSA-Test bislang nicht zur gesetzlichen Früherkennung, muss von Patienten also privat gezahlt werden. Die rd. 3 Mio. Tests, die gleichwohl jährlich in den Praxen von Urologen durchgeführt und als individuelle Gesundheitsleistung (IGel) abgerechnet werden, sind (Lademann/Kolip: 86) der Versuch, ein faktisch von den Patienten selbst zu bezahlendes PSA-Screening durch die Hintertür durchzusetzen.

Die genannten Krebsarten stehen nicht für sich alleine. Auch bei anderen Krebsarten mehren sich die Hinweise, dass Vorsorgeuntersuchungen die in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllen. So wurden 2007 im Journal of the American Medical Association (Bd. 297, 2007, S. 953)[173] die Ergebnisse einer prospektiven Studie publiziert. Einbezogen waren mehrere tausend Patienten. Es ging darum festzustellen, ob durch ein regelmäßiges CT-Screening Lungenkrebstodesfälle verhindert werden können. Ergebnis: Dies ist nicht der Fall. In der dem CT-Screening unterworfenen Gruppe verdreifachte sich gegenüber der Kontrollgruppe die Rate der Tumorentdeckungen und es kam in der Folge zu 10mal häufigeren Operationen. Einen Nutzen für die Patienten hatte das alles nicht. Unterm Strich gab es in der Gruppe mit regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen 38 Todesfälle und in der Kontrollgruppe 39 Todesfälle. Diese Differenz ist nicht signifikant. Bei einem leistungsseitig privat organisierten Gesundheitssystem ist es allerdings wirtschaftlich verständlich, dass die Anbieter von Früherkennungsuntersuchungen auf möglichst flächendeckende Screenings drängen. Beim deutschen Bundesgesetzgeber fanden sie ein offenes Ohr. Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 26.03.2007 sieht in § 62 nämlich vor, dass chronisch Kranke, die an Krebs erkranken, bei der einkommensbezogenen Obergrenze jährlicher Zuzahlungen dann die Chroniker-Ermäßigung nicht erhalten, wenn sie an den zum GKV-Leistungsspektrum (§ 25 SGB V) gehörenden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nicht teilgenommen haben.[174] Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin

---

Durchschnittsalter bei der Diagnose liegt bei über 70 Jahren. In den meisten Fällen verursacht der Krebs erst sehr spät Beschwerden. Die meisten Männer, die betroffen sind, sterben nicht am Tumor, sondern mit dem Tumor (aufgrund anderer Leiden).

[173] Zitiert nach Süddeutsche Zeitung vom 7.3.2007, S. 18.

[174] Für Chroniker galt eine Belastungsobergrenze von 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Jahresunterhalt. Für diejenigen, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 SGB V besteht, an der sie jedoch ab dem 1.1. 2008 nicht regelmäßig teilgenommen haben, wurde die Belastungsgrenze auf 2 Prozent heraufgesetzt (§ 62 Abs. 1 GKV-WSG).

e. V. hatte im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens argumentiert[175], dass diese Bestimmung weder der Lebensqualität von Patienten noch dem effizienten Ressourceneinsatz im Gesundheitssystem dienlich sei. Die Verfasserin teilt diese Einschätzung. Tendenziell gilt dies auch bei Brustkrebs. Solange der Nachweis, dass ein flächendeckendes Screening die Sterblichkeit nachhaltig reduziert und die Lebensqualität der teilnehmenden Frauen erhöht, aussteht, erscheint es problematisch, Frauen, die sich aufgrund einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung mit individuell möglicherweise guten Gründen gegen eine Teilnahme resp. gegen eine regelmäßige Teilnahme entscheiden, in den Fällen, wo später doch ein Brustkrebs auftritt, mit dann höheren maximalen Zuzahlungen zu belasten.

Die Frage, in welchem Umfang in den skandinavischen Ländern unter der Überschrift „Vorsorge" finanzielle Ressourcen fehlgeleitet werden für medizinische Interventionen, die auf zweifelhafte diagnostische Verfahren und eine breite Medikalisierung der Bevölkerung hinauslaufen, kann hier nur aufgeworfen, aber nicht beantwortet werden. Verstärkte Forschungsarbeit wäre auf diesem Felde lohnend, zumal es Hinweise auf eine sich ausbreitende Medikalisierung der Bevölkerung in den hochentwickelten westlichen Gesellschaften gibt, die gespeist wird von dem Glauben an die Kaufbarkeit von Gesundheit. Diese Medikalisierung droht in dem Maße zuzunehmen wie die Vermarktlichung voranschreitet, schließlich lässt sich mit dem Versprechen auf einen gesundheitlichen Nutzeffekt, der dem Kunden wenig eigenes Nachdenken und eigene Anstrengung abverlangt, gutes Geld verdienen.[176] Der im Schnitt unterdurchschnittliche Gesundheitszustand der US-amerikanischen Bevölkerung, die pro Kopf weltweit die höchsten Ausgaben für Gesundheit tätigt, zeigt deutlich, dass ein marktnahes Gesundheitssystem mit höchstem finanziellem Aufwand wenig für die Gesundheit der Bevölkerung erreicht. Manche deutsche Entwicklung weist gleichwohl in Richtung USA. Die rasante Zunahme der in ärztlichen Praxen mittlerweile verkauften Individuellen Gesundheitsleistungen sollte hierbei als Frühindikator begriffen werden. Die Erwartung, diese Entwicklung leiste einen Beitrag zur Hebung des Ge-

---

[175] Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., Pressemitteilung „Krebsfrüherkennung ist kein Weg, Kosten zu sparen" v. 7. Dezember 2006.

[176] Auffällig ist, dass die Alarmglocken insbesondere in Ländern mit marktnahem Gesundheitssystem getönen. So in den USA, aber auch in Deutschland. Die Bundesärztekammer sah sich mittlerweile veranlasst, für ihre Mitglieder einen Leitfaden herauszugeben. 1,5 Mio. Patienten sind danach bereits manifest medikamentenabhängig und eine ähnlich große Zahl ist auf dem Wege dazu (Bundesärztekammer 2007: 7). In einer Pressemitteilung warnte sie Anfang April 2007 vor einem leichtfertigen Umgang mit Medikamenten. Ein unreflektierter Griff zum Medikament verhinderte nicht selten den Einsatz ursachengerechter Therapien. Dies berge erhebliche Risiken bis hin zur Abhängigkeit. Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 3. April 2007:http://www.baek.de/page.asp?his=3.71.5057.5058

sundheitsniveaus der Bevölkerung, erscheint naiv. Einen Beitrag zur Verminderung der Gesundheitsarmut leistet sie erst recht nicht.

3.2.5 Deutsche Probleme mit dem Wissenstransfer

Eine Schwachstelle des deutschen Gesundheitssystems ist der verzögerte Wissenstransfer. Selbst bei medizinischen Großereignissen, die nicht nur in der Fachwelt intensiv behandelt werden, sondern auch unter medizinischen Laien auf großes Interesse stoßen und es in die Informationssendungen von Funk und Fernsehen schaffen, dauert es Jahre, ehe die breite Mehrheit der Mediziner halbwegs auf dem Stand des neuen Wissens angekommen ist. Eines der medizinischen Großereignisse der letzten Jahre bestand in der Revision der bisherigen Annahmen zu Nutzen und Risiken einer Hormonersatztherapie während der Wechseljahre. Bei der weltweit größten Untersuchung, die je an Frauen durchgeführt wurde, der *The Million Women Study* waren über eine Million Britinnen im Alter von 50 bis 64 Jahren bis zu vier Jahre lang beobachtet worden. Es zeigte sich (Beral 2003), dass die Risiken die Vorteile weit überwiegen.[177] Medizinisch ist aufgrund der neuen Erkenntnisse der bislang praktizierte Verordnungsumfang von Hormontherapien nicht mehr vertretbar. Nur bei ausgeprägten Beschwerden kann auf Hormone zurückgegriffen werden. Dann aber nicht über Jahre, sondern zeitlich begrenzt. Obwohl dies seit Mitte 2002 feststeht, waren noch Ende 2005 bei einer Befragung 43 Prozent der Gynäkologen der Meinung, Frauen in den Wechseljahren müssten eher mehr als weniger Hormone erhalten, vertraten also die zum Stand des Wissens komplett konträre Meinung.[178] Der verzögerte Wissenstransfer wurde bislang darauf zurückgeführt, dass Ärzte in Deutschland anders als etwa in anderen Ländern nicht zu laufender Fortbildung verpflichtet sind. Mittlerweile (seit 2004) besteht eine Fortbildungspflicht, unabhängige Quellen kommen dabei gegenüber Quellen, die wirtschaftliche Interessen verfolgen (Pharmavertreter, industriegesponserte Tagungen), jedoch zu kurz. [179] Damit aber geht die vermeintliche Fortbildung ins Leere.

---

[177] So haben Frauen, die Hormone nehmen, ein 1,6fach höheres Brustkrebsrisiko im Vergleich zu Frauen, die keine Hormone verwenden. Besonders die Kombination von Östrogenen und Gestagenen, die von den Frauen am häufigsten eingenommen wird, wirkte sich ungünstig aus. Hier war das Risiko für Brustkrebs sogar doppelt so hoch wie bei Nichtnutzerinnen. Aber auch die Einnahme von Östrogenen allein sowie von dem synthetischen Hormon Tibolon führte zu einer erhöhten Brustkrebsrate. Die Sterblichkeit durch Brustkrebs stieg durch die Hormonersatztherapie ebenfalls an. Das Risiko war umso höher, je länger die Frauen die Hormone geschluckt hatten.

[178] Zitiert nach einem Bericht in der Apotheken Umschau vom 15. Januar 2007, S. 8f.

[179] Bei einer Umfrage der Arbeitsgemeinschaft LA-MED e.V. 2006 unter Allgemeinmedizinern, praktischen Ärzten und Internisten nach den Medien, die für Information und Fortbildung genutzt werden, wurden Pharmavertreter mit 75,2 Prozent Nennungen an dritter Stelle genannt. Apotheken Umschau a.a.O.

Von evidenzmedizinisch gesicherten Erkenntnissen können Patienten nur in dem Maße profitieren, wie die Erkenntnisse nicht nur theoretisch zu den Praktikern vordringen, sondern im Behandlungsalltag tatsächlich zur Anwendung kommen. Dies gestaltet sich im deutschen Gesundheitssystem schwierig. Die zersplitterte Struktur des niedergelassenen Bereichs entfaltet Sperrwirkungen gegen einen schnellen Wissenstransfer. Dies umso mehr, als unabhängige Informationsquellen, wie angesprochen, nicht den gebotenen Stellenwert haben. Wo neues Wissen gegen mächtige wirtschaftliche Interesse steht, wird es so lange wie möglich ignoriert. Zum Tragen kommt hier ein Grundkonflikt, denn gute Medizin und das, was wirtschaftlich am einträglichsten ist, müssen sich nicht decken. Im Konfliktfall kann das medizinisch Sinnvolle auf der Strecke bleiben. Kliniken und die Praxen niedergelassener Ärzte sind beides: Versorgungseinrichtungen und Wirtschaftsbetriebe. Als Versorgungseinrichtungen erfüllen sie einen Sicherstellungsauftrag; als Wirtschaftsbetriebe sind sie bestrebt, ihren Überschuss zu maximieren. Dazu müssen sie sich ihre Patienten möglichst lange erhalten, ihnen möglichst viel von dem, was sich wirtschaftlich rechnet, zukommen lassen, ihre Geräte gut auslasten und mit dem Verkauf von IGeL-Leistungen[180] zusätzlich Geld verdienen. Beides, der verzögerte Wissenstransfer und die auf Maximierung des eigenen Einkommens gerichteten Abwägungsentscheidungen stehen dem Ziel evidenzbasierter Medizin entgegen. Ein Weiteres kommt hinzu: Wissenstransfer braucht fachübergreifende Kommunikation. Diese ist im deutschen System anders als in den skandinavischen Ländern nicht in den Strukturen selbst vorgeformt, sondern muss mühselig über den nachgelagerten Aufbau von Netzwerken und Kooperationsbeziehungen aufgebaut werden. Dies gelingt teilweise,[181] vielfach aber nur schleppend oder gar nicht. Wie wenig wissenschaftlich fundiert Mediziner in Deutschland Entscheidungen treffen, zeigt sich an verschiedenen Fronten, etwa bei Einsatz von Antibiotika oder bei der Sorglosigkeit im Umgang mit röntgendiagnostischen Verfahren. Dass weit

---

[180] Gegenüber 9 Prozent im Jahr 2001 (Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK, zit. nach FR 25.2.2005, S. 27) erhielten im Jahr 2004 23 % der Versicherten bei ihrem Arztbesuch derartige Selbstzahler-Angebote. 2005 erzielten Mediziner mit Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) nach Berechnung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, die auf einer repräsentativen Umfrage unter 3000 Patienten beruhten, einen Umsatz von rd. 1 Mrd. Euro. Schwerpunkt dieser Leistungen (Anteil von fast 60 %) liegen im Bereich von Ultraschalluntersuchungen, Augeninnendruckmessungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Selbst die Bundesärztekammer sieht die Entwicklung mit Sorge: *„Da läuft etwas schief... Was da läuft, ist oft mit der ärztlichen Berufsethik und Berufsordnung nicht vereinbar. Es gibt Abzocker, aber ich unterstelle nicht allen Bösartigkeit. Es gibt auch Ärzte, die aus der Kurve getragen worden sind und nicht mehr so recht wissen, was richtig und was falsch ist"*, erklärte Prof. Jörg-Dietrich-Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer 2005 zu der Entwicklung in einem Gespräch mit der Frankfurter Rundschau (FR Nr. 43 v. 21.2.2005, S. 4).

[181] Eines der Beispiele für gelingende Kooperation ist der auf die Verminderung von Gesundheitsungleichheit gerichtete Kooperationsverbund mit seiner Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

häufiger geröntgt wird als in den Niederlanden, Großbritannien oder den skandinavischen Ländern, ist seit langen Jahren bekannt. Ebenso ist bekannt, dass die im Vergleich ungefähr doppelt so häufigen Röntgenaufnahmen keinen Nutzen für die Patienten stiften, sondern nur Ausweis von Effizienzmängeln des Systems sind. Sie verweisen auf einen nicht zielgerichteten Einsatz finanzieller Mittel. Nach vielen Jahren der Diskussion wäre zu erwarten, dass Sensibilität und Wissen hinsichtlich dieser Fragen zugenommen haben. Dass davon nicht unbedingt auszugehen ist, zeigt eine aktuelle Studie des Instituts für Radiologie der Ruhr-Universität, die im Frühjahr 2007 in der Fachzeitschrift RöFo veröffentlicht wurde. Danach herrscht beim Einsatz von Computertomographen selbst in Kliniken eine große Sorglosigkeit. Von den befragten Klinikärzten schätzten nur 39,5 Prozent der Befragten die Strahlendosis einer konventionellen Röntgenaufnahme des Brustraums mit 0,01 bis 0,1 Milli-Sievert (mSv) richtig ein und nur 33,6 Prozent der Ärzte wussten, dass die Strahlenbelastung einer Computertomographie des Brustraums beim Erwachsenen im Bereich zwischen 1 bis 10 mSv liegt. Bei anderen Anwendungsfeldern (Herz-CT, CT-Untersuchung beim Säugling) waren noch weniger Ärzte in der Lage, die Strahlendosis größenordnungsmäßig richtig zu benennen. Unabhängig von der Fachrichtung unterschätzte das Gros der befragten Ärzte die mit Computertomographieaufnahmen verbundene Strahlenbelastung in erheblichem Umfang. Nicht besser sah es bei den Kenntnissen zum erwartbaren Nutzen einer CT-Aufnahme aus. So bestätigt sich zum Beispiel der Verdacht auf eine Lungenembolie durch gezielte Embolie-CT nur bei 10 bis maximal 30 Prozent aller untersuchten Patienten, über 70 Prozent der Patienten werden umsonst der Strahlung ausgesetzt. Derartige Erkenntnisse gehen in die Abwägung der Ärzte jedoch schon deshalb nicht ein, weil sie den meisten nicht bekannt sind. Der Mangel an Sensibilität für Nutzen und Risiko erklärt, warum nach dem Ergebnis der Studie mit sogar steigender Tendenz „zu viele CT-Untersuchungen angemeldet" werden und „eine gewisse Sorglosigkeit bei den Zuweisern besteht".[182]

Von besonderer Relevanz für Gesundheit als öffentlichem Gut sind die sogenannten Volkskrankheiten, also Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, Atemswegserkrankungen, Adipositas und Typ-II-Diabetes, Rückenleiden, Allergien, bestimmte psychische Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen). Diese chronischen Erkrankungen stellen das Gros der Erkrankungen und verursachen die meisten Kosten. Beispiel Typ-II-Diabetes. Aktuell (2006) leiden in Deutschland 5,7 Millionen entsprechend knapp 8 Prozent der Er-

[182] Zitiert nach „RUB-Studie: Jeder dritte Arzt unterschätzt die Strahlenbelastung im CT", Presssemitteilung Nr. 110 v. 28.3.2007 der Ruhr-Universität Bochum (http://idw-online.de/pages/de/news202135)

wachsenenbevölkerung an dieser häufig vermeidbaren Diabetesform. Mit 2,1-fach erhöhten Kosten gegenüber den durchschnittlichen Ausgaben für GKV-Versicherte. Die beste Form der Prävention wäre es, wenn der Anteil der Erkrankten an der Gesamtbevölkerung wesentlich reduziert werden könnte. Von dieser Primärprävention, die Gesundheitsförderung bereits ab der Krippe erfordert, ist die Sekundärprävention, die sich auf die Vermeidung und Hinauszögerung von Folgeschäden konzentriert, zu unterscheiden. Mögliche Folgeschäden bestehen in krankhaften Ablagerungen und den dadurch bedingten Schäden an Gefäßen und Nerven (Neuropathie). Empfindungsstörungen, verminderte Schweiß- und Talgbildung wie Wundheilungsstörungen, - insbesondere im Bereich der Füße, gehören ebenfalls zu den Spätfolgen. Der diabetische Fuß ist dabei eine der schwersten Folgeerkrankungen. Durch Prophylaxe, frühzeitige Diagnostik und geeignete Maßnahmen ließen sich schätzungsweise 60-80 Prozent der jährlich ca. 13.000 Amputationen bei Diabetikern in Deutschland vermeiden. Ein ganz erheblicher Anteil der Kosten der Behandlung von Diabetes resultiert aus den Folgeschäden wie Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Nephropathie, diabetischer Fuß, Augen- und Nervenerkrankungen. Diabetes als isolierte Krankheit zu betrachten, wird diesen Zusammenhängen nicht gerecht. Standard des medizinischen Wissens ist es, dass Diabetes fast immer einhergeht mit Bluthochdruck (Hypertonie), Übergewicht und Fettstoffwechselstörungen (Triglyzeridämie; Hypercholesterolämie). In den skandinavischen Ländern hat diese Erkenntnis im Praxisalltag zur flächendeckenden Anwendung integrierter Behandlungskonzepte geführt. Dies im Einklang mit den Leitlinien der europäischen Diabetesgesellschaft (EASD) und der europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC), die auf der Erkenntnis basieren, dass Diabetes und koronare Herzerkrankung die gleichen Risikofaktoren verbinden.[183]. Zu den niedergelassenen deutschen Ärzten sind diese Erkenntnisse erst vereinzelt durchgedrungen. Viele glauben, für eine wirksame Sekundär-Prävention reiche es aus, eine optimale Blutzuckereinstellung vornehmen. Die „Diabetes in Germany Study" (DIG-Studie), über deren Ergebnisse im Frühjahr 2007 berichtet wurde,[184] ergab niederschmetternde Befunde. Angelegt als prospektive Studie zu Morbidität, Therapie und Qualität der Therapie von Typ-2-Diabetikern in Deutschland startete die Untersuchung Ende 2002 deutschlandweit mit 4.020 Typ-2-Diabetikern (35 bis 80 J.) aus 238 überwiegend

---

[183] Mit den Praxisleitlinien "Metabolisch-Vaskuläres Syndrom" und "Fettstoffwechselstörungen" wurde dies aufgegriffen, ist im Bereich der niedergelassenen Ärzte jedoch noch nicht angekommen. Noch im März 2007 existierte in Sachsen lediglich eine Papierversion, die unter Tel. 0351-3177222 bestellt werden konnte.

[184] Zitiert nach: http://www.gesundheit-sachsen.de/index.php?ActivPage=65&textid=5150 (Zugriff am 24.3.2007)

hausärztlich tätigen Praxen. Ergebnis: Obwohl nur bei 2,4 Prozent der Studienpopulation Diabetes als Einzelerkrankung vorlag, 91,3 Prozent der Patienten dagegen zusätzlich an überhöhtem Blutdruck litten und mehr als ein Viertel der Patienten das Profil der vier gleichzeitig auftretenden Erkrankungen Diabetes, Bluthochdruck, Triglyzeridämie und Übergewicht zeigte, wurde ein erschreckend hoher Anteil der Patienten einseitig behandelt. 22 Prozent der Hypertoniker blieben untertherapiert, bei der Dyslipidämie waren es gar 54 Prozent und bei der Hypercholesterolämie erschreckende 62 Prozent. Gesamtbefund: Der Anteil optimal behandelter Patienten lag bei deutlich unter 20 Prozent. Wirksame Sekundärprävention findet damit in Deutschland bislang nicht statt. Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft sieht die Ursache in einem „glukozentrischen Weltbild". Dies greift zu kurz. Übersehen werden die systemisch bedingten Verzögerungseffekte im Wissenstransfer.

Zwei Faktoren wirken zusammen**:**

(1) *Ein System mit nicht integrierten Strukturen (freiberuflich tätige niedergelassene Ärzte, die auf ihre Therapiefreiheit pochen und eine enge Standespolitik praktizieren; doppelte Facharztschiene; gesetzliche und private Vollversicherungen; Vielzahl von Krankenversicherungen; nur rudimentäre Ansätze in Richtung geschlossener Versorgungsketten usw.) wie das deutsche benötigt grundsätzlich sehr viel länger, ehe neue Erkenntnisse in die Systemverästelungen vordringen als Systeme, die wie die skandinavischen weit stärker integriert sind und übergreifend gesteuert werden (können)*. Bestätigung findet diese Einschätzung dadurch, dass es vielfach ähnliche Befunde wie bei Diabetes auch bei anderen Krankheitsbildern, wo disziplinübergreifende Kooperation Voraussetzung für angemessene Behandlungsstrategien ist, gibt. So zählt z.B. in den westeuropäischen Industrieländern Harninkontinenz zu den häufigsten Erkrankungen bei Frauen. Gleichwohl mangelt es an einer adäquaten Versorgung.[185] Deutschland bildet keine Ausnahme. Obwohl bereits mit einfachen Maßnahmen wie einem physiotherapeutisch angeleiteten Beckenbodentraining durchgreifende Behandlungserfolge bis zur Beschwerdefreiheit erreicht werden können, wird diese Behandlungssmethode nur selten eingesetzt. Während über zwei Drittel aller von Harninkontinenz betroffenen Frauen in Finnland ein Beckenbodentraining gegen

---

[185] So die Ergebnisse von Prospective Urinary incontinence Research. Die europäische Beobachtungsstudie befragte in 14 Ländern fast 10.000 Frauen mit Harninkontinenz nach ihrer derzeitigen Versorgungssituation. Zitiert nach Pressemitteilung „*Mauerblümchendasein der Inkontinezтherapie. Europäische Vergleichsdaten zeigen deutsche Schwächen bei der Behandlung der weiblichen Harninkontinenz*" von LILLY, Bad Homburg / Ingelheim, 18. Dezember 2006: http://www.lilly-pharma.de/Europaeische-Vergleichsdaten-zeigen-deutsche-Schwaechen.3393.0.html (Zugriff am 15.2.2007)

ihre Erkrankung durchführen, womit Finnland einen Spitzenplatz einnimmt, sind es in Deutschland nur 27,4 Prozent. Wenig tröstlich ist dabei, dass es in den südeuropäischen Ländern mit Werten unter 15 Prozent noch trüber aussieht. Der für Deutschland festgestellte große Nachholbedarf ist nur vordergründig mit einem verengten Weltbild der von den Frauen konsultierten Fachärzte zu erklären. Das Problem geht tiefer. Erneut sind wir verweisen auf die deutsche Krankheitskultur und die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems. Physiotherapeuten praktizieren primär aufgrund von orthopädischen Verordnungen entweder in selbständigen Praxen oder in der Angliederung an orthopädische Praxen. Die Verknüpfung zu einem Beschwerdebild, das bei einem Allgemeinmediziner oder Urologen aufläuft, ist da schwer herzustellen. Wo dagegen wie in Finnland Allgemeinmediziner und Physiotherapeuten in den kommunalen Gesundheitszentren Tür an Tür arbeiten, ist die Chance auf schnelle Umsetzung neuer Forschungsergebnisse höher als im deutschen System der Separierung von medizinischen Fachdisziplinen mit Unterordnungsverhältnissen der nicht-ärztlichen Therapieberufe.

(2) *Das deutsche System wertschätzt nicht den medizinischen Generalisten, sondern den Spezialisten. Wenn Krankheiten, die in verschiedene Fachdisziplinen fallen, gemeinsame Wurzeln haben und nach einer fachdisziplinübergreifenden Behandlung verlangen, liegt dieses Erfordernis quer zur Kultur und zur Strukturierung des deutschen Gesundheitssystems*. Die Facharztzentrierung und die dazu gehörende Standespolitik schlägt sich nämlich auch darin nieder, dass jede Facharztgruppe medizinischen Austausch weitgehend nur über eigene Fachgesellschaften pflegt. Schon die medizinisch übergreifenden Fragen geraten hier selten in den Blick und finden deshalb auch keine übergreifenden Antworten. Von Vernetzungen mit anderen Systemem wie dem Bildungssystem ganz zu schweigen. Innovative Ansätze, die quer zum fachlichen Blick liegen, stehen vor erheblichen Hürden. Auch dort, wo sie andernorts bereits erprobt sind, kommen sie im deutschen System häufig nur dadurch an, dass dem bereits zersplitterten System ein neuer Splitter hinzugefügt wird. Hier sind die Skandinavier eindeutig im Vorteil. Aufgrund der integrierten Strukturen dürfte es – genaue Erkenntnisse liegen der Verfasserin nicht vor – insbesondere in Finnland und Schweden, mit gewissen Abstrichen jedoch auch in Norwegen und Dänemark besser als in Deutschland gelingen, innovative neue Ansätze innerhalb der Strukturen auf den Weg zu bringen und ohne große Reibungsverluste umzusetzen. Grundlage sind jeweils nationale Strategiepläne. In Norwegen umfassen sie alle Aspekte von der Primärprävention über die Sekundärprävention bis zur Rehabilitation und wenden sich gleicher-

maßen an die Akteure in den kommunalen Gesundheitszentren, die niedergelassenen Hausärzte wie an die stationären Einrichtungen und den Forschungs- und Weiterbildungssektor. Zwar wird auch in Norwegen über ein Defizit an Abstimmung geklagt, dieses ist aber weit geringer ausgeprägt als in Deutschland. Bezogen auf Diabetes (Typ I und Typ II) wird als Standard (NMHC 2006: National Diabetes Strategy 2006 – 2010) an der Etablierung von multidisziplinär zusammengesetzten Diabetesteams gearbeitet, die sicherstellen, dass die je aktuellen evidenzbasierten Leitlinien zur Anwendung kommen. Nachdem in der fachärztlichen Versorgung bereits Teams aus Ärzten und „Nurses" bestehen, soll dies nun erweitert werden. „*Some teams also have clinical nutritionists, physiotherapists, psychologists and podiatrists attaches to them. Some also have regular contract with an ophthalmologist"* wird festgestellt und als nächsten Schritt die Etablierung von Stützpunkten in den kommunalen Gesundheitszentren in den Blick genommen (Minister of Health and Care services 2006: 25). Würde in Deutschland der öffentliche Gesundheitsdienst einer Großstadt ein multidisziplinär zusammengesetzes Team einrichten wollen, um auch nur für die Gruppe der sozial Benachteiligten, die durch die Präventionsangebote der Regelversorgung kaum erreicht werden, einen innovativen Beratungs- und Versorgungsansatz auf die Beine zu stellen, wäre dies chancenlos. Selbst ein Pilotprojekt käme aufgrund massiver Interventionen aus dem Bereich der niedergelassenen Fachärzte kaum zustande, es sei denn der Gesetzgeber sähe eine solche Erweiterung des Handlungsspektrums des öffentlichen Gesundheitsdienstes explizit vor, was nach dem Kenntnisstand der Verfasserin in keinem einzigen Bundesland der Fall ist. Andererseits, wie sollen sich in einer ambulanten Versorgungslandschaft, wo die Berufsgruppen, die multidisziplinäre Teams bilden müssten, je für sich in ihren Praxen ihrer auch räumlich getrennten fachlich verengten Tätigkeit nachgehen, derartig neue Ansätze umsetzen lassen?

Nun liegt die Eindämmung der großen Zivilisationskrankheiten im volkswirtschaftlichen Interesse. Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht weniger gefordert wie die skandinavischen. Dort, wo sich chronische Erkrankungen manifestiert haben, reicht es nicht, wenn im Rahmen von Insellösungen da und dort die Kooperationen zustande kommen, die andernorts an standespolitischen Eitelkeiten und anderen Hemmnissen scheitern. Notwendig sind auf Dauer angelegte verlässliche Strukturen. Es hängst an der Realisierung einer auf viele Jahre angelegten qualitätsgesicherten, multidisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlung nach dem jeweils neuesten Stand des medizinischen Wissens ob Patienten trotz Krankheit eine zufriedenstellende Lebensqualität erreichen und das Voranschreiten der Erkrankung abgebremst sowie Spätfolgen vermieden oder zeitlich hi-

nausgeschoben werden können. Bei nicht optimaler Behandlung droht dagegen eine rasche Verschlimmerung und die Eintrittswahrscheinlichkeit für gefährliche Spätschäden (bei Diabetes Verlust von Gliedmaßen, Erblindung usw.) kann sich stark erhöhen. Hochintegrierte öffentliche Gesundheitssysteme haben im Umgang mit den sich ausbreitenden chronischen Krankheiten einen deutlichen Vorteil. Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Bereichen ist Systemmerkmal und muss nicht mühsam hergestellt werden. Auch steht dem Transfer neuen Wissens nicht eine atomistische Struktur von Leistungserbringern gegenüber, die sich neuen Erkenntnissen nicht selten verweigern. Wo Therapiefreiheit gilt und Evaluationen nicht stattfinden, gibt es keine wirksamen Sanktionen für die Ärzte, die nicht auf der Höhe der Zeit sind.

3.2.6 Das schwedische Problem hoher Fehlzeiten

Bei den gesetzlich Versicherten ging der Krankenstand bis Mitte der 90er Jahre geringfügig und dann stark zurück. Gab es 1995 in Gesamtdeutschland noch eine Fehlzeitenquote von 5,1 Prozent, lag diese im Jahr 2005 nur noch bei 3,3 Prozent (Kocyba/Voswinkel 2007: 131). Ein Faktor bei dieser Entwicklung ist vermutlich die stark gestiegene Arbeitslosigkeit. Sie trifft Menschen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko eher als andere. In dem Maße wie der Krankenstand der Beschäftigten sank, erhöhte er sich folgerichtig bei den Arbeitslosen.[186] Aus der Perspektive der Krankenkassen macht es daher Sinn, die Krankenstände von Erwerbstätigen und Arbeitslosen zusammen zu sehen. Aus der Perspektive von Arbeitgebern dagegen nicht. Auch in skandinavischen Ländern kann mit Schwankungen ein Rückgang bei krankheitsbedingten Fehlzeiten beobachtet werden. So waren Erwerbstätige in Norwegen im Jahr 2002 durchschnittlich 7,7 volle Tage krankheitsbedingt abwesend, 2005 waren es insgesamt noch 6,7, bei der Zentralregierung aber nur noch etwas über 5 volle Tage. Auffällig an der norwegischen Entwicklung ist eine nach Branchen nicht sehr große Spannweite; eine gewisse Ausnahme macht der Gesundheits- und Sozialsektor.[187]

---

[186] Psychische Probleme spielen dabei eine große Rolle. Im Vergleich zu Arbeitnehmern sind Arbeitslose laut BKK wegen psychischer Probleme 3,6 Mal so lange krank.(Ftd.de, 22.12.2006)

[187] Im Gesundheits- und Sozialbereich weisen die Beschäftigten die höchsten Krankheitstage von im Jahr 2005 im Durchschnitt 9,1 vollen Tagen auf. Dies ist stark beeinflusst durch den dort hohen Frauenanteil. Allerdings sank bei den weiblichen Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialsektors die Zahl der Krankheitstage seit 2002 von 11 auf 9,7 Tage deutlich überdurchschnittlich. Im Bildungsbereich wiederum sind die Krankheitszahlen unterdurchschnittlich. Quelle: Sickness absence statistics, Statistics Norway: http://www.ssb.no/sykefratot_en/ (Table 222 - Sickness absence man-days for employees in per cent of scheduled man-days, by sex and industry. Yearly average)

Schweden stellt sich völlig anders dar. Einmal verglichen mit Norwegen, dann aber auch verglichen mit Deutschland. Während sich in Deutschland die Fehlzeiten auf einem historischen Tiefstand bewegen, werden in Schweden hohe Fehlzeiten beklagt. Bei Darstellungen des schwedischen Gesundheitssystems wird dies gerne als eine der Schattenseiten betrachtet; das System begünstige häufige Krankmeldungen.[188] Die Fehlzeiten stiegen in den 90er Jahren parallel zur wirtschaftlichen Erholung mit Schwerpunkt im öffentlichen Sektor. Da dieser rd. ein Drittel der ArbeitnehmerInnen beschäftigt, schlagen die dortigen Entwicklungen deutlich auf die Gesamtwirtschaft durch. 2001 lagen die Fehlzeiten im öffentlichen Sektor bei 7 Prozent verglichen mit 4,5 Prozent im Privatsektor. Die Diskrepanz erklärt sich zu einem großen Teil über die unterschiedliche Alterstruktur und die Geschlechterverteilung. In Schweden liegt die Beschäftigtenquote der über 55-Jährigen wesentlich höher als in Deutschland und der öffentliche Sektor hat daran seinen Anteil, denn im öffentlichen Sektor ist das Durchschnittsalter der Beschäftigten höher als im Privatsektor. Ältere jedoch haben sektorunabhängig höhere Fehlzeiten. Auch die höhere Beschäftigungsquote von Frauen und ihre Dominanz im öffentlichen Sektor wirkt Fehlzeiten erhöhend, da Frauen während des erwerbsfähigen Alters sowohl in Deutschland wie in Schweden häufiger krank sind als Männer. Sie haben ein anderes Körperbewusstsein und nehmen eher eine Auszeit. Dafür leben sie dann länger. Dritter Erklärungsfaktor sind hohe Fehlzeiten bei psychisch belastenden Dienstleistungsberufen. Eine bei 160 Kommunen durchgeführte Studie ergab bei Lehrkräften im Vorschulbereich (Preschool-Supervisors und Preschool-Childminders) Ausfälle durch Krankheit, die rd. ein Viertel höher lagen als im Durchschnitt. Dies betraf aber nicht das Lehrpersonal von Gemeinschaftsschulen und das Schulmanagementpersonal. Dort waren die Fehlzeiten weit unterdurchschnittlich. (Regeringskansliet 2003: 77). Schließlich kommt noch ein statistischer Faktor dazu. Frühverrentungen werden in Schweden nicht dauerhaft, sondern für einige wenige Jahre ausgesprochen. Dann erfolgt eine neue Überprüfung. Während dieser Zeit, wird die noch erwerbsfähige Person als „krank" geführt.

Wie die niedrigen deutschen Fehlzeiten im Detail zu erklären sind, ist strittig. Auch die Beurteilung ist weniger eindeutig als es zunächst scheint. Schließlich gibt es sehr große

---

[188] So Robert von Lucius im Juni 2006 in der FAZ-Serie „Gesundheitssysteme im Ausland" in dem Beitrag „Kranksein lohnt sich in Schweden" (FAZ Nr. 148 v. 29.6.2006, S. 12). Angeblich sind „prozentual dreimal so viele Schweden krank geschrieben wie Deutsche" und die Haupterklärung von Lucius lautet: In einer Gesellschaft, wo sich die Mehrheit seit Jahrzehnten an staatliche Fürsorge gewöhnt habe und Kranke vom Staat bis zu 600 Tage lang Krankengeld erhalten, lohne es sich eben, krank zu sein.

Unterschiede zwischen den Berufsgruppen.[189] Kocyba/Voswinkel 2007 diskutieren verschiedene Deutungsmuster. Ihre Sorge geht dahin, dass in Deutschland der Druck auf Beschäftigte so zugenommen hat, dass diese sich für auftretende Krankheiten keine Zeit des Auskurierens mehr nehmen. Die niedrigen Fehlzeiten wären dann nicht nur und nicht unbedingt Ergebnis wirtschaftsstruktureller Veränderungen und Ergebnis besserer Prävention, sondern in einem gewissen Umfang auch Ausdruck von Krankheitsverleugnung. Krankheitssymptome rechtzeitig wahrzunehmen und eventuell eine Auszeit zu nehmen, kann der Gesundheit aber langfristig von Nutzen sein, während die Krankheitsleugnung ein Gesundheitsrisiko darstellt, irgendwann also ihren Tribut fordert. So betrachtet, könnten auch die schwedischen Zahlen zwei Seiten haben. Vielleicht kommt in Schweden beides zusammen: etwas mehr Flucht in die Krankheit und gleichzeitig weniger Krankheitsverleugnung. Klarheit dazu wird es, wenn überhaupt, erst mittelfristig geben. Da wird sich zeigen, welche Entwicklung das Krankheitsgeschehen in einerseits Deutschland und andererseits Schweden nimmt und wie sich vor diesem Hintergrund die heutigen Unterschiede bei den Fehlzeiten interpretieren lassen. Einiges spricht dafür, dass die Zusammenhänge komplizierter sind.

3.3 Bildungs- und Gesundheitswohlstand von Kindern

Im Februar 2007 erschien die erste Studie der Unicef zum Kindeswohl in 21 reichen Ländern. Deutschland belegte einen mittleren 11. Platz. Die fünf Spitzenplätze nehmen die Niederlande, Schweden, Dänemark, Finnland und Spanien ein; Schlusslichter sind die USA und Großbritannien. Auch Österreich landet weit abgeschlagen auf Platz 18. Die Studie untersuchte 6 Dimensionen. Neben der materiellen Lage, die lange im Mittelpunkt derartiger Vergleiche stand, wurden Gesundheit und Sicherheit, Bildung, die Beziehungen zu Eltern und Freunden, die Risiken im Alltag und das subjektive Wohlbefinden von Kindern betrachtet. Diese Blickerweiterung ist geprägt von der Einsicht, dass die individuellen Chancen von Kindern, sich in ihrer Lebensumwelt entsprechend ihren Talenten und Potentialen entwickeln zu können und Vertrauen aufzubauen zu den Erwachsenen der eige-

---

[189] Zu den Berufsgruppen mit relativ hohen krankheitsbedingten Ausfällen zählen in Deutschland Lehrer. Ursache sind besondere psychische und psychosoziale Belastungen. Als Folge der arbeitsbedingten Beanspruchungen lasse sich bei einem Drittel aller Lehrer Erholungsunfähigkeit diagnostizieren und bereits bei jüngeren Lehrern treten Burnout-Symptome auf, ergab eine im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) erstellte Studie. Zitiert nach der Pressemitteilung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Jörg Feldmann, Pressestelle) vom 9. März 2007: http://idw-online.de/pages/de/news199658)

nen Familie, aber auch zu den Erwachsenen, mit denen sie im Kindergarten, in Schule und Gemeinde zusammenleben, gleichzeitig über die individuelle Zukunft dieser Kinder wie über die Zukunft der Gesellschaft, in der sie aufwachsen, entscheidet.

Wie immer bei Vergleichsstudien stellen sich Fragen hinsichtlich der Indikatorenwahl. Während es vergleichsweise geringe Schwierigkeiten gibt, harte Indikatoren wie Säuglingssterblichkeit, Gewicht der Kinder bei der Geburt, riskante Lebensstile (Rauchen, Alkohol, wenig Bewegung) zu interpretieren, sind Selbsteinschätzungen zur Erwartung, eine qualifizierte Arbeit zu finden oder zum allgemeinen Wohlbefinden immer auch kulturell aufgeladen. Die Daten beziehen sich, was sich bei solchen Studien gar nicht vermeiden lässt, auf unterschiedliche Zeitpunkte und sind unterschiedlich aktuell.[190] Nicht immer ist es möglich die Indikatoren zu bilden, auf die es unter dem Gesichtspunkt „Kindeswohl" ankommt, weil die Datenlage dies nicht zulässt. Eine Politik, die dem „Kindeswohl" einen hohen Stellenwert einräumt, spiegelt sich in einer guten Datenlage. Umgekehrt ist eine unbefriedigende Datenlage ein Indikator dafür, dass nicht vom Kindeswohl aus gedacht wird. Diese methodischen Fragen sollen nicht verteift werden. Hier geht es nur um die Ergebnisse mit dem besonderen Focus auf den 3 Dimensionen" „Bildung" „Gesundheit" und „Gesundheits-/Risikoverhalten". Dass Gesundheit über zwei Dimensionen abgebildet wird, verweist auf eine relativ gute Fundierung. Eingeflossen sind 16 Indikatoren. Die Dimension Bildung ist mit nur 6 Indikatoren schwächer fundiert, die Aussagekraft entsprechend begrenzt. Die Unicef-Studie liefert folgende Ergebnisse (vgl. Abbildung 22 und Abbildung 23):

1. Deutschland findet sich auf allen Dimensionen im Mittelfeld. Teilweise ist es etwas schlechter als der Durchschnitt, teilweise leicht besser. Bei der materiellen Lage (Armut, kein erwerbstätiges Elternteil usw.) stellen sich deutsche Kinder schlechter als der Durchschnitt. Hier belegen die skandinavischen Länder die Spitzenplätze. Es gelingt dort, Kinderarmut in der materiellen Dimension weitgehend zu vermeiden. Bei den 3 hier interessierenden Dimensionen ist die deutsche Performanz auf den Gesundheitsindikatoren unterdurchschnittlich, während Bildung mit leicht überdurchschnittlichen Ergebnissen noch die beste Bewertung findet.
2. Schweden, Dänemark und Finnland belegen hinter den Niederlanden in der Gesamtwertung die Plätze 2 bis 4. Mit Blick auf Bildung und Gesundheit überflügelt Schweden die Niederlande. Bei beiden gesundheitsbezogenen Dimensionen (Gesundheit/Sicherheit und Gesundheitsverhalten/Risikoverhalten) belegt es Platz 1. Finnland rangiert im Mittel der Bildungs- und Gesundheitsindikatoren auf Platz 3, es liegt auf allen 3 Dimensionen im oberen Drittel. Dies schafft Dänemark aufgrund nur durchschnittlicher Werte bei Bildung nicht. Ausgeprägte Schwächen weisen Schweden und Finnland auf der Dimension Familienbeziehungen auf; hier sind die Werte unterdurchschnittlich. Ein wesentlicher Grund dafür sind die Familienstrukturen (hoher Anteil von Kindern, die mit nur einem Elternteil oder in PatchWorkfamilien aufwachsen).

---

[190] Die auf Gesundheit bezogenen Daten stammen überwiegend aus den Jahren 2001/2002/2003 mit den Hauptquellen: OECD Health Data 2005 und WHO-Überblick über das Gesundheitsverhalten von Schulkindern (HBSC – Health Behaviour in School-age Children). Bei Bildung wird rekurriert auf OECD-Daten (PISA-Befunde und Education at a Glance Report 2005).

3. Von den beiden anderen skandinavischen Ländern schneidet Norwegen am schwächsten ab, schafft es in der Gesamtwertung aufgrund ausgewogener Einzelergebnisse (durchgängig besser als der Durchschnitt) ins obere Drittel. Island konnte in der Gesamtwertung wegen unvollständiger Datenlage nicht berücksichtigt werden. Bei den Dimensionen Bildung, Gesundheit schneidet es unterschiedlich ab. Bei Gesundheit/Sicherheit belegt es einen Spitzenplatz hinter Schweden; bei Bildung rangiert es im Mittelfeld.

Der internationale Vergleich von UNICEF wurde auf deutscher Seite ergänzt durch eine deutsche Teilstudie mit Betrachtung auch der Ebene der Bundesländer (Bertram 2006). Die deutsche Vertiefungsstudie liefert Hinweise auf eine stark divergierende Entwicklung im deutschen Föderalsystem. Insgesamt erscheint die Lage von Kindern in den westlichen Bundesländern besser als im Osten und im Süden besser als im Norden. Allerdings weist die Datenlage große Lücken auf; ein Vergleich der Bundesländer über alle sechs Dimensionen war daher gar nicht möglich. Hans Bertram, Professor für Mikrosoziologie an der Humboldt Universität zu Berlin, sieht eine Fortwirkung von Denkmustern des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Die Realität von Kindern im 21. Jahrhundert und die Herausforderungen einer wissensbasierten Gesellschaft würden nur unzureichend zur Kenntnis genommen. Idealisiert und zur Blaupause für das Gute und Richtige erklärt werde dagegen die eigenen Mittelschicht-Kindheitserfahrungen (Bertram 2006: 8ff.). Es sei fraglich, so Bertram, ob die rückständigen Bundesländer aus eigener Kraft in der Lage sind, die Lebensbedingungen für Kinder so zu verbessern, dass Mädchen und Jungen unabhängig von ihrer zufälligen Geburt in diesem oder jenem Bundesland auch nur halbwegs gleiche Entwicklungschancen haben.

Die Unicef-Studie betrachtet unter „Gesundheit und Sicherheit" (vgl. die Erläuterung unter Abbildung 22) vor allem harte Indikatoren. Wenn wir uns vertiefend den aktuellen Entwicklungstendenzen bei der Kindergesundheit zuwenden, gilt es jedoch festzuhalten, dass die Herausforderungen im 21. Jahrhundert andere sind als im zurückliegenden 20. Jahrhundert. Das zurückliegende Jahrhundert war geprägt durch einen historisch beispiellosen Rückgang der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit. Dies ist, da weitgehend realisiert (vgl. Tabelle 3) in den westlichen Industrienationen als gesundheitspolitisches Anliegen eher in den Hintergrund getreten. Im Sinne von „*add life to years*" geht es heute weniger um eine weitere Steigerung der Lebenserwartung, sondern um das körperliche, seelische und soziale Wohlsein als gesundheitspolitischer Zukunftsaufgabe. Vielfach ist die moderne Medizin in der Lage, Menschen mit schwersten chronischen Erkrankungen, die daran früher gestorben wären, über Jahre quasi künstlich am Leben zu halten. Die Verlängerung von Leben um jeden Preis kann aber kein sinnvolles gesundheitspolitisches Ziel sein. Nicht nur wegen der enormen Kosten, sondern auch weil Lebensjahre kein Wert an sich sind. Es geht immer auch um Lebensqualität.

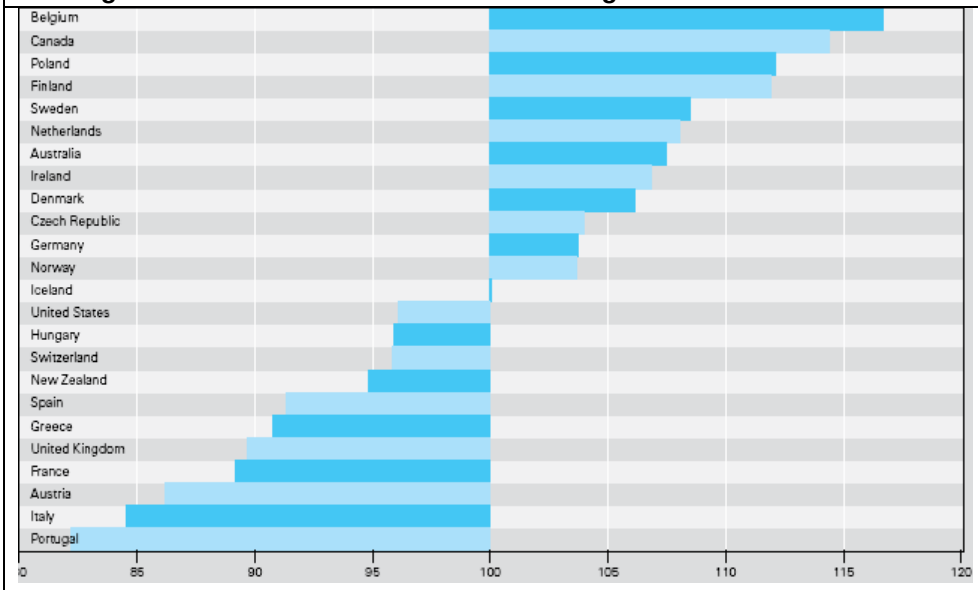
Abbildung 22: Unicef 2007 – Kinderwohlstand insgesamt und Bildung

Gesamtergebnis: Kinderwohlstand im OECD-Vergleich

		Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5	Dimension 6
Dimensions of child well-being	Average ranking position (for all 6 dimensions)	Material well-being	Health and safety	Educational well-being	Family and peer relationships	Behaviours and risks	Subjective well-being
Netherlands	4.2	10	2	6	3	3	1
Sweden	5.0	1	1	5	15	1	7
Denmark	7.2	4	4	8	9	6	12
Finland	7.5	3	3	4	17	7	11
Spain	8.0	12	6	15	8	5	2
Switzerland	8.3	5	9	14	4	12	6
Norway	8.7	2	8	11	10	13	8
Italy	10.0	14	5	20	1	10	10
Ireland	10.2	19	19	7	7	4	5
Belgium	10.7	7	16	1	5	19	16
Germany	11.2	13	11	10	13	11	9
Canada	11.8	6	13	2	18	17	15
Greece	11.8	15	18	16	11	8	3
Poland	12.3	21	15	3	14	2	19
Czech Republic	12.5	11	10	9	19	9	17
France	13.0	9	7	18	12	14	18
Portugal	13.7	16	14	21	2	15	14
Austria	13.8	8	20	19	16	16	4
Hungary	14.5	20	17	13	6	18	13
United States	18.0	17	21	12	20	20	–
United Kingdom	18.2	18	12	17	21	21	20

OECD countries with insufficient data to be included in the overview: Australia, Iceland, Japan, Luxembourg, Mexico, New Zealand, the Slovak Republic, South Korea, Turkey.

Bildungswohlstand von Kindern im OECD-Vergleich

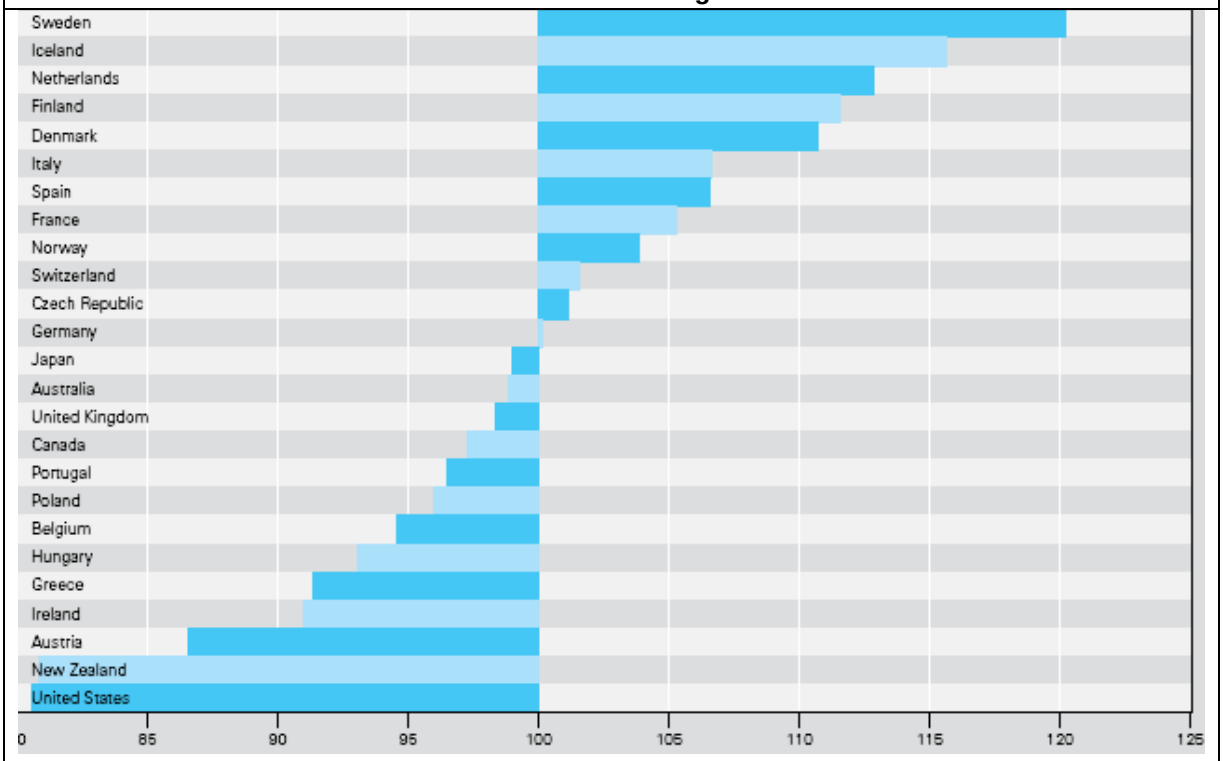


Erläuterung:
Bildungsindikatoren waren: durchschnittliche PISA-Punktwerte (Lesekompetenz, mathematische Kompetenz und naturwissenschaftliche Kompetenz) sowie zwei Indikatoren, die den Übergang aus dem Bildungs- ins Beschäftigungssystem beschreiben sollen (u.a. Verbleib im Bildungssystem und Erwartung, keine qualitativ hochwerte Beschäftigung zu finden). Die Abbildung zeigt bezogen auf den OECD-Durchschnitt die Performanz der einzelnen Länder als Prozentpunktabweichung nach oben und unten.

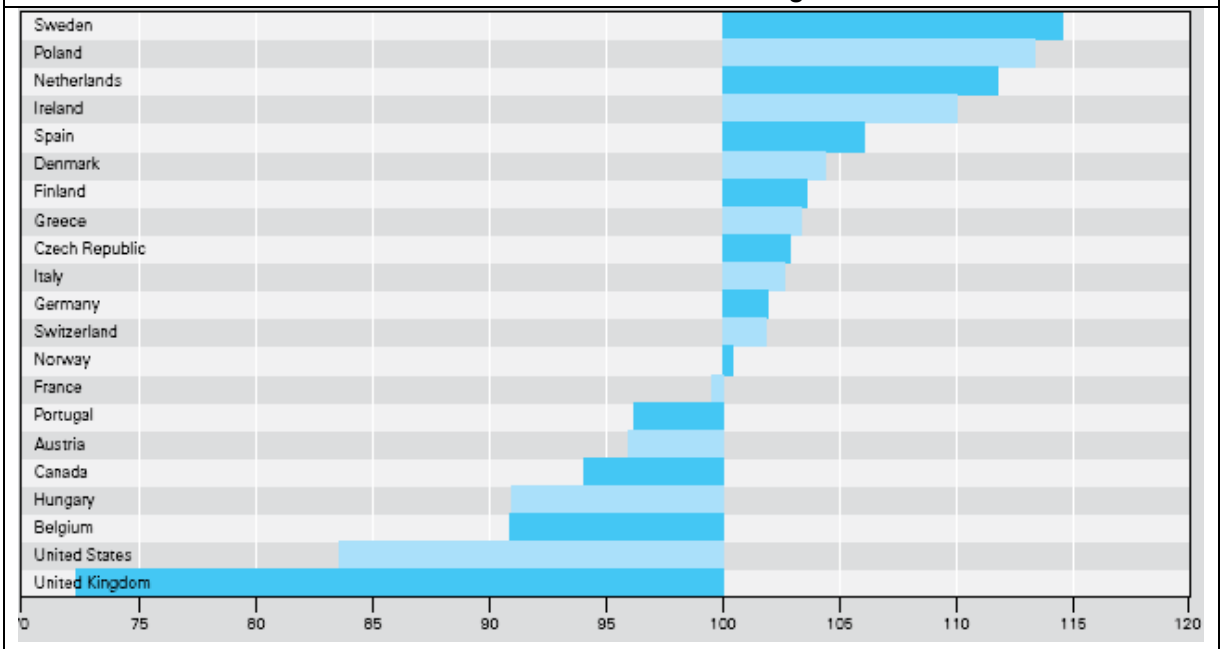
Quelle: UNICEF 2007: Übersichtstabelle (S. 2) und Abbildung 3.0 (S. 19)

Abbildung 23: Gesundheit, Sicherheit und Gesundheitsverhalten

Gesundheit und Sicherheit von Kindern im OECD-Vergleich



Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern im OECD-Vergleich



Erläuterung: Gesundheits-Indikatoren waren Sterblichkeit von Kindern unter 1 Jahr, Impfstatus, Todesfälle von Kindern aufgrund von Unfällen oder Gewaltakten. Bei der Dimension Gesundheitsverhalten fanden Berücksichtigung: Essgewohnheiten, Anteil Übergewichtiger, regelmäßige Bewegung; Drogenkonsum (Zigaretten, Cannabis, Alkohol), Frühschwangerschaften, Verwicklung in Gewalttaten. Die Abbildungen zeigt bezogen auf den OECD-Durchschnitt die Performanz der einzelnen Länder als Prozentpunktabweichung nach oben und unten.

Quelle: UNICEF 2007: Abbildung 2.0 (S. 12) und 5.0 (S. 26)

Für die Beschreibung von früher Sterblichkeit, von Lebenserwartung und Todesursachen ist die amtliche Statistik eine geeignete Quelle. Der Perspektivenwechsel zu Lebensqualität und Frühindikatoren gesundheitlicher Fehlentwicklungen erzeugt einen Bedarf an Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen, der durch die existierenden Daten (Prozessdaten der gesundheitlichen Versorgung und der Vorsorgeprogramme, Routineuntersuchungen von Schülern, Daten aus dem Meldewesen nach dem Infektionsschutzgesetz) nicht abgedeckt wird. Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Institutes (www.kiggs.de) ist eine Antwort darauf. Erste Ergebnisse wurden am 25. September 2006 auf einem öffentlichen Symposium der interessierten vor allem Fachöffentlichkeit vorgestellt (Kurth, B. M 2006 - Tagungsband) und sollen als Doppelheft 5/6 2007 des Bundesgesundheitsblattes publiziert werden. Die Unicef-Befunde zu den gesundheitlichen Risikofaktoren finden darin Bestätigung. KIGGS zeigt: Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder mit Migrationshintergrund sind in ihren Familien den Giften des Passivrauchens überdurchschnittlich häufig und intensiv ausgesetzt, erhalten unzureichende bis schlechte Ernährung und betreiben weniger Sport. Auch erhalten sie zu wenig an Anregungen für den Aufbau gesundheitsfördernder Ressourcen. Als Ergebnis dieser Benachteiligung sind sie überdurchschnittlich häufig zu dick, öfter von Essstörungen betroffen und weisen auch häufiger psychische Auffälligkeiten auf. Als wesentlich kann festgehalten werden:

> Übergewicht und Adipositas haben bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland seit den letzten 10 Jahren stark zugenommen. Insgesamt 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen von 3 – 17 Jahren sind übergewichtig und 6,3 Prozent leiden bereits unter Adipositas. Das entspricht etwa 1,9 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, darunter 800.000 mit Adipositas. Die Prävalenz nimmt im Altersverlauf zu und ist bei Kindern mit niedrigem sozioökonomischen Status fast doppelt so hoch ausgeprägt wie im Durchschnitt. Auch Bewegungsmangel und psychische Auffälligkeiten werden dort häufiger beobachtet. Die Quote der Kinder/Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten liegt bei besorgniserregenden 22 Prozent (Kurth 2006: 1057).

Dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien, ebenso die mit Migrationshintergrund von Übergewicht und Adipositas besonders häufig betroffen sind, fügt sich in den europäischen Kontext. Da der Trend ungebrochen ist, rechnet die WHO damit, dass im Jahr 2010 etwa 20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung und 10 Prozent der Kinder/ Jugendliche in Europa unter Adipositas leiden. Dies nicht ohne Folgen für die Gesundheitssysteme, die einen immer größerer Anteil ihrer Ausgaben für die Behandlung von Krankheiten aufwenden müssen, die aus Fehlernährung und Bewegungsmangel resultieren, damit vermeidbar wären. Allerdings gibt es in Europa ein erhebliches Gefälle. Bei Erwachsenen reicht die Quote der Übergewichtigen von 32 Prozent bis 79 Prozent bei Männern und von 28 Prozent bis 78 Prozent bei Frauen. Deutschland liegt bei Adipositas

im unteren und beim Übergewicht im oberen Mittelfeld (ca. 55 Prozent der Frauen und über 65 Prozent der Männer sind übergewichtig). Interessant für unseren Zusammenhang: Die niedrigste Prävalenz wurde für Norwegen festgestellt.[191] Die höchste Prävalenz für Übergewicht bei Kindern im schulpflichtigen Alter hat dagegen Portugal mit 32 Prozent. Für nicht wenige Länder wird eine dramatische Zunahme registriert. So hat sich in der Schweiz der Anteil übergewichtiger Kinder von 4 Prozent im Jahr 1960 auf 18 Prozent im Jahr 2003 mehr als vervierfacht und in Deutschland seit 1985 verdoppelt.

Unicef 2007, Bertram 2006 und die bislang publizierten Ergebnisse der KIGGS-Studie unterstreichen die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels. Kinder aus armen Familien erhalten in Deutschland weit geringere Ressourcen für die Ausprägung eines gesundheitsbewussten Lebens vermittelt als der Nachwuchs aus höheren sozialen Schichten. Diese Kinder und Jugendlichen sind mit steigendem Alter nicht nur in besonderer Weise gesundheitlich gefährdet. Sie sind auch nicht in der Lage, ihren Lebensstil gesundheitsbewusster auszurichten. In Vertrauen auf ein an Mittelschichtfamilien orientiertes Bild von Familie hat die Gesellschaft diese Kinder nicht wahrgenommen und es versäumt, sie ab dem Kindesalter das lernen zu lassen, was sie für ein selbstbestimmtes Leben benötigen. Um die Ungleichverteilung von Bildungs- und Gesundheitschancen abzubauen, muss am Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen angesetzt werden. Den Bildungs- und Betreuungseinrichtungen kommt dabei eine besondere Bedeutung bei. Wo Kinder in ihren Familien von klein auf falsch ernährt werden und auch hinsichtlich ausreichender Bewegung in der eigenen Familie keine Vorbilder finden, kann nicht erwartet werden, dass sich diese Defizite irgendwann später ausgleichen lassen. Von den skandinavischen Ländern kann hier gelernt werden. So existieren flächendeckende Systeme der Familienfürsorge und der Ausbaustand von Einrichtungen der frühkindlichen Bildung und Erziehung ist vorbildhaft. Dazu gehört, dass Mahlzeiten fester Bestandteil des Programms von Bildungseinrichtungen sind und hinsichtlich ihrer Qualität politisch gesteuert werden. So zitieren Simshäuser, Mraz und Hoffmann (2005: 22) eine Untersuchung aus dem Jahr 2001, die ergab, dass in 46 % der Gemeinden politische Beschlüsse zur Verwendung ökologisch erzeugter Lebensmittel existieren. Die Essensverflegung auf Staatskosten verfolgt also nicht nur das Ziel, den Kindern Erfahrungen von Gemeinschaft zu vermitteln; es geht auch um die Einübung gesunder Ernährung. Dort wo, wie in Stockholm Caterer beauftragt sind,

---

[191] Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung v. 25. Februar 2007, Hintergrundinformationen zum Thema Ernährung und Bewegung. Dies korrespondiert damit, dass die amtliche norwegische Statistik den Gewichtsstatus der Bevölkerung erfasst, wo Kriterium nicht ein BMI von über 30 ist (Kriterium für Adipositas),

existiert ein Essensbeirat aus VertreterInnen von Eltern, SchülerInnen, Schulangestellten, der Schuldirektion und dem Caterer. Wenn der Essensbeirat Änderungsbedarf sieht, ist der Caterer vertraglich verpflichtet, die Vorgaben umzusetzen. Ähnlich sind die Regelungen in Finnland. Die Verantwortung der Schule für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hängt also nicht in der Luft resp. wird einseitig als quasi Zusatzaufgabe bei LehrerInnen abgeladen, sondern ist als der Schule mit obliegende Aufgabe („"school as a setting for health") institutionell verankert.[192] Dies betrifft das kostenlose Schulessen genauso wie die Schulschwestern und andere Fachkräfte, die im Einsatz sind, um Reihenuntersuchungen durchzuführen, bei Auffälligkeiten schnell zu intervenieren, SchülerInnen in der Pubertät zu unterstützen usw.

Auch in Deutschland gibt es ein Bewusstsein für die Verantwortung von Schule für die Gesundheit von Kinder und Jugendlichen. Die Umsetzung gestaltet sich jedoch ungleich schwerer als in den skandinavischen Ländern. Das gegliederte Schulsystem verstärkt Gesundheitsungleichheit; gesundheitliche Risiken kumulieren sich in den unteren Etagen. An Hauptschulen ist es normal zu rauchen. Wer abstinent bleiben will, riskiert, zum Außenseiter zu werden. Umgekehrt an Gymnasien. Zwar ist auch dort unter den 14 – 18-Jährigen die Raucherquote mit 37 Prozent international betrachtet sehr hoch, bei Berufsschülern gleichen Alters liegt sie mit 53 Prozent aber noch viel höher. Die Wahrscheinlichkeit, als Minderjährige schwanger zu werden, ist bei einer Hauptschülerin gar fünf Mal so groß wie bei einer Gymnasiastin. Neben dem familiären Hintergrund ist es auch hier die Schulform mit ihrem Kontext und der Auswahl von SchülerInnen, die in ihr versammelt sind, die als Verstärkungsfaktor von gesundheitlicher Chancenungleichheit wirkt. Dazu kommen die zersplitterten Strukturen und die nur rudimentäre Integration von Politikfeldern. Dass an Schulen Schulschwestern resp. GesundheitspflegerInnen beschäftigt sind, dürfte eine rare Ausnahme sein. Selbst Schulpsychologen stehen deutschen Schulen nur häppchenweise zur Verfügung[193] und Schüler, die zu Hause unzureichend ernährt werden, haben geringe Chancen auf einen Ausgleich in der Schule. Der Aufbau von Ganz-

---

sondern ein BMI von über 27. Erfasst im Sinne eines Frühindikators wird also der übergewichtige Bevölkerungsanteil; dies entlang von Alterskohorten.

[192] Dies mit Bezug zu den nationalen Gesundheitszielen. In Dänemark (Ministry of ….Health 2003: S. 83f.) z. B. soll bis 2010 die professionelle Kompetenz der Gesundheitserziehung an Schulen gestärkt und evaluiert werden.

[193] Nach den Angaben des Bundesverbandes der Psychologen teilen sich bundesweit 16.000 SchülerInnen und ihre LehrerInnen einen Schulpsychologen, während sich die entsprechende Relation in Dänemark und Finnland auf 1:800 beläuft. Angabe nach Pressemitteilung „*Massive Kritik beim Landespsychologentag in Saarbrücken am Niedergang der Schulpsychologie in Deutschland*" Nr. 23/06 v. 20. November 2006. Die Sektion der Schulpsychologen im Bundesverband der Psychologen hält die Einstellung von 2000 zusätzlichen Schulpsychologen für erforderlich. (http://www.bdp-schulpsychologie.de/aktuell/archiv/14_bdppm23.php).

tagsschulangeboten bietet die Chance, hier zu einer nachhaltigen Verbesserung zu kommen. Heute hängt es eher am Engagement Einzelner und den Aktivitäten von Netzwerken.[194] Verlässliche Strukturen der schulischen Gesundheitsförderung von Bayern bis Schleswig-Holstein und vom Saarland bis Mecklenburg-Vorpommern sind nicht in Sicht. Bis auf Weiteres bleibt es daher Glückssache, ob benachteiligte Kinder wegweisende Anbote finden oder nicht. Chancengleichheit sieht anders aus. Zudem, vieles, was in Deutschland an zukunftsgerichteten Ansätzen existiert, ist nicht Standard und nicht über *Quality Grants* [195]abgesichert, sondern hat Projekt-Status. Es wimmelt an Projekten. Projekte aber sind auf Zeit und nicht auf Dauer angelegt. Weder finanziell noch personell bieten sie verlässliche Strukturen.

4. Makroökonomie: Ergebnisse zu Finanzierung und Beschäftigungsrelevanz

4.1 Allgemeines

Um zu erfassen, was das Bildungs- und das Gesundheitssystem für die ökonomische Entwicklung einer Gesellschaft leisten, ist es notwendig, den makroökonomischen Kontext und die makroökonomischen Rückwirkungen auszuleuchten. Dies kann hier nur holzschnittartig erfolgen. Tabelle 5 stellt wichtige Indikatoren zu Demografie, dem Einsatz öffentlicher Ressourcen und der makroökonomischen Performanz zusammen. Da Angaben allein für ein Jahr seriös nur mit Bezug auf längerfristige Trends zu interpretieren sind, werden überwiegend mehrere Zeitpunkte herausgegriffen oder die Durchschnitts-werte über mehrere Jahre angegeben: Folgende Befunde sind herausstechend:

- Bei der demografischen Entwicklung über die letzten 10, 20 Jahre ist der Trend in Richtung einer alternden Gesellschaft, der in Deutschland gerne als für alle hoch entwickelten Gesellschaften gleichermaßen prägend behauptet wird, nicht eindeutig zu belegen. So liegt in Dänemark und Norwegen der Bevölkerungsanteil der bis 14-Jährigen im Jahr 2005 höher als im Jahr 1995. Auf den geringen Anteil von 14,5 Prozent ist die Gruppe der Kinder und Jugendlichen lediglich in Deutschland zurückgegangen. Ein Faktor dabei ist die niedrige Geburtenrate. Diese ist nicht erst in jüngster Zeit eingebrochen, sondern lag schon 1985 in

---

[194] Ein Beispiel für diese lobenswerten Initiativen ist die Lehrertagung "Schule und Lebensqualität - Konzepte für die Praxis", die am 10.03.2007 in Mainz stattfand. Sie wurde unter der Schirmherrschaft des Verbraucherministeriums und des Bildungsministeriums in Rheinland-Pfalz veranstaltet vom Netzwerk Gesunde Ernährung in Kooperation mit der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz mit dem Ziel, LehrerInnen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Schule einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit und damit zur Lebensqualität von Schülern und Lehrern leisten kann.

[195] Qualitätsgarantien spielen in den skandinavischen Ländern bei der Steuerung der Leistungserbringung eine große Rolle.

der alten BRD kaum höher. Es wurde nur nicht zur Kenntnis genommen. Spiegelbildlich zu den jungen Alterskohorten verhält es sich an der Pyramidenspitze. In Deutschland liegt der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen zum 1.1.2005 um 3,2 Prozentpunkte höher als eine Dekade zuvor. In den skandinavischen Vergleichsländern dagegen beträgt der Zuwachs in der Spitze (Finnland) 1,8 Prozentpunkte; in Dänemark und Norwegen ist der Anteil Älterer sogar zurückgegangen. Dabei: In allen Ländern ist die Gruppe sehr alter Menschen (80 Jahre und älter) gewachsen. Einen Spitzenwert von 5,4 Prozent erreicht sie in Schweden, gefolgt von Norwegen mit 4,6 Prozent. Da die durchschnittliche Lebenserwartung beider Länder bereits in den 60er Jahren über der deutschen lag, ist der relativ hohe Anteil der Über-80-Jährigen nicht weiter erstaunlich.

- Die makroökonomische Performanz aller skandinavischen Länder ist deutlich besser als die von Deutschland. Die Wachstumsraten des realen BIP waren schon in der Phase 1996 – 2000 durchweg höher. In der Phase 2001 – 2005, wo die rot-grüne Bundesregierung durch eine massive Steuersenkungspolitik ein Mehr an wirtschaftlicher Dynamik zu entfachen hoffte, trat dieser Effekt genau nicht ein. Der Wachstumsabstand zu den skandinavischen Ländern stieg sogar. In der Phase 1996 – 2000 lag er bei durchschnittlich 1,9 Prozentpunkten und in der Folgephase bei 2,1 Prozentpunkten. Folge war und sind Wohlstandseinbußen. In der Tabelle verdeutlicht dies der Indikator BIP pro Kopf in standardisierten Kaufkrafteinheiten (PPS). Hier hat Deutschland innerhalb des Euro-Raumes überproportional verloren. In den skandinavischen Ländern ist die Kaufkraft des BIP pro EW im Vergleich zum Durchschnitt der 25 EU-Ländern[196] entweder geringer (Dänemark) bis geringfügig (Schweden) zurückgegangen oder weiter gestiegen (Finnland, Norwegen, Island). Dass die positive Entwicklung auch bei den abhängig Beschäftigten ankam, zeigen die kräftigen Reallohnzuwächse im Zeitraum 1995 bis 2004 (Das Plus reicht von knapp 16 Prozent in Dänemark bis über 25 Prozent in Schweden). Die in Deutschland praktizierte Lohnzurückhaltung mit Reallohneinbußen von fast einem Prozent hat sich weder für die Gesamtwirtschaft noch für diejenigen, die um ihre Beschäftigungschancen bangen oder arbeitslos sind, ausgezahlt. Bei der Arbeitslosenquote lag Deutschland 1995 im Mittelfeld. Sowohl in Schweden wie in Finnland war die standardisierte Arbeitslosenquote höher. Zehn Jahre später bildet Deutschland das Schlusslicht. Noch gar nicht berücksichtigt ist dabei die Strukturverschiebung in Richtung unsicherer, prekärer Beschäftigung.
- Die Betrachtung der Sozialproduktkomponenten erlaubt keine eindeutigen Rückschlüsse. Der Anteil des privaten Konsums ist mit Ausnahme von Island, das ausweislich der hohen negativen Exportbilanz in den letzten Jahren über seine Verhältnisse gelebt hat, deutlich geringer als in Deutschland. Staatskonsum und Investitionsquote sind entsprechend höher. In Schweden (2005) liegt der Anteil des Staatskonsums um 8,4 Prozentpunkte höher und der Anteil des Privatkonsums um 10,4 Prozentpunkte niedriger. Dies bei einem relativ höheren Exportüberschuss. In der deutschen Debatte gibt es eine Geringschätzung des Staatskonsums bei gleichzeitiger Betonung der Notwendigkeit, die Investitionsquote wieder zu erhöhen. Für eine Betrachtung, die gegen die Geringschätzung konsumtiver Staatsausgaben das wechselseitige Bedingungsverhältnis von Staatskonsum und öffentlichen Investitionen unterstreicht, liefern die in der Tabelle zusammengestellten Daten Anhaltspunkte. Dort, wo der Staatskonsumanteil 2005 im Niveau gegenüber 1995 nicht oder nur geringfügig abfiel, blieb in der Tendenz auch die öffentliche Investitionsquote hoch. Dieses Muster findet sich bei Dänemark wie auch Finnland und es beschreibt die durchschnittliche Entwicklung im Euroraum (EU12/13). Dort dagegen, wo der Staatskonsum deutlich zurückging (Deutschland und Norwegen), sanken auch die öffentlichen Investitionen und vice versa (vgl. Island).

---

[196] Nach der Osterweiterung der Europäischen Gemeinschaft wurde der Indikator, der sich vorher nur auf 15 EU-Länder bezog, auf nunmehr 25 Länder umgestellt. Eurostat erläutert den Indikator wie folgt: „The volume index of GDP per capita in Purchasing Power Standards (PPS) is expressed in relation to the European Union (EU-25) average set to equal 100. If the index of a country is higher than 100, this country's level of GDP per head is higher than the EU average and vice versa. Basic figures are expressed in PPS, i.e. a common currency that eliminates the differences in price levels between countries allowing meaningful volume comparisons of GDP between countries. Please note that the index, calculated from PPS figures and expressed with respect to EU25 = 100, is intended for cross-country comparisons rather than for temporal comparisons

Nur Schweden passt nicht in das Muster. Bei konstanter Staatskonsumquote sank die Quote öffentlicher Investitionen, bleibt aber mehr als doppelt so hoch wie in Deutschland. Schließlich ist ein Anteil öffentlicher Investitionen von 3 Prozent ein sehr guter Wert, während die Quote von Deutschland (1,3 %) schon seit Jahren auf einen bedenklichen Substanzverzehr hinausläuft.[197]

- Während die Bildungssysteme der skandinavischen Länder bestrebt sind, das durchschnittliche Ausbildungsniveau der Bevölkerung so anzuheben, dass annähernd die Mehrheit ein tertiäres Niveau erreicht und der Anteil derjenigen, die unterhalb des oberen Sekundärniveaus verbleiben (ISCED 1 – 2) minimiert wird, will das deutsche Bildungssystem den Bevölkerungsanteil mit tertiärer Bildung exklusiv halten. Getragen wird die Abwehr allgemeiner Höherqualifizierung bei den einen vom Elitegedanken und bei den anderen von dem Glauben, dass bei allgemeiner Höherqualifizierung die Beschäftigungschancen der niedrig bis mittel Qualifizierten gar nicht besser würden, da dies ja keinen Einfluss habe auf die Anzahl der Arbeitsplätze. Es gibt die Befürchtung, dass dann Schulabsolventen ohne Abitur noch schwerer einen Ausbildungsplatz erhalten als heute, weil bei allgemeiner Höherqualifizierung vermehrt Abiturienten ins Berufsausbildungssystem strömen und dort Bewerber mit niedrigeren Schulabschlüssen verdrängen. Dass die Dynamik der Entwicklung auch zu ganz anderen Ergebnissen führen kann, zeigen die skandinavischen Länder. Wäre die Befürchtung berechtigt, dass die allgemeine Anhebung des Bildungsniveaus diejenigen, die nur einen niedrigen Abschluss erreichen, noch mehr ins Aus manövriert als dies heute schon der Fall ist, müssten wir bei Geringqualifizierten in den skandinavischen Ländern eine besonders niedrige Beschäftigungsquote finden. Die Tabelle zeigt: Dies ist nicht der Fall. Die Erwerbstätigenquote gering Qualifizierter liegt in allen skandinavischen Ländern wesentlich höher als in Deutschland. Im Minimum (Finnland) beträgt die Differenz zu Deutschland 8 Prozentpunkte, im Maximum 36 Prozentpunkte. Mit steigendem Bildungsniveau vermindert sich die Differenz. Auch bei den Höchstqualifizierten erreichen die skandinavischen Länder jedoch bei Männern wie Frauen noch etwas höhere Beschäftigungsquoten. Insgesamt: Die Ungleichheit der Beschäftigungschancen in Abhängigkeit vom Bildungsniveau ist in den skandinavischen Ländern insgesamt und auch bei Frauen geringer als in Deutschland. Im Mittel der skandinavischen Ländergruppe betrug der Differenz 2003 21 Prozentpunkte gegenüber 33 in Deutschland. Bei Frauen ist sie höher (Deutschland: 35 Prozentpunkte; Durchschnitt der skandinavischen Länder: 25,4 Prozentpunkte).
- In den finanzpolitischen Kennzahlen (Abschnitt C der Tabelle) spiegelt sich der in Deutschland verfolgte Staatsrückzug. Von einer nachhaltigen, auf Dauer tragfähigen Finanzpolitik kann mit Blick auf die in der zurückliegenden Dekade stark gestiegene Staatsschuldenquote (Bruttostaatsverschuldung) keine Rede sein. Die skandinavischen Länder haben gegenläufig zum deutschen Versuch, die Staatsfinanzen einseitig über Vermögensveräußerungen und Ausgabenkürzungen ins Lot zu bringen, eine Strategie zeitweiser Erhöhung der Staatseinnahmenquote (in Finnland, Island, Norwegen und Schweden lag die Staatseinnahmenquote im Jahr 2000 höher als 1995) verfolgt. Die dabei erwirtschafteten Budgetüberschüsse wurden zum Schuldenabbau verwandt. Mit beeindruckendem Erfolg: Die Staatsschuldquote liegt heute weit unter dem Maastricht-Kriterium von 60 Prozent; in Dänemark gelang die Halbierung von 73,2 auf 35,9 Prozent. Die Staatsquote liegt mit Ausnahme von Island, das seine Staatseinnahmen und Staatsausgaben gegenüber 1995 deutlich ausgeweitet hat, unter dem Niveau der Krisenjahre Mitte der 90er Jahre. Dies jedoch bei relativer Konstanz der Quoten von Staatskonsum und öffentlicher Investitionen. D. h., die Staatsquote im engeren Sinne wird auf hohem Niveau relativ stabil gehalten.

---

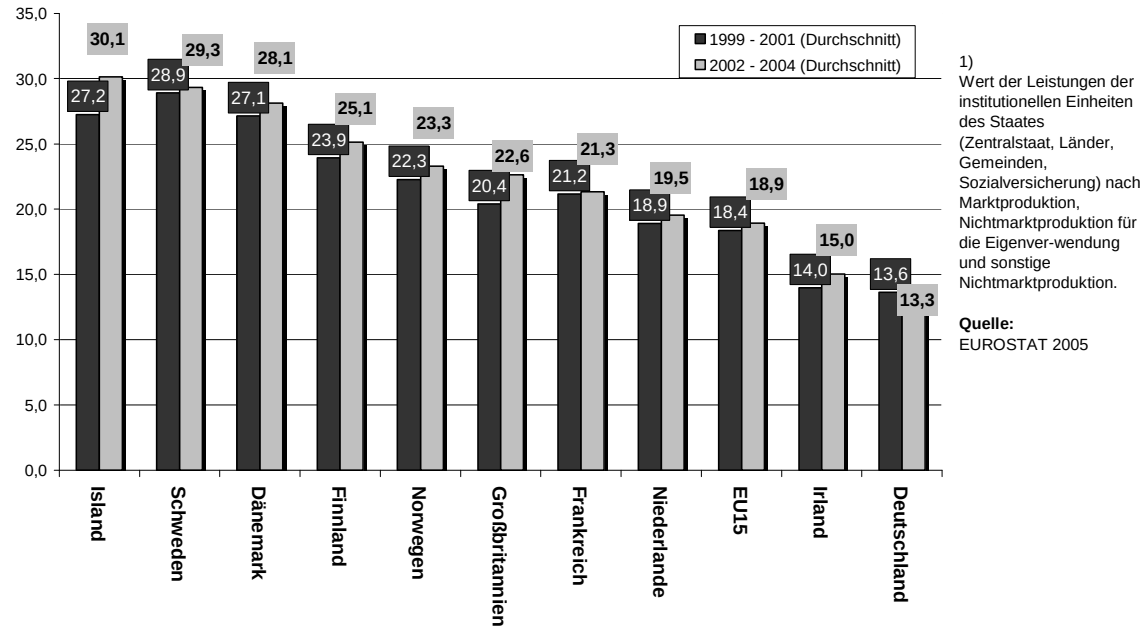
[197] Die Deutsche Bundesbank gibt laufend einen Überblick zu den Ergebnissen der Vermögensbildung und ihrer Finanzierung nach den Ergebnissen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung und der Finanzierungsrechnung. Darin dokumentiert sich, dass der Sachkapitalbestand des Sektors Staats in Deutschland seit Jahren schrumpft. Selbst im Jahr 2004, wo die investiven Ausgaben brutto erstmals wieder leicht angestiegen sind (auf gut 32 Mrd. €), erfolgte in der Nettobetrachtung ein Substanzverzehr, da die Abschreibungen mit 36 Mrd. Euro deutlich höher waren. (vgl. Deutsche Bundesbank 2007: 18f.)

Die gute ökonomische Performanz der skandinavischen Länder wird auch von denjenigen gesehen, die neoklassischer Theorie verpflichtet sind und unter Ausblendung von Armut und Ungleichheitsaspekten weiterhin auf die angelsächsischen Länder hin orientieren. So kam die Bertelsmann Stiftung in einer Studie, die Anfang März 2007 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, zu der Beurteilung, dass unter 30 untersuchten OECD-Ländern die nordeuropäischen Sozialstaaten und die angelsächsisch geprägten Wirtschaften am besten in der Lage sind, gleichermaßen die Maastricht-Kriterien wie die Ziele des Lissabonprozesses zu erfüllen. Die kontinentaleuropäischen und mediterranen Wirtschaftssysteme würden dagegen erhebliche Defizite bei vielen der vereinbarten Kriterien aufweisen. Die LiMa-Benchmarkstudie der Bertelsmann Stiftung wurde in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) erarbeit und untersucht, in welchem Umfang die EU-Mitgliedstaaten auch im Vergleich zu anderen OECD-Staaten der doppelten Zielsetzung Maastricht-Kriterien und den Lissabon-Zielen gerecht werden. Im Focus steht vor allem die Wachstumsdimension des Lissabon-Ziels sowie die Nachhaltigkeit der Fiskalpolitik. In der Pressemitteilung der Bertelsmann-Stiftunng vom 5.3.2007 anlässlich der Vorstellung der Studie heißt es:

> *„So können im Vergleich zu anderen Industriestaaten nach heutigem Stand neben Luxemburg nur Schweden, Finnland und Dänemark eine Performance aufweisen, wie sie die USA, Norwegen, die Schweiz oder Kanada zeigen. Die übrigen EU-Staaten weisen anhand zahlreicher Indikatoren zum Teil erhebliche Abweichungen und Defizite auf." "Unsere Studie bestätigt indirekt aktuelle Erkenntnisse in der Diskussion über ein europäisches Wirtschafts- und Sozialmodell", folgert Joachim Fritz-Vannahme, Leiter der Europa-Projekte der Bertelsmann Stiftung. "Danach scheinen die nordischen Wohlfahrtsstaaten mit einer steuerbasierten sozialen Sicherung und ausgedehnten Erwerbsmöglichkeiten am besten in der Lage zu sein, die Herausforderungen der Globalisierung zu bewältigen und die Ziele der EU zu erfüllen."*[198]

[198] PM von Julia Schormann (Bertelsmann-Pressestelle), zit. nach dem Informationsdienst Wissenschaft - Nachrichtenüberblick vom 05.03.2007: http://idw-online.de/pages/de/news198831 (Zugriff am 6.3.2007

Abbildung 24: Produktionswert des Staates: Vergleichsländer im erweiterten EU-Vergleich



Was in Studien wie der der Bertelsmann-Stiftung bestenfalls am Rande erwähnt, aber nicht substantiell gewürdigt wird, ist der Umstand, dass die skandinavischen Länder in besonderer Weise das vom deutschen Finanzwissenschaftler Wagner aufgestellte Gesetz wachsender Staatsausgaben[199] bestätigen. Nach der rein quantitativen Ausweitung staatlicher Ausgaben, steuerten sie auf Qualität um. Der Produktionswert des Staates (in % des BIP) liegt anders als in Deutschland heute nicht niedriger als in den 80er Jahren´. Korrigiert wurde allerdings die Überdehnung staatlicher Aktivität, die es in der ersten Hälfte der 90er Jahre gegeben hatte. Abbildung 24 zeigt, dass die Bedeutung des Staates als direkter Produzent von Gütern und Dienstleistungen in Deutschland nur etwa halb so hoch ist wie in den skandinavischen Ländern. Zudem: Während in Deutschland der Rückzug des Staates aus der Eigenerstellung von Gütern auch während des dargestellten Zeitraums (1999 – 2004) weiter vorangeschritten ist, schwang das Pendel in den meisten anderen EU-15-Ländern wieder zurück. Nicht nur in den skandinavischen Ländern, sondern auch in Großbritannien und den Niederlanden hat der Staat seine Produzentenstel-

[199] A. Wagner (1863: S. 4f.; 1911) hatte behauptet, der Anteil des Staates an den Hilfsquellen und ihrer Ausnutzung nehme "*gesetzmäßig*" zu. Der Staat dehne sich damit zu Lasten privater Aktivitäten und des Marktes aus.

lung gestärkt. Dies mit Zunahmen von bis zu knapp 3 Prozentpunkten (Island). Da die Volkswirtschaften dieser Länder im genannten Zeitraum eine hohe Wachstumsdynamik aufwiesen,[200] während Deutschland aufgrund ausgeprägter Binnenmarktschwäche eine stagnative Phase durchlief und erst im Jahr 2006/2007 einen konjunkturellen Aufschwung erlebt, liegt die Vermutung auf der Hand, dass die Ausweitung staatlicher Produktionstätigkeit die Dynamik der Wachstumsprozesse in den skandinavischen Ländern aber auch in Großbritannien nicht behindert, sondern ihr im Gegenteil Schwungkraft verliehen hat.

Die Verfasserin verfügt nicht über Kenntnisse zu Studien, die für Deutschland die makroökonomischen Wirkungen des öffentlichen Bildungs- und Gesundheitssystems abzubilden suchen. Wohl gibt es Schätzungen zu Wachstumseffekten verstärkter Bildungsinvestitionen. Aber sie beziehen sich auf Bildungsinvestitionen insgesamt, unabhängig vom Systemkontext. Interessant ist vor diesem Hintergrund, dass die skandinavischen Länder zumindest teilweise um regelmäßige Erfassung der Produktivitätsentwicklung bei der öffentlichen Güterproduktion bemüht sind. Man könnte dies unter die Überschrift stellen: „Ökonomisierung ohne Kommerzialisierung". Die Schaffung einer Balance zwischen Demokratisierung und Ökonomisierung staatlicher Dienstleistungsproduktion ist nicht das Thema dieser Studie. Aber genau das ist die skandinavische Strategie. So stehen z.B. die finnischen Kommunen unter einem ständigen Legitimitätsdruck bezüglich der Effizienz ihrer Leistungserstellung und der Realisierung von Produktivitätsfortschritten bei gleichzeitiger Einhaltung der den BürgerInnen zugesicherten Quality Grants. Von der Regierung (Wirtschafts- und Handelsminister, z.B.) wird vorgetragen, Kommunen könnten ja auch vermehrt den Weg von Private-Public-Partnership einschlagen, um Fortschritte bei der Produktivitätsentwicklung zu erzielen. Produktivitätsfortschritte seien aber notwendig, um das Gesundheitssystem trotz des demografischen Wandels finanzierbar zu halten. Ein kursorischer Blick auf die aktuelle Entwicklung der Produktivität kommunaler Dienstleistungsproduktion mag an dieser Stelle genügen. Die aktuellsten Daten stammen von 2005. Hauptsächlicher Befund: „*According to revised preliminary data in Statistics Finland statistics on local government productivity, the combined total productivity of education, health and social work of local government grew by 1.0 per cent in 2005. This growth was due to stronger growth in output volume than in total input volume. The volume of output grew by*

[200] Während das reale BIP in Deutschland im Durchschnitt der Jahre 2001 – 2005 nur um 0,7 Prozent wuchs, lag die entsprechende Steigerungsrate in Finnland bei 2,5 Prozent, in Großbritannien bei 2,4 Prozent, Schweden bei 2,2 Prozent und in Dänemark immerhin noch bei 1,4 Prozent (European Central Bank, Statistics Pocket Book, August 2006, S. 37)

3.7 per cent, while the volume of total input grew by 2.6 per cent." In der Spartenbetrachtung belief sich die Produktivitätssteigerung bei der Erstellung von Gesundheitsleistungen auf 1,5 Prozent (Output: + 6 %; Inpu: + 4,5 %), bei Bildung und Erziehung stieg der Output um 2 Prozent und der Input um 1 Prozent.[201]

Die Skizzierung demografischer und makroökonomischer Zusammenhänge in Tabelle 5 offenbart nicht direkt, welchen Anteil daran das Bildungs- und Gesundheitssystem hat. Der Anspruch, der hier eingelöst werden soll, ist bescheiden. Betrachtet wird die Finanzierung nach Höhe und Mittelherkunft. Der Bezug zur Makroökonomie wird dadurch hergestellt, dass Ausgaben in Relation zum Bruttoinhaltsprodukt betrachtet werden. Für welche Zwecke genau Mittel eingesetzt werden, kann nur punktuell dargestellt werden. Auch die Finanzierungsstruktur wird nur punktuell betrachtet. Im zweiten Teil des Kapitels erfolgt eine vergleichende Betrachtung der Beschäftigungseffekte, die aus den unterschiedlichen Systemgestaltungen und den Differenzen beim Einsatz finanzieller Ressourcen nach Höhe und Art der Verwendung resultieren.

[201] Development in the total productivity and the volumes of output and total input of education, health and social work of local government in 2000-2005 - Local government total productivity started to grow in 2005: http://www.stat.fi/til/kktu/2005/kktu_2005_2007-01-31_tie_001_en.html; (Das Papier stammt vom 31.1.2007: Zugriff am 7.2.2007)

Tabelle 5: Demografische und makroökonomische Kennzahlen

A) Bevölkerungsentwicklung (absolut und Anteile)[1] und Geburtenrate[2]

Stichtag 1.1	Bevölkerungsentwicklung (in 1000)			0 - 14 Jahre (Anteil in %)		65 Jahre und älter (Anteil in %)		80 Jahre und älter (Anteil in %)		Geburtenrate	
Jahr	1995	2000	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1985	2003
EU25			462.300	18,3	..	14,8		3,6			
Deutschland	81.539	82.164	82.501	16,3	14,5	15,4	18,6	4,1	4,3	1,37	1,34
Dänemark	5.216	5.330	5.411	17,3	18,8	15,3	15,0	3,9	4,1	1,45	1,76
Finnland	5.099	5.171	5.237	19,1	17,5	14,1	15,9	3,2	3,9	1,65	1,76
Island	267	279	294	24,6	22,3	11,1	11,8	2,6	3,1	1,93	1,99
Norwegen	4.348	4.479	4.606	19,4	19,7	16,0	14,7	4,0	4,6	1,68	1,80
Schweden	8.816	8.861	9.011	18,9	17,6	17,5	17,2	4,6	5,4	1,74	1,71

B) Sozialprodukt[3], Sozialproduktkomponenten[4], Erwerbstätigkeit[5] und Löhne[6]

	Reales BIP (Zuwachs)		BIP pro EW (€ und PPP)			Sozialproduktkomponenten 1995 und 2005 (Anteile am BSP in %)					
	1996 - 2000	2001 - 2005	2005: Tsd. €	PPS: EU 25 = 100		Privatkonsum	Staatskonsum		Öffentl. Investitonen		Exportbilanz
Jahr				1997	2005	2005	1995	2005	1995	2005	2005
EU25			23,5	100,0	100,0	58,2		20,9			0,7
EU12/13	2,7	1,4	25,5	109,4	106,0	57,3	20,4	20,5	2,6	2,5	1,3
Deutschland	2,0	0,9	27,2	116,4	110,0	58,5	19,6	18,7	2,2	1,3	5,2
Dänemark	2,9	3,0	38,4	124,9	121,9	48,6	25,2	25,9	1,8	1,8	4,7
Finnland	4,8	2,5	30,0	109,5	110,5	51,7	22,8	22,1	2,7	2,6	5,6
Island	5,0	4,2	43,8	127,6	129,4	59,7	21,8	24,4	3,5	4,1	-12,4
Norwegen	3,6	2,2		140,5	172,2	42,2	21,6	20,4	3,2	2,7	16,4
Schweden	3,3	2,9	31,9	115,3	114,8	48,1	27,0	27,1	3,9	3,0	7,6

	Erwerbstätigenquote (ETQ) nach Bildungsniveau (ISCED 1 - 6): 25 - 64 Jahre 2003 in %						ETQ der 55 - 64Jährigen	Arbeitslosenquote			Reallohnzuwachs 1995 - 2004/5
	Insgesamt			Frauen							
	1 - 2	3 - 4	5 - 6	1-2	3 - 4	5 - 6	2005	1995	2000	2005	
EU25										8,8	
Deutschland	50	70	83	43	64	78	45,5	8,0	7,2	9,4	-0,9
Dänemark	61	80	85	51	75	83	59,8	6,7	4,4	4,8	15,6
Finnland	58	73	85	55	71	83	52,5	15,4	9,8	8,4	26
Island	86	89	95	82	84	93	84,8	4,9	2,3	2,6	
Norwegen	62	80	89	56	76	86	67,6	5,5	3,4	4,6	
Schweden	68	81	86	60	79	86	69,5	8,8	5,6	7,4	25,4

C) Öffentliche Finanzen

	Staatseinnahmenquote (% des nominalen BIP)			Staatsausgabenquote (% des BIP)			Bruttostaatsverschuldung			Steuerquoten	
Jahr	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1995	2000	2005	1980	2005
EU(12)	45,7	46,3	45,1	50,1	45,0	47,6	73,6	70,4	70,8		
Deutschland	45,1	46,4	43,5	48,3	45,1	46,8	57,0	60,2	67,9	24,6	20,8
Dänemark	56,8	56,5	57,8	59,2	53,6	52,5	73,2	52,3	35,9	42,4	48,6
Finnland	55,4	55,9	53,0	61,6	48,3	50,1	57,1	44,6	41,3		32,4
Island	39,7	44,3	48,7	42,7	41,9	43,2	59,2	41,9	36,8	..	..
Norwegen	54,9	58,2	58,8		42,7	42,9	34,4	36,1	46,4	33,5	36,0
Schweden	60,8	62,4	58,4	67,1	56,8	56,5	73,7	52,8	50,4	33,4	36,8

Erläuterungen zu Tabelle 5

Farblegende	Grün = beste Werte (Land); orange: problematische Werte (Land).
1	Bevölkerungsentwicklung: Eurostatdaten mit Aktualisierungsstand 19.1.2007: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1334,49092079,1334_49092794&_dad=portal&_schema=PORTAL (Zugirff am 9.2.2007)
2	Geburten pro Frau (15 bis 49 Jahre): OECD Factbook 2006: Economic, Environmental and Social Statistics - ISBN 92-64-03561-3 - © OECD 2006
3	Wachstumszahlen: EZB (2007): Statistics Pocket Book, S. 37, 38; PPP: Kaufkraftparitäten; Island: Zuwachs BIP (2000 - 2005)
4	Sozialproduktkomponenten: Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1334,49092079,1334_49092794&_dad=portal&_schema=PORTAL
5	Beschäftigungsquoten der 25 bis 64Jährigen mit niedrigem (ISCED 1 - 2), mittlerem (ISCED 3 - 4) und hohem (ISCED 5 - 6) Bildungsniveau insgesamt und bei Frauen (Anteil an der Bevölkerung): Education at a Glance 2005, Table A8.3a und Table A8.3b; Angaben für Island beziehen sich auf 2002
6	Abeitslosenquoten (OECD-standardisierte und saisonbereinigte Arbeitslosenquoten)
7	Staatseinnahmen- und Staatsausgabenquoten: OECD Economic Outlook fortlaufend; Daten für Island aus Statistics Iceland (http://www.statice.is/); Aktualisierungsstand 13.9.2006
8	Steuerquoten und Staatsschuldenquote: BMF, Monatesberichte (bis Januar 2007, S. 102f.) und Eurostat; Angaben zu Norwegen: Statistical Yearbook of Norway 2006; Angaben zu Island aus Statistics Iceland (Stand: Februar 2007); bei Norwegen ist zu beachten, dass es seit Jahren Budgetüberschüsse im teilweise zweistelligen Bereich gibt und das Vermögen des staatlichen Ölfonds die Staaatsschuld weit übertrifft. 2006 lag das Vermögen des Ölfonds bei rd. 217 Mrd. Euro. Die Staatsschuld auf Null zu führen, wäre für Norwegen kein Problem, wird aus ökonomischen Gründen aber verworfen. Die Sichtweise ist diesbezüglich die eines „normalen" Unternehmens.
9	Staatskonsumdatenbasis: OECD Economic Outlook 2006

4.2 Ausgaben und Art der Finanzierung

4.2.1 Allgemeines

Bei der Erfassung der den Systemen von Bildung und Gesundheit zuzuordnenden Ausgaben gibt es logischerweise verschiedene Arten der Herangehensweise. Diese sind nicht unabhängig vom Bildungs- und Gesundheitsbegriff, der zugrundegelegt wird und von der Betrachtungsperspektive. Geht der Blick nur in Richtung der Institutionen und des Bildungsprozesses oder werden auch die Förderungen einbezogen, die Teilnehmer an Bildungsprozessen erhalten. Wo werden die Schnittstellen gesetzt zu anderen Aufgabenbereichen. Etwa die Schnittstelle zwischen Gesundheit und Bildung oder die Schnittstelle zwischen Bildung und Alterssicherung, Bildung und Familienförderung. Ein Beispiel mag das Problem verdeutlichen: In Deutschland sind LehrerInnen überwiegend als Beamte beschäftigt. Sie erhalten im Krankheitsfalle Beihilfeleistungen und nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Schul- oder Hochschuldienst eine Pension. Wie sollen diese Leistungen zugeordnet werden? Das vom Statistischen Bundesamt ausgewiesene Bildungsbudget verfolgt einen umfassenden Ansatz. Den Beamtenbezügen der Lehrkräfte werden Beihilfezahlungen ebenso zugeschlagen wie fiktive Beiträge für die gesetzliche Rentenversicherung. Auch die bildungsbezogenen Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit, die diese im Rahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik tätigt, werden im Bildungsbudget erfasst. Es ist

naheliegend, dass ein so weit gefasster Ansatz für internationale Vergleichszwecke nicht geeignet ist. Ergebnis wären eine Vielzahl von Doppelerfassungen. Die OECD bezieht die Ausgaben für Bildungsinstitutionen ein und seit einigen Jahren zudem die Transfers, die Bildungsteilnehmer erhalten (Bildungsgutscheine, Studienzuschüsse usw.). Die BIP-Anteile, die auf dieser Basis ermittelt werden, liegen unter den Zahlen, die die skandinavischen Länder auf nationaler Ebene angeben[202] und auch unter den Zahlen, die das Statistische Bundesamt für Deutschland über den Bildungsbudgetansatz ermittelt. Einbezogen sind bei den OECD-Vergleichen aus dem Bereich der vorschulischen Bildung die Einrichtungen für Kinder ab 3 Jahren, nicht aber die für jüngere Kinder. Nachfolgend wird einerseits mit der OECD-Brille, dann aber auch etwas breiter geschaut, um Entwicklungen und Besonderheiten deutlich zu machen.

Auch bei Gesundheit stellt sich die Frage der Abgrenzung dort, wo der Kernbereich verlassen wird und die Frage aufgeworfen ist, wie die Ausgaben für ein Fitnessstudio zugeordnet werden sollen und ob es Konsequenzen für die statistische Erfassung hat, wenn Apotheken zunehmend neben Arzneimitteln auch andere Produkte (Kosmetika, z.B.) in ihrem Sortiment führen.

4.2.2 Bildungsfinanzierung

a) Finanziellen Ressourcen für die vorschulische Bildung

Nach 1990 verlief die Bereitstellung öffentlicher Finanzmittel für institutionelle Kinderbetreuung in West- und Ostdeutschland gegenläufig. In Westdeutschland stiegen die Gesamtausgaben zwischen 1992 und 2002 um fast 77 Prozent, von 4,3 Mrd. Euro auf 7,5 Mrd. Euro. Der Anstieg konzentrierte sich auf die erste Hälfte der 90er Jahre und stand im Zusammenhang mit der Gewährleistung eines Rechtsanspruchs auf einen Halbtagsbetreuungsplatz für Kinder ab 3 Jahre bis zum Jahr 1996. 1996 lagen die Ausgaben bereits bei fast 6,3 Mrd. Euro (+ 47% gegenüber 1992). Da ein Teil der Ausgaben über Elternbeiträge refinanziert wird, lagen die Nettoausgaben niedriger. Im Jahr 2002 lagen sie in Westdeutschland mit 945 Mio. Euro um 130 Prozent über den Einnahmen des Jahres 1992 (411 Mio. Euro). Die Nettoausgaben (Ausgaben minus Einnahmen) stiegen also

[202] So lagen im Jahr 2002 die finnischen öffentlichen Bildungsausgaben nach den nationalen Angaben bei 6,4 Prozent des BIP, nach der OECD-Abgrenzung aber nur bei 5,74 Prozent.

weniger stark als die Gesamtausgaben; 2002 erreichten sie 6,6 Mrd. Euro (Hahlen 2004).[203]

Gegenläufig zur Entwicklung in Westdeutschland wurden die Ausgaben in Ostdeutschland zurückgefahren. 1992 wurden 3,1 Mrd. Euro für Kindertagesbetreuung aufgewendet, 2002 nur noch 2,2 Mrd. Euro (– 31 %). Auch die Einnahmen waren stark rückläufig. Sie lagen mit 937 Mio. Euro 1992 mehr als doppelt so hoch wie seinerzeit im früheren Bundesgebiet und verminderten sich bis 2002 um fast zwei Drittel auf noch 341 Mio. Euro. Die Nettoausgaben für Kindertagesbetreuung sanken in den neuen Ländern absolut um rund 17 Prozent von 2,2 Mrd. Euro 1992 auf 1,8 Mrd. Euro 2002. In besonderer Weise rückläufig waren die investiven Ausgaben. Gegenüber 1992 haben sie sich halbiert. Lagen die investiven Ausgaben Anfang der 90er Jahre in Westdeutschland bei über 20 Prozent der Gesamtausgaben, sank die Quote seit 1995 kontinuierlich und erreichte 2002 nur noch 5,7 Prozent; nur noch rund jeder zwanzigste Euro wurde im Jahr 2002 also für Investitionen ausgegeben. Damit wurde die Investitionsquote auf das niedrige Niveau der neuen Länder abgesenkt, wo sie während der gesamten 90er Jahre zwischen 5 Prozent und 6 Prozent pendelten. Da dieses niedrige Niveau selbst für den Erhalt bestehender Einrichtungen nicht ausreicht, kann der vollzogene Abbau kaum verwundern. Seit 1991 wurden in Ostdeutschland rund 9.500 Einrichtungen abgebaut. Nur ein Teil dieses Abbaus kann als Anpassung an demografische Entwicklungen (Einbruch bei der Geburtenrate und Bevölkerungsverlust) erklärt werden.

Ein Wohlfahrtsstaat, der mit Investitionen in Bildung ökonomisch und gesamtgesellschaftlich möglichst viel zu erreichen versucht, wird die Finanzierungsströme seines Bildungsbudgets so lenken, dass bereits am Anfang ein starker Investitionsschwerpunkt gesetzt wird. Dem entspricht Deutschland nicht. In der Abgrenzung des Bildungsbudgets wurden 1995 für die vorschulische Erziehung 0,3 Prozent des BIP aufgewandt, 2001 aber nur noch 0,2 Prozent (Deutsche Bundesbank 2003: 61). Dies bei relativ zum BIP stagnierenden Gesamtausgaben. Insgesamt macht die Entwicklung deutlich, dass der rein familienpolitisch motivierte Ausbau der Betreuung von über 3-Jährigen nicht in eine Entwicklung der flächendeckenden Bereitstellung von vorschulischen Bildungsinstitutionen mündete. Der Bereich wäre sonst finanziell besser dotiert und die Ausbildung von ErzieherInnen würde sich auf einem höheren Niveau abspielen, einschließlich gesellschaftlicher Wertschätzung und Bezahlung. Die aktuell (Frühjahr 2007) geführte Debatte zum Ausbau der

---

[203] Angaben nach: Statement von Präsident Johann Hahlen bei der Pressekonferenz „Kindestagesbetreuung in Deutschland am 16. März 2004 in Berlin: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2004/-

Krippenangebote lässt zwar erwarten, dass es mit verhaltenem Tempo einen Ausbau geben wird. Mehr als eine Reduktion des auf diesem Felde existierendes Modernisierungsdefizits ist realistischerweise schon mit Blick auf die Finanzierungsdebatte und die ausstehende Ausbildungsoffensive nicht zu erwarten. Zur Umsetzung anspruchsvoller pädagogischer Ziele, wie sie in jüngster Zeit erarbeitet wurden (vgl. die Hinweise von Tabelle 1), reicht das nicht. Es darf bezweifelt werden, ob hinter wohlklingenden Zielbenennungen ein ernsthafter Wille steht. Symtomatisch hierfür: Messlatte für die Bereitstellung von Finanzmitteln ist nicht die Schaffung eines Angebotes, das quantitativ dem Bedarf entspricht und qualitativ geeignet ist, Kinderbetreuungseinrichtungen zu Institutionen elementarer Bildung und Erziehung mit gleichem Zugang für alle auszubauen. Messlatte ist die Schaffung von möglichst staatsfernen Lösungen, die billig zu haben sind. Ambitionierte Ziele versinken damit in der Quantitäts-Qualitätsfalle. In dieses Bild passt, dass die CDU-geführte hessische Landesregierung keine Ausbildungsoffensive für ErzieherInnen und erst recht keine Studiengänge für frühkindliche Bidlung und Erziehung plant. Nur für 20 Prozent der Kinder unter 3 Jahren soll bis 2010 ein Platz bereitstehen. Dies aber nicht institutionell gesichert und mit Einsatz professioneller Kräfte, die bekanntlich nicht auf den Bäumen wachsen, sondern primär über Tagesmütter, damit über Nicht-Fachkräfte.[204] Auch der thüringische Ministerpräsident Dieter Althaus (CDU) favorisiert private Lösungen. Dazu sollen Eltern ein Betreuungsgeld von mtl. 150 Euro erhalten.[205] Dieser Vorschlag zielt dafür ab, den institutionellen Ausbau zu unterlaufen, denn faktisch wäre dies eine Zuhausebleib-Prämie für Mütter. Gerade die Kinder aus benachteiligtem Milieu, die von früher institutioneller Förderung am meisten profitieren, hätten davon nichts. Da die meisten Landesregierungen konservativ geführt sind, steht zu befürchten, dass es seitens dieser Landesregierungen nur ein begrenztes Engagement geben wird. Insgesamt existiert wenig Bereitschaft, gemessen am BIP auf verlässlicher Basis einen bestimmten Betrag für den Ausbau der Kinderbetreuung aufzuwenden; eine Größenordnung von 1,5 bis 2 Prozent des BIP wäre eine angemessene Zielgröße. Auch für das SPD-geführten Bundesfinanzministerium hat freilich die weitere Absenkung der Staatsquote Vorrang vor dem Ausbau vernachlässigter gesellschaftlicher Bedarfsfelder

Wenn wir uns auf die internationale Vergleichsebene begeben, geht der Blick in Richtung des Stellenwertes von sozialen Dienstleistungen im Rahmen der Familienpolitik. Die

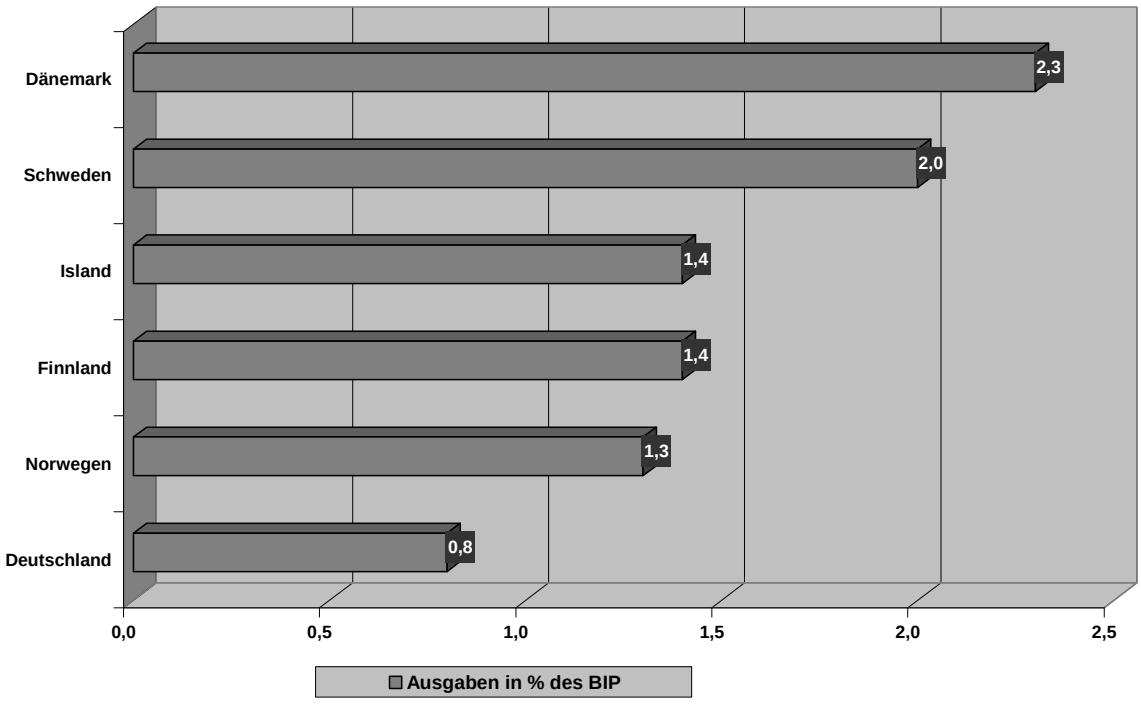
---

kindertages_stat_hahlen.htm)

[204] Zitiert nach "Personal für Kita-Ausbau fehlt", in FR Nr. 85 v. 14.4.2007, S. 20

nachfolgende Graphik zeigt, dass Deutschland nach der von der OECD vorgenommenen Abgrenzung für soziale Dienstleistungen, die Kindern und Familien zugute kommen, 2001 0,8 Prozent der Wirtschaftsleistung aufgewandt hat. Darin enthalten sind neben den hier interessierenden Ausgaben für Kindertagesstätten, die sich nur auf etwa ein halbes Prozent des BIP belaufen, weitere Ausgaben für Familiendienstleistungen, was den Vergleich einschränkt. Die skandinavischen Länder gaben im Minimum knapp zwei Drittel (Norwegen) mehr aus und Dänemark setzte anteilig am BIP fast dreifach so viel an öffentlichen Finanzmitteln ein wie Deutschland.

Abbildung 25: Öffentliche Ausgaben für institutionelle Kinderbetreuung und Familiendienstleistungen in den Vergleichsländern



Quelle: OECD 2005: Social Employment and Migration, Working Paper Nr. 29, Eigene Darstellung nach Chart "Family spending in cash, services and tax measures in % of GDP 2001"

Nun könnten die Zahlen von 2001 überholt sein. Dies trifft jedoch nur für die skandinavischen Länder zu, die 2001 die skandinavischen Schlusslichter bildeten. Da Norwegen 2001 am weitesten zurücklag, ist die Blick auf dieses Land von besonderem Interesse. Die aktuelle Situation stellt sich wie folgt dar. Regierungsziel ist die flächendeckende Versorgung mit *Kindergartens* noch im Jahr 2007. Bei den Beratungen zum Haushalt 2007

---

[205] Zitiert nach "Offener Krippengeld-Streit hinter verschlossenen Türen", in FR Nr. 88 v. 16.4.2007, S. 4

wurde eine Aufstockung der staatlichen Finanzmittel um 3,2 Milliarden NOK (395,6 Mio. Euro nach Umrechnungskurs vom 16.4.2007) eingeplant. Davon sollen 1,24 Milliarden allein in die Ausweitung des Platzangebotes gehen.[206] Rechnet man dies auf die deutsche Einwohnerzahl um, ergäbe sich ein Betrag von rd. 2,7 Mrd. Euro im Jahr 2007. Auf Ganztags-Plätze bezogen erhalten die öffentlichen und privaten Kindertagesstätten nun einen jährlichen Zuschuss der Zentralregierung von 8.400 NOK (1.039 Euro). Der von Norwegen aufgewandte BIP-Anteil dürfte also heute höher liegen als 2001, während der von Schweden auch im Jahr 2003 bei 2 Prozent lag (Schwedisches Institut 2005: 4). Schweden hat seit der letzten Wahl eine Mitte-Rechts-Regierung, die den Wohlfahrtsstaat zwar erhalten will, aber in bestimmten Bereichen wie auch dem der flächendeckenden Kinderbetreuung eine restriktive Politik fährt. Dies könnte zur Folge haben, dass in den kommenden Jahren weniger als 2 Prozent des BIP für vorschulische Bildung und Erziehung eingesetzt werden, weil die für die Kinderbetreuung zuständigen Gemeinden in eine Finanzklemme geraten. Die Ausgaben für Vorschulbildung finanzieren sich auf kommunaler Ebene aus drei Quellen: staatlichen Zuschüssen, kommunalen Steuereinnahmen und Elterngebühren. Die Höhe der möglichen Elterngebühren ist gesetzlich auf je nach Anzahl der Kinder maximal ein bis drei Prozent des Familieneinkommens begrenzt. Wenn also staatliche Zuschüsse nicht parallel zur Wirtschaftskraft wachsen, sind finanzielle Engpässe vorprogrammiert.[207] Unabhängig davon zeichnet sich aufgrund der norwegischen Ausbauanstrengungen eine Einebnung der innerskandinavischen Unterschiede ab.

Verglichen damit verharrt Deutschland, wenn nur Kindertagesstätten betrachtet werden, bei einem BIP-Anteil von unter 0,5 Prozent resp. aktuell etwas über 10 Mrd. Euro. Für den ins Auge gefassten Ausbau der Kinderbetreuung für unter 3-Jährige auf 750.000 Plätze rechnet der Deutsche Städtetag mit einem zusätzlichen Finanzbedarf von jährlich mindestens 6 Mrd. Euro.[208] Sollten diese Mittel bereitgestellt werden, käme Deutschland in einigen Jahren auf einen Einsatz öffentlicher Finanzressourcen von knapp der Hälfte dessen, was das dann Schlusslicht unter den skandinavischen Ländern in Relation zur Wirtschaftsleistung aufwendet. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass im vorschulischen Bereich

---

[206] Ministry of Education and Research, Pressemelding Nr. 62-06 v. 6. Oktober 2006: http://www.regjeringen.no/en/ministries/kd/Press-Contacts/Press-releases/2006/Big-investment-in-kindergarten-and-education.html?id=419842 (Zugriff am 23.2.2007)

[207] Für 2007 sichern die staatlichen Zuschüsse im Landesdurchschnitt allerdings noch das Qualitätsniveau. So wurde mit Blick auf die Bevölkerungszahl am 1.11.2006 (9.107.935 EW) die Summe von 501.685.211 SEK im nationalen Budget eingeplant. (Statistics sweden, Tabelle 2 MT: Government grants to ensure the overall quality in pre-school activities)

wie auch später bei der Hochschulbildung neben öffentlichen Finanzmitteln Gebühren und Beiträge der Nutzer eine unterschiedlich große Rolle spielen, wie Abbildung 27 für die verschiedenen Stufen des Bildungssystems ausweist. In Deutschland werden bei öffentlich geförderten Kindertagesstätten ca. 25 Prozent der Betriebsausgaben durch Gebühren und Entgelte finanziert. 1992 lag die Quote im früheren Bundesgebiet bei den Einrichtungen öffentlicher Träger bei nur 16 Prozent, erhöhte sich bis 1998 jedoch auf 23 Prozent und schwankt seitdem um diesen Wert. In den neuen Ländern ist der Anteil der Gebühren und Beiträge an den laufenden Ausgaben geringer; im Jahr 2002 lag er bei 20 Prozent (Hahlen.2004). In den skandinavischen Ländern haben Elterngebühren bei der Finanzierung vorschulischer Bildung eine unterschiedlich starke Bedeutung. Auf den Gesamtbereich bezogen deckten sie in Schweden im Jahr 2001 18 Prozent der Bruttoausgaben. Dieser Anteil sank im 2002 aufgrund der seit 1.1.2002 wirksamen gesetzlichen Deckelung von Elterngebühren auf 11 Prozent; die Lücke wurde resp. wird durch höhere staatliche Zuschüsse ausgeglichen. (Schwedisches Institut 2005: 4). Wird nur die im engeren Sinne Vorschulbildung für Kinder ab 3 Jahren betrachtet, lag der private Finanzierungsanteil 2003 abgesehen von Island in allen skandinavischen Ländern geringer als in Deutschland (vgl. Abbildung 27)

b) Öffentliche und private Bildungsausgaben insgesamt

Über alle Ebenen betrachtet, liegt Deutschland mit seinen öffentlichen Bildungsinvestitionen weit unter dem skandinavischen Niveau und auch weit unter Ländern wie Belgien, Frankreich oder der Schweiz (vgl. Abbildung 26). Am skandinavischen Durchschnitt gemessen, setzte Deutschland 2003 fast 3 (2,84) Prozentpunkte des BIP weniger an öffentlichen Mitteln ein und bringt es anteilig am öffentlichen Gesamtbudget nur auf 9,7 Prozent verglichen mit 14,7 Prozent im Durchschnitt der skandinavischen Länder. Wer erwartet, dass die fortlaufend negativen Benotungen, die das deutsche Bildungssystem in den zurückliegenden Jahren erfahren hat, zu einer Anhebung der öffentlichen Bildungsinvestitionen auf wenigstens den OECD- resp. EU-19-Durchschnitt von 5,5 Prozent des BIP geführt haben sollte, sieht sich getäuscht. Die relativen Ausgaben stagnieren. Von 1995 bis 2003 ist der Abstand zum skandinavischen Durchschnitt sogar noch größer geworden. Schweden und Norwegen investieren heute leicht mehr als Mitte der 90er Jahre, Dänemark hat seinen Anteil von 7,7 auf 8,3 Prozent des BIP gesteigert. Die Stagnation der öffentlichen Bildungsausgaben betrifft Bund und Bundesländern. Wie aus Tabelle 6 er-

---

208 Zitiert nach LVZ v. 28.3.2007, S. 2

sichtlich ist, haben die Bundesländer ihre Ausgaben von 1993 bis 2002 nicht ausgeweitet, sondern gemessen an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit reduziert. Bei den westdeutschen Bundesländern lagen 1993 einige (Baden-Württemberg, Niedersachsen, Saarland) nahe an 3 Prozent. Mit einer gewissen Ausnahme bei Niedersachsen sanken sie 2002 unter die 3-Prozent-Schwelle. Kein Bundesland hebt sich in besonderer Weise nach oben ab. Die ostdeutschen Bundesländer kommen aufgrund der originär weit geringeren Wirtschaftsleistung, die durch Transfers im Rahmen des Solidaritätspaktes aufgebessert wird, naturgemäß auf höhere Anteile. 1993 lagen diese in der Spitze (Thüringen, Sachsen-Anhalt) bei 6 bis 7 Prozent. Bis 2002 wurden sie alle auf unter 5 Prozent abgesenkt.

Tabelle 6: Bildungsausgaben der Bundesländer in % des BIP 1993, 1995, 2000, 2002

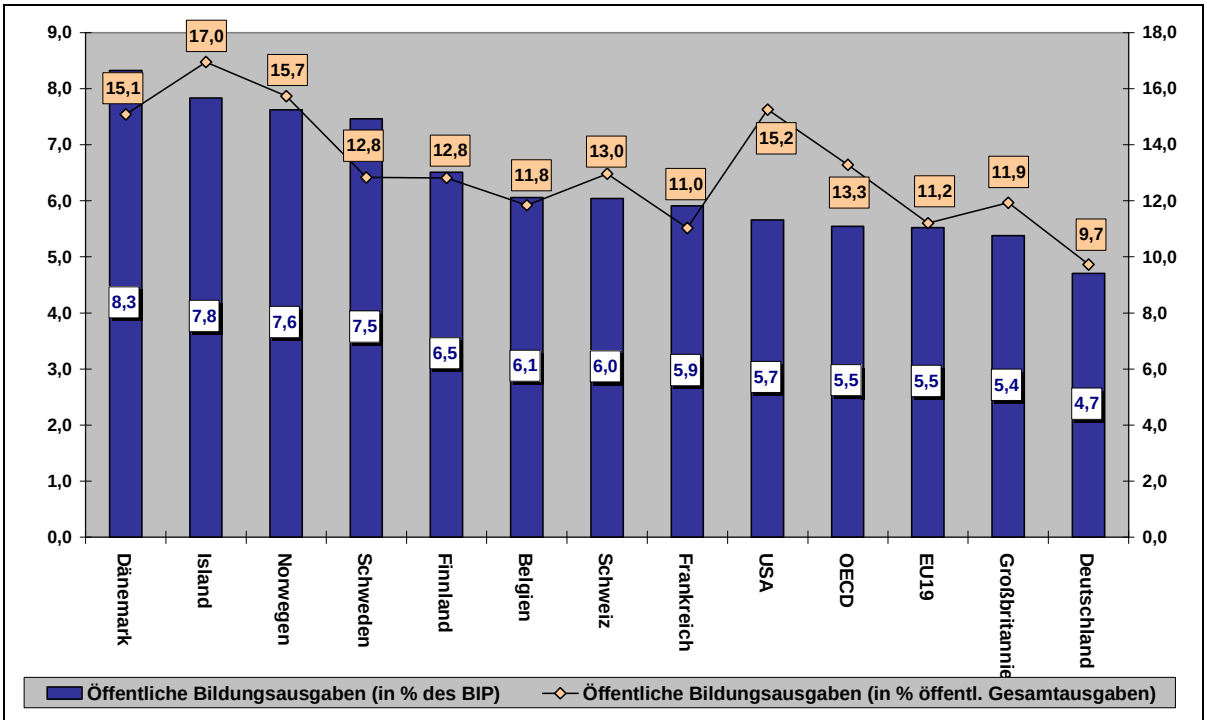
Bundesländer	1993	1995	2000	2002
Baden-Württemberg	2,94	2,91	2,79	2,82
Bayern	2,53	2,52	2,34	2,23
Berlin	4,21	4,00	3,50	3,76
Brandenburg	4,78	4,35	3,38	2,95
Bremen	2,61	2,58	2,58	2,64
Hamburg	2,09	2,09	2,04	2,06
Hessen	2,33	2,28	2,09	2,11
Mecklenburg-Vorpommern	4,60	4,64	4,30	4,34
Niedersachsen	2,98	2,94	2,71	2,91
Nordrhein-Westfalen	2,66	2,70	2,71	2,76
Rheinland-Pfalz	2,74	2,79	2,79	2,59
Saarland	2,95	2,76	2,69	2,60
Sachsen	4,45	3,97	4,09	3,98
Sachsen-Anhalt	6,10	4,69	4,48	4,40
Schleswig-Holstein	2,67	2,63	2,48	2,45
Thüringen	7,09	6,22	5,33	4,72
Durchschnitt	3,61	3,38	3,14	3,08

Quelle: Frieder Wolf, Institut für Politische Wissenschaft der Universität Heidelberg, Vortrag bei einer Klausur der Grünen-Fraktion im Bayerischen Landtag am 17.1.2006 – Handout, Tabelle 1 (Auszug)

Auch bei Einbezug der privaten Bildungsausgaben ändert sich das Bild nicht. So kommt das Statistische Bundesamt (Statistisches Bundesamt 2006: 154) bei seiner Bildungsbudgetberechnung für 2003 auf einen Anteil öffentlicher und privater Ausgaben am BIP von nur 5,6 Prozent gegenüber noch 5,7 Prozent im Jahr 2002. Im Jahr 2003 wurden für Bildungsprozesse aus öffentlichen und privaten Quellen 0,4 Prozent des BIP weniger an Finanzmitteln aufgewandt als Mitte der 90er Jahre. Dies, obwohl die Bevölkerungszahl im Jahr 2003 höher lag als 1995; der Rückgang der Bevölkerung setzte erst danach ein. Stellt man die Entwicklung in einen langen historischen Kontext, zeigt sich der deutsche

Sonderweg in voller Schärfe. Während die skandinavischen Länder seit den 70er Jahren die öffentlichen Bildungsausgaben über alle Bereiche stark ausgeweitet haben, gibt es in Deutschland die gegenteilige Entwicklung, ohne dass PISA und andere wenig erfreudliche Befunde Anlass geboten hätten, den Trend umzukehren. So lagen die Ausgaben für Schulen und Hochschulen 1975 bei 4,2 Prozent des BIP und 2001 nur noch bei 3,2 Prozent des BIP (Deutsche Bundesbank 2003: 63).

Abbildung 26: Öffentliche Bildungsausgaben 2003 (in % des BIP und in % der öffentl. Gesamtausgaben): Vergleichsländer im weiteren OECD-Kontext



Erläuterung: Ausgaben für Bildungsinstitutionen und Bildungssubventionen
Quelle: OECD (2006a): Education at a Glance – OECD indicators 2006, Paris: Table B4.1

Selbst bei Bezugnahme auf den OECD-Staatendurchschnitt und die Wahl der öffentlichen wie privaten Ausgaben je Schüler als Maßstab ergibt sich kein anderes Bild. Nach einer Auswertung des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2006c: Tabelle 5) lagen auf der ISCED-1-Stufe die Ausgaben je Schüler 2004 im OECD-Staaten-Mittel bei 5.200 Euro gegenüber nur 4.400 Euro in Deutschland. Die Differenz von 800 Euro je Schüler steigt auf der ISCED-2-Stufe sogar noch auf 900 Euro an (OECD-Mittel: 6.200 €; Deutschland: 5.300 €). Die Wahl der Bundesländer als Betrachtungsebene ergibt große Differenzen. Am unteren Ende befinden sich Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und das Saarland, die auf der ISCED-1-Stufe 2004 pro Schüler nur 4.100 Euro aufwandten; am oberen Ende mit Aufwendungen über dem

OECD-Durchschnitt sehen wir Hamburg und die ostdeutschen Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Auf der ISCED-2-Stufe ist der Abstand zum OECD-Durchschnitt im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern überdurchschnittlich hoch. Besonders schlecht schneiden das Saarland und Rheinland-Pfalz ab, wo nur 4.800 (Saarland) resp. 4.900 Euro aufgewandt werden verglichen mit 6.200 Euro im OECD-Durchschnitt. Über dem OECD-Durchschnitt liegt auf der ISCED-2-Stufe nur Hamburg (6.500 €). Auf der ISCED-3-Stufe kehrt sich das Bild im berufsbildenden Zweig mehr als um. Deutschland bringt es hier auf Durchschnittsausgaben je Schüler von 12.100 Euro verglichen mit 7.500 Euro im OECD-Durchschnitt. Grund ist die deutsche Besonderheit dualer Berufsausbildung mit der gesetzlicher Verpflichtung (§ 17 BBiG) zur Zahlung angemessener Vergütungen. Die Ausgaben der Privatwirtschaft für Ausbildungsvergütungen sind ein bedeutender Kostenfaktor. Sie erreichen 30 bis 53 Prozent der Einstiegsgehälter[209] resp. lagen (Berufsbildungsbericht 2006: 174) im Jahr 2005 bei durchschnittlich 623 Euro pro Monat (alte Bundesländer: 623 €/mtl.). Dass dies den Gesamtdurchschnitt verzerrt, liegt auf der Hand. Auf der allgemeinbildenden ISCED-3-Stufe finden wir nämlich das gleiche Bild wie auf den Stufen ISCED-1 und ISCED-2. Deutschland liegt um 800 Euro je Schüler unter dem OECD-Durchschnitt. Einige Länder, die auf der ISCED-1-Stufe unter dem Bundesdurchschnitt resp. über dem Bundesdurchschnitt lagen, platzieren sich nun allerdings anders. Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein investieren auf dieser Ebene überdurchschnittlich, alle ostdeutschen Bundesländer dagegen unterdurchschnittlich.

Die verglichen mit anderen Ländern niedrigen deutschen Bildungsinvestitionen werden von offizieller Seite gerne mit deutschen Besonderheiten zu rechtfertigen:

- Die Konzentration auf staatlich-öffentliche Bildungsausgaben übersehe, dass im Bereich der dualen Berufsausbildung die private Finanzierung durch die ausbildenden Betriebe dominiere. Die duale Ausbildung sei aber gerade eine der Stärken des deutschen Bildungssystems.
- Die Aufgaben von Schulen seien in Deutschland andere als in den skandinavischen Ländern. Während Schulen in Deutschland nur einen Bildungsauftrag hätten, kämen in Skandinavien kostenlose Verpflegungs-, Betreuungs- und Gesundheitsfürsorgeleistungen dazu.
- Eine Erhöhung der staatlichen Bildungsausgaben konterkariere das Ziel, die Staatsquote abzusenken. Deshalb solle „*vor allem die Möglichkeit genutzt werden, durch eine Umschichtung von Ausgaben gegebenenfalls zusätzliche Bildungsmittel bereitzustellen*." (Deutsche Bundesbank 2003: 69)

---

[209] Nach Angaben des WSI-Tarifarchivs (Stand: 15. Mai 2007) variieren die Ausbildungsvergütungen zwischen 332 Euro und 1.222 Euro. Die höchsten Ausbildungsvergütungen werden traditionell im Bauhauptgewerbe gezahlt. Angaben nach Hans-Böckler-Stiftung, Pressedienst vom 30.5.2007: www.boeckler.de

Von diesen Standardargumenten hat nur der Hinweis auf das Berufsausbildungssystem Bestand. Das berufliche Bildungssystem ist eine der Stärken des deutschen Bildungssystems. Dass Deutschland im internationalen Vergleich beim Anteil der Bevölkerung, die über ein mindestens oberes sekundäres Bildungsniveau verfügt, sehr gut abschneidet, ist dem traditionell guten dualen Ausbildungssystem geschuldet. Allerdings, der Vorsprung, den die alte Bundesrepublik in der Vergangenheit hatte, wurde spätestens seit Mitte der 90er Jahre eingebüßt. Führend mit Bevölkerungsanteilen von fast 90 Prozent ist heute Norwegen. Auch Schweden, das in den 70er Jahren ein nichtakademisches Erstausbildungssystem aufwies, das bei Dominanz vollzeitschulischer Ausbildung sehr heterogen und zersplittert war (Heintze 1988: 81), hat die damaligen Mängel überwunden. Heute erreicht Schweden unter den 25 bis 64-Jährigen einen höheren Bevölkerungsanteil mit mindestens oberem Sekundärniveau als Deutschland. Gleiches gilt für Finnland. In den 70er und 80er Jahren hatte es ein schlecht organisiertes Mischsystem; die Mängel wurden in der weiteren Entwicklung abgestreift. Trendmäßig wird Finnland in wenigen Jahren Deutschland auch bei diesem Indikator überrundet haben. Der Hinweis auf das duale System ist so einerseits berechtigt, verliert aber zunehmend an Gewicht. Übersehen wird, dass die Glanzzeiten des Systems vorbei sind. Schon in den 80er Jahren geriet das System in eine latente Krise. Die ordnungspolitisch verkündete Finanzierungsphilosophie (Staat finanziert den Lernort Schule, Ausbildungsbetrieb die betriebliche Ausbildung) wurde aufgeweicht. Mit nicht geringen Summen für eine Vielzahl von Förderprogrammen (Programme zur Förderung außerbetrieblicher Ausbildungsstätten, Programme zur Verbesserung der Ausbildungsfähigkeit benachteiligter Jugendlicher, Sonderprogramme für Jugendliche, die keinen Ausbildungsplatz fanden usw.) haben Bund und Bundesländer bereits in der ersten Hälfte der 80er Jahre die Systemmängel auszubügeln versucht. [210] Auch die Kommunen engagierten sich in den 80er Jahren zunehmend, indem sie kommunale Ausbildungspolitik als neues Politikfeld erschlossen. In der eigenen Zuständigkeit wurde, um den Ausbildungsplatzmangel und die stark angewachsene Jugendarbeitslosigkeit anzudämmen, überplanmäßig ausgebildet und es wurden in der Zusammenarbeit mit diversen Trägern mehr oder weniger innovative Projekte auf die Beine gestellt.[211] Diesen Aktivitäten wurde in den 90er Jahren durch die kommunale Finanzkrise das finanzpolitische Fundament entzogen. Auch die in den 80er Jahren vielfach genutzten Möglichkeiten, im eigenen Bereich bei Verwaltungen und kommunalen Unternehmen über den eigenen

---

[210] Vgl. die Auswertung bei Heintze 1988, S. 555 – 660.

[211] Vgl. die Ergebnisse einer empirischen Erhebung bei Heintze 1988, S.661 – 746.

Bedarf hinaus auszubilden, verminderten sich; die Privatisierung öffentlicher Unternehmen tat ein Übriges. Seit Mitte der 90er Jahre bestimmen Nachfrageüberhänge das Bild. Dies weniger in Westdeutschland, durchgängig jedoch in Ostdeutschland. Nur Anfang der 90er Jahre gab es in den neuen Ländern und Berlin akzeptable Versorgungsquoten. Während der zurückliegenden Dekade bewegten sich die Quoten (Berufsbildungsbericht 2006: Übersicht 1, S. 15) zwischen 89,8 Prozent (1997) und 94,7 Prozent (2001). Seit Jahren wird deshalb im Sommer und Frühherbst das Stück „Ausbildungspakt" gegeben. Politik und Verbandsspitzen schließen einen „Ausbildungspakt" mit dem Ziel der Schaffung zusätzlicher Ausbildungsplätze. Die Zahl der unversorgten Schulabgänger soll begrenzt, der Öffentlichkeit ein Erfolg verkündet werden. Da der Pakt selbst keinerlei Bindungswirkung entfaltet, betätigen sich Politiker und Verbandsfunktionäre aus Bund, Länder und Gemeinden bei Groß- wie Kleinbetrieben als Bittsteller. Zur u.a. von Gewerkschaften beigesteuerten Begleitmusik gehört die Forderung nach einer Ausbildungsplatzabgabe, um die Finanzierungsbasis zu verbessern und die Kosten zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Betrieben gerechter zu verteilen. Einerseits wird stets ab Spätherbst verkündet, der Ausbildungspakt sei erfolgreich gewesen.[212] Andererseits bleiben jeweils tausende von Jugendlichen unversorgt, die dann in Warteschleifen zwischengeparkt werden. Zu argumentieren, hier finde eine gute Ressourcenallokation statt, erscheint reichlich vermessen. Die Zeit für die jährlichen Bittgänge wäre besser für die Arbeit an einer grundlegenden Reform des deutschen Ausbildungssystems verwandt.

Während so der Verweis auf das duale System zwar noch berechtigt ist, zunehmend aber zu einem Vergangenheitsargument wird, sind die beiden anderen Argumente ohne wirkliche Substanz. Es ist richtig, dass die skandinavischen Schulen breiter aufgestellt sind als deutsche Schulen. Dies erweist sich jedoch als Stärke, denn hier greift ein Rad ins andere. Kostenloses Schulessen ist an finnischen oder schwedischen Schulen weit mehr als die Zuteilung von Kalorien. Es ist eine soziale Gemeinschaftsveranstaltung, die zugleich Möglichkeiten bietet, auf gesunde Ernährung hinzuwirken. Die Gesundheits- resp. Gemeindeschwester, die an Schulen tätig ist, leistet fortwährend gesundheitsfürsorgliche Dienste, während es in Deutschland nur stichtagsbezogene Schuluntersuchungen durch Ärzte des Gesundheitsamtes gibt. Schulpsychologen, Sozialarbeiter und Erzieher unterstützen LehrerInnen in Skandinavien wirkungsvoll bei sozialen und erzieherischen Prob-

---

[212] So Bundeswirtschaftsminister Clemens (SPD) zu Zeiten der rot-grünen Bundesregierung und nunmehr sein Nachfolger Michael Glos (CSU). „Das gemeinsame Engagement von Bundesregierung und Wirtschaft trägt Früchte. Deshalb haben wir den Pakt um weitere drei Jahre verlängert", erklärt er Anfang April 2007 (zit. nach FR Nr. 81 v. 5./6.4.2007, S. 11.

lemlagen. Diese Problemlagen gibt es auch an deutschen Schulen, nicht aber verlässliche Strukturen der professionellen Unterstützung des Lehrpersonals.[213] Dass die Kultusbürokratien der Länder kaum Stellen für Schulpsychologen bereithalten, bedeutet im Ergebnis, dass das Lehrpersonal mit Problemen von Schulmobbing, von Gewalt an Schulen in hohem Maße alleingelassen wird. Statt präventiv zu handeln, wird gewartet, bis sich kleinere oder größere Katastrophen ereignen. Dann folgt ein öffentliches Erregungsritual und 1, 2 zusätzliche Schulpsychologen werden eingestellt. Im Übrigen gibt es Appelle an die Eltern. Von den breiter aufgestellten skandinavischen Schulen kann man lernen, wie sich in die Institutionen des Bildungssystems Ziele der Gesundheitsförderung, der Gewaltprävention, der Integrationspolitik usw. integrieren lassen. Dass es nicht reicht, diese Ziele zu formulieren; dass hierfür finanzielle und personelle Ressourcen bereitgestellt werden müssen, ist eine logische Konsequenz.

In die Kategorie „ideologisch und unehrlich" gehört das letzte Argument. Empirisch gibt es zwischen der Höhe der Staatsquote und der wirtschaftlichen Performanz keinen einfachen Zusammenhang. Entscheidend ist, wofür öffentliche Mittel eingesetzt werden und wie die Prozesse öffentlicher Gütererstellung gesteuert sind. Eine hohe Staatsquote ist die Voraussetzung für ein Wohlfahrtsmodell wie das skandinavische. Bei Ausgaben für Bildung ist der wachstumsfördernde Charakter unbestritten. Daraus folgt nicht, dass Bildungsausgaben jedweder Art ökonomisch als Investitionen in Humankapital zu werten sind. Würden Individuen Gutscheine erhalten, die sie bei beliebigen privaten Bildungsdienstleistern einlösen oder auch verfallen lassen könnten, wäre nicht auszuschließen, dass ein relevanter Teil der Mittel nicht wirklich der Bildung von Humanvermögen dient, sondern als nicht zielgerichtete Subvention allokative Verzerrungen auslöst. Jedenfalls verlangt ein Bildungsgutschein-System nach einer Steuerung, damit die Eltern benachteiligter Kinder die Bildungsgutscheine bestimmungsgemäß einsetzen. Reinen Geldtransfers sind Bildungsgutscheine freilich vorzuziehen. An der geringen Wirksamkeit der deutschen Familienpolitik lässt sich dies studieren. Im internationalen Vergleich wenig wirksam ist die deutsche Familienpolitik nicht aufgrund eines zu geringen Fördervolumens, sondern weil sie zu einseitig auf Geldverteilung setzt und die Bereitstellung öffentlicher Dienste vernachlässigt. Die Glaube, Geldverteilung an Ehepaare und Eltern werde erstens den Kin-

---

[213] Daraus ist nicht der Schluss zu ziehen, dass Lehrkräfte in den skandinavischen Ländern die jeweils gewährte Bereitstellung von sogenannte, „para-educational stuff"(Lehrkräfte für Spezialförderungen, Schulpsychologen, child welfare officers, schoolnurses) für ausreichend hielten. In Schweden gibt es reichhaltige Klagen über zu wenig Unterstützungs-Personal (Regierungsbericht 2003: 79f.)

derwunsch beflügeln und zweitens den geborenen Kindern automatisch nutzen, trifft eben nur bedingt zu.

Auch ist es für die ökonomische Wirkung öffentlicher Ausgaben irrelevant, ob diese haushaltsrechtlich als konsumtiv oder investiv gewertet werden. Schulische Lernprozesse führen dann zu guten Bildungsergebnissen, wenn die bauliche Infrastruktur der Schulgebäude einschließlich der technischen Ausstattung den Lernanforderungen entspricht und in diesem Lernraum Teams von Lehrkräften und anderem Personal Kinder und Jugendliche so unterrichten, dass diese nicht nur Wissen anhäufen, sondern lernen zu lernen. Nach den Kriterien des deutschen Haushaltsrechts kommen da dann konsumtive und investive Anteile zusammen. Wenn beide gemessen an den bildungspolitischen Herausforderungen zu niedrig sind, ist das Argument, Finanzierungswege, die zu einer Erhöhung der Staatsquote führen, dürften nicht beschritten werden, weil damit der ordnungsrechtlich seit Jahren verfolgte Staatsquotensenkungskurs verlassen würde, sehr schwach, weil letztlich nur ideologisch begründet. Zwar hat es Charme, mit einer Finanzierung durch Umschichtungen im Haushalt zu werben. Seit Jahren gibt es entsprechende Ankündigungen. Sie funktionieren nur in der Theorie. Die Stagnation der deutschen Bildungsausgaben auf niedrigem Niveau zeigt dies deutlich Auch der Vorschlag, Finanzmittel für qualitative Verbesserungen daraus zu gewinnen, dass man die finanziellen Ressourcen nicht im Maße sinkender Schülerzahlen zurückfährt, wird sich als Milchmädchenrechnung entpuppen. Deutschland benötigt mehr Geld für die Vorschulbildung, für die Qualitätsverbesserung an Schulen, für den Hochschulbereich. Auch die Weiterbildung, wo Deutschland weit hinter den skandinavischen Ländern zurückliegt, ist kein rein privater Bereich. Wer sich bei all diesen Aufgaben auf frei werdende Mittel verlässt, statt den Business-as-usual-Rahmen üblicher Haushaltsberatungen zu verlassen und für ein ehrgeiziges Ziel nachhaltig die Finanzierung sicher zu stellen, ist verlassen.

c) Hochschulfinanzierung mit und ohne soziale Schlagseite

Im internationalen Vergleich hinkt Deutschland bei den Bevölkerungsanteilen, die über eine tertiäre Ausbildung verfügen, weit zurück. Der Abstand zu den skandinavischen Ländern ist während der zurückliegenden Jahre stetig größer geworden. Ein wesentlicher Grund ist darin zu sehen, dass das Bildungssystem strukturell ungerecht, weil auf die Selbstreproduktion der einkommens- und bildungsmäßig privilegierten Schichten hin angelegt ist. Gegenüber den 70er Jahren, wo das Bundesbildungsministerium („Untersu-

chung „Arbeiterkinder im Bildungssystem"[214]) beklagte, dass „*die Gleichheit der Startchancen für alle Kinder unabhängig von ihrer sozialen Herkunft*" noch lange nicht erreicht sei, haben sich die Chancen von Kindern aus der Unterschicht und der unteren Mittelschicht nicht wesentlich verbessert. Im WS 1971/1972 hatten knapp 12 Prozent der Studienanfänger an wissenschaftlichen Hochschulen einen Arbeiter als Vater.[215] Nach der 18. Sozialerhebung des deutschen Studentenwerks von 2007 stammen knapp 35 Jahre später weiterhin nur 13 Prozent der Studierenden aus einer niedrigen sozialen Herkunftsgruppe; 83 Prozent der Akademikerkinder studieren gegenüber nur 23 Prozent der Nicht-Akademikerkinder. [216]Vor dem Hintergrund der persistierenden Chancenungleichheit stellt sich die Frage, ob der Übergang in eine Wissensgesellschaft, zu dem zwingend gehört, dass ein erheblicher Anteil wenn nicht gar die Mehrheit eines Altersjahrgangs eine Ausbildung auf Hochschulniveau durchläuft, nur über die ständisch geprägten Strukturen des allgemeinbildenden Schulsystems gebremst wird oder an der Schwelle des Übergangs vom allgemeinbildenden Schulsystem ins Hochschulsystem für Abiturienten aus nicht-privilegiertem Milieu weitere Hürden aufgebaut sind. Solche Hürden können sich aus der Art der Finanzierung tertiärer Bildung ergeben, wenn die Finanzierung für Abiturienten aus privilegiertem Milieu durch deren Eltern gesichert ist, während Abiturienten aus benachteiligtem Sozialmilieu keine verlässlichen Finanzierungsstrukturen vorfinden.

Beim Blick auf die den Hochschulen zur Verfügung gestellten öffentlichen Mittel fällt auf, dass diese nominal seit Mitte der 70er Jahre, damit seit der ersten Bildungsexpansion kräftig gestiegen sind. Dies sagt jedoch wenig. Relevant ist die Relation zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Gemessen daran ist das Gewicht der für die Hochschulen öffentlich bereit gestellten Mittel gesunken. 1975 wurden in der alten Bundesrepublik 1,1 Prozent des BIP für den Hochschulsektor bereitgestellt. Bis 2001 ist dieser Anteil auf 0,9 Prozent gesunken. Dies obwohl sich die Studierendenzahl von 0,8 Millionen auf 1,9 mehr als verdoppelt hat. (Deutsche Bundesbank 2003: 64). Schon bezogen auf die vorhandenen Studenten liegt also eine erhebliche Unterfinanzierung vor. Statt sie abzubauen, wird über verschiedene Wege die Teilprivatisierung der Finanzierung betrieben. Es gibt, allerdings auf noch niedrigem Niveau, einen Zuwachs bei privaten Hochschulen und staatliche Hochschulen sind in verstärktem Maße gezwungen, sich um die Einwerbung privater För-

---

[214] Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (1976): Arbeiterkinder im Bildungssystem, zitiert nach der auszugsweisen Veröffentlichung in den Ausgaben der FR v. 30. März, 31 März und 1. April 1976

[215] Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (1976): Arbeiterkinder im Bildungssystem, zitiert nach der auszugsweisen Veröffentlichung in den Ausgaben der FR v. 30. März, 31 März und 1. April 1976; hier: Teil 2 v. 31.3.1976.

dermittel zu bemühen. Zwar ist Hochschulfinanzierung weiterhin eine öffentliche, bei den Bundesländern angesiedelte Angelegenheit. Freier Zugang zu Hochschulen existiert jedoch seit 2006 in einer Reihe von Bundesländern in einem strikten Sinne nicht mehr. Durch die Einführung von Studiengebühren wurde der private Finanzierungsanteil ausgebaut. Zunächst in Niedersachsen (ab WS 2006/2007), dann in weiteren konservativ regierten Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland) wurden Studiengebühren eingeführt. Überwiegend betragen sie 500 Euro pro Semester. Befürchtungen, die Gebühren könnten Abiturienten vom Studium abhalten, werden von der Bundesregierung zurückgewiesen. In der Antwort auf eine Kleine Anfrage von Abgeordneten der Fraktion Die Linke heißt es: „*Erfahrungen anderer Staaten zeigen, dass die Einführung von Studiengebühren nicht zu einem Absunken der Studierendenquote führt. Wesentlich ist, dass die Einführung der Gebühren verbunden wird mit Maßnahen der* sozialen *Abfederung der Gebührenpflicht*."[217] Tatsächlich jedoch sind die Studierendenzahlen in Niedersachsen nach der Einführung der Studiengebühr zurückgegangen. Auch wenn sie wieder ansteigen, kann von folgendem Mechanismus ausgegangen werden: Für Abiturienten reicher Eltern sind Studiengebühren nur insoweit ein Thema, als damit die finanzielle Abhängigkeit von den Eltern verstärkt wird. Abiturienten aus ärmerem Milieu werden sich jedoch sehr genau überlegen, ob sie zwecks Finanzierung der Studiengebühr ein verzinsliches Bankdarlehen aufnehmen. Die Schuld, die sie damit aufhäufen, wird nicht wenige abschrecken. Damit aber dürften sich Studienverzichte als Folge der Gebühren sozial höchst ungleich verteilen. Zu erwarten ist: Deutschland wird auch zukünftig an der Aufgabe scheitern, Kinder aus niedrigem Sozialmilieu verstärkt zu einem Hochschulstudium hinzuführen. Mit der Einführung von Studiengebühren haben die Bundesländer, die diesen Weg gehen, die Schwellenwirkung beim Übergang ins tertiäre Bidlungssystem verstärkt statt vermindert.

Die Frage von Studiengebühren ist eng verknüpft mit der Frage, welche Funktion der Hochschulbildung in einer Gesellschaft beigemessen wird. Eine Gesellschaft, die den kollektiven Nutzen höher bewertet als den individuellen Nutzen und die zudem bestrebt ist, Hochschulbildung für alle Abiturienten, die dies wünschen, zu ermöglichen, wird an öffentlichen Hochschulen keine Gebühren erheben. Gesellschaften, die den privaten Nutzen höherer Bildung betonen, werden zu anderen Entscheidungen kommen. Die darge-

---

[216] Zitiert nach Bericht in der TAZ v. 20. Juni 2007, S. 2

stellte erhebliche Expansion tertiärer Bildung in den skandinavischen Ländern lässt erwarten, dass die egalitäre Ausrichtung des allgemeinbildenden Schulsystems sich im Hochschulbereich fortsetzt. Mit einer gewissen Ausnahme bei Island, wo zwar keine Studiengebühren erhoben werden, aber die Einschreibung an einer Hochschule gebührenpflichtig ist und abweichend von den anderen skandinavischen Ländern Ausbildungsföderung auch nur in Form eines Darlehens gewährt wird, bestätigt sich die Erwartung. Die Finanzierung der Tertiärbildung ist durch 3 Prinzipien geprägt:

1. Dominanz staatlicher Hochschulen mit Finanzierung aus Steuern.
2. Freier Zugang zur Hochschulbildung (Keine Studiengebühren)
3. Finanzielle Unabhängigkeit der Studierenden von ihren Eltern (Recht auf Ausbildungsförderung)

Die finanzielle Unabhängigkeit der Studierenden von ihren Eltern bedingt, dass Studenten eine Studienförderung unabhängig um Einkommen der Eltern erhalten können. Das Prinzip wurde während der zurückliegenden 30 Jahre stetig ausgebaut. Die Ausbildungsförderung[218] besteht in Norwegen und Schweden aus einer Kombination von Zuschuss und Darlehen mit Schwerpunkt beim Darlehen; Finnland gewährt die Ausbildungsförderung als Zuschuss mit allerdings einer bescheidenen Höhe. Die großzügigste Regelung besteht in Dänemark. Die Studienförderung nehmen über 90 Prozent aller Vollzeitstudierenden in Anspruch; 0,8 Prozent des BIP setzte Dänemark im Jahr 2003 dafür ein. Norwegen lag mit 0,85 Prozent zwar darüber, gewährt die Mittel aber zu 60 Prozent als Darlehen, während Dänemark die Mittel zu über 80 Prozent als Zuschuss gewährt. Auch Schweden liegt mit einem Anteil von 0,61 Prozent des BIP recht hoch. Finnland (0,37 %) und Island (0,33 %) finden sich dagegen mehr in deutscher Nähe, wo im Jahr 2003 nur 0,20 Prozent des BIP für Studienförderung aufgewandt wurde.[219]

Fördersituation von Norwegen

Die Förderung setzt sich aus einem Basiszuschuss, einem Wohnzuschuss für Auszubildende/Studierende mit eigener Wohnung, einem Zuschuss für Studienmaterialien und

---

[217] Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage von Abgeordneten der Fraktion DIE Linke zur Gebührenfreiheit des Studiums (Deutscher Bundestag, 16 WP, Drs. 16/2435 v. 23.08.2006)

[218] Wie in Deutschland kann sie auch für einen nicht-akademischen Ausbildungsweg gewährt werden.

[219] Angaben nach: OECD 2006: Education at a Glance 2006; Indicator B5: Tuition fees charged by tertiary institutions and support for students and households through public subsidies, Tabellen B5.1 und B5.2: www.oecd.org/edu/eag2006

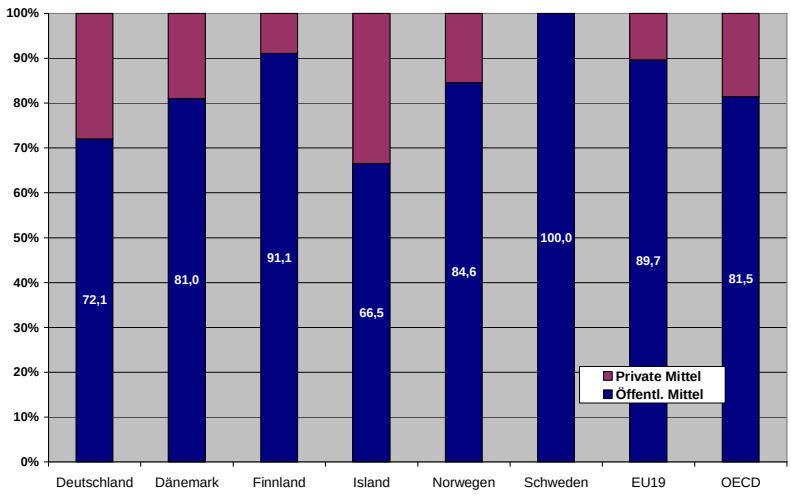
einem Studiendarlehen zusammen. Auszubildende/Studierende mit Kindern können zusätzliche Förderung erhalten; ebenso die, die an Privateinrichtungen Gebühren zahlen müssen. Aktuell (2007) beträgt der Basiszuschuss mtl. bis zu 1.730 NOK (217,59 €); der Wohnzuschuss bis zu 3.450 NOK (433,92 €), der Zuschuss für Lehrmaterialien bis zu 350 NOK (44,02 €) und das Darlehen bis zu 2.400 NOK (301,86 €). Die Summe aus Zuschuss und Darlehen kann bei Auszubildenden/Studierenden, die noch bei ihren Eltern wohnen mtl. bis zu 4.480 NOK (563,47 €) und bei denjenigen mit eigener Wohnung bis zu 6.730 NOK ((846,47 €) betragen: Dabei wird der Zuschuss für Lehrmaterial nicht mtl. gezahlt, sondern jeweils zu Beginn eines Semesters werden bis zu 1750 NOK (220,11 €) gezahlt. Der maximale Förderbetrag für ein akademisches Jahr beläuft sich auf 81.400 NOK (10.238 €). Wie hoch letztendlich der Zuschuss ausfällt, hängt an den individuellen Verhältnissen. Die Förderung wird zunächst in toto als Darlehen gewährt. Die Umwandlung in den maximal möglichen Zuschussanteil ist von drei Bedingungen (2006) abhängig. Erstens dem Bestehen von Prüfungen; zweitens der Nichtüberschreitung von bestimmten Grenzen hinsichtlich des eigenen Vermögens (223.600 NOK = 28.123 €) und drittens einem jährlichem Zuverdienst unter 113.027 NOK (14.216 €). Ausbildungsförderung wird ab Sekundarstufe II zu den gleichen Konditionen, die auch für die tertiäre Ausbildung gelten, gewährt.[220]

[220] Angaben für 2007; Quelle: Henvendelser fra lærestedene om innrapportering av undervisningsopplegg, eksamensdata og studentstatus: http://www.lanekassen.no/default____8346.aspx (Zugriff: Juni 2007)

Abbildung 27: Anteile öffentlicher und privater Finanzierung von Bildungsinstitutionen 2003: Vergleichsländer und Durchschnitt von EU und OECD

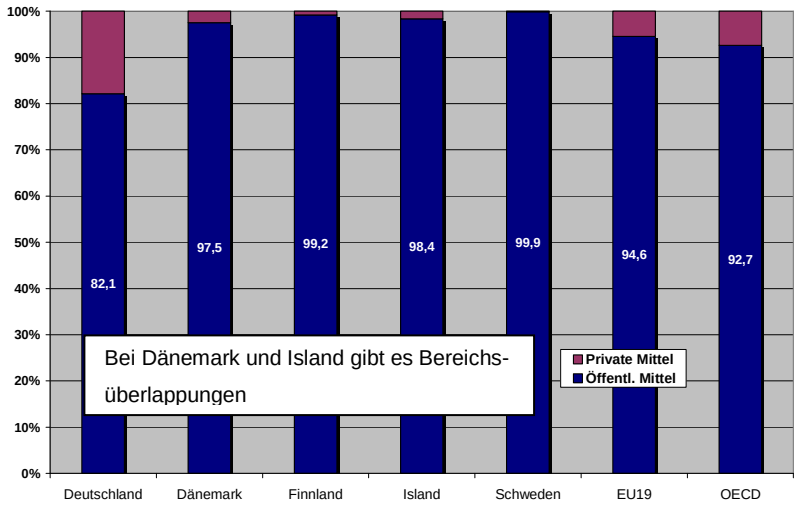
Vorschulische Bildung

(ab 3 Jahre)

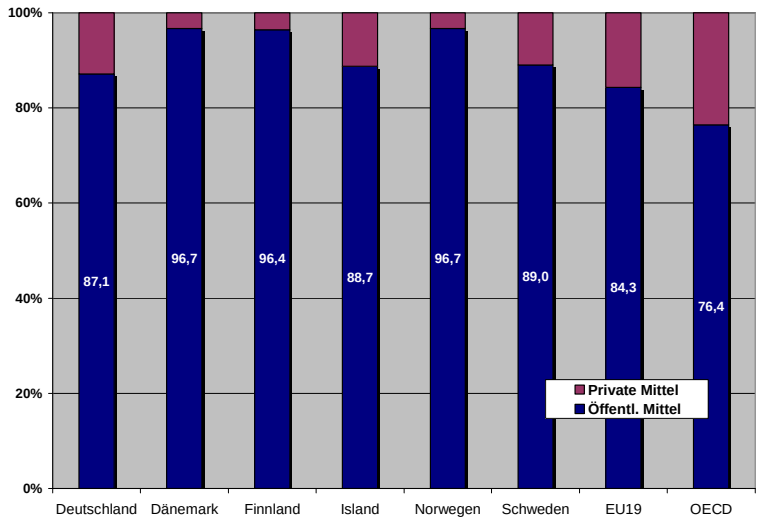


Primar- und Sekundär-bildung

(incl. postse-kundär)



Tertiäre Bildung



Quelle: OECD 2006: Education at a Glance, Tabellen B3.1 bis B3.3; eigene Darstellung.
http://dx.doi.org/10.1787/255532223068

Nicht nur werden in Deutschland durch die Erhebung von Studiengebühren die Zugangsmöglichkeiten zu Hochschulen erschwert, auch die Ausbildungsförderung ist eher bescheiden. Berücksichtigt werden muss, dass im deutschen System das Prinzip der Unterhaltspflicht der Eltern weiterhin prägend ist. Sie sind ihren Kindern gegenüber gesetzlich verpflichtet, Unterhalt während der Ausbildung bis zu einem ersten berufsqualifizierenden Abschluss zu leisten. Nur wenn die Eltern/Ehegatten aufgrund ihres geringen Einkommens nicht in der Lage sind, den Unterhalt für den Studierenden oder Auszubildenden zu zahlen, gewährt der Staat (Bund und Länder) Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG i. d. F. v. 2004: BGBl I S. 3127). Etwa jeder vierte Student erhält BAföG-Leistungen. Die von 2002 bis 2006 stagnierenden Sätze haben mit dem tatsächlichen Bedarf der Studierenden freilich nicht Schritt gehalten. Viele Studenten sind gezwungen, parallel zum Studium zu arbeiten.[221]

Aktuell gibt es folgende Fördersituation: Im Jahr 2005 erhielten rund 828 000 Personen (gut 321 000 Schüler und Schülerinnen sowie 507 000 Studierende) BAföG-Leistungen. 47 Prozent als Vollförderung (maximaler Förderungsbetrag). Sie hängt ab von der Ausbildungsstätte (Berufsfachschule oder Hochschule) und der Unterbringung (etwa bei den Eltern oder auswärts). Im Durchschnitt erhielten die geförderte Schülerinnen und Schüler monatlich 304 Euro pro Person und geförderte Studierende 375 Euro pro Person.[222]

---

[221] Nach der 17.Sozialerhebung des DSW sind 66 Prozent aller Studierenden im Erststudium sogar während der Vorlesungszeit erwerbstätig und haben daraus ein eigenes Einkommen. 65 Prozentn sind in der vorlesungsfreien Zeit (Semesterferien) erwerbstätig und 36 Prozent sind laufend, sowohl in der Vorlesungszeit als auch in der vorlesungsfreien Zeit, erwerbstätig. Nur 28 Prozent können sich voll auf ihr Studium konzentrieren. http://www.studentenwerke.de/main/default.asp?id=03301

[222] Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung „828 000 BAföG-Empfänger im Jahr 2005" vom 18. Juli 2006: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2006/p2880071.htm

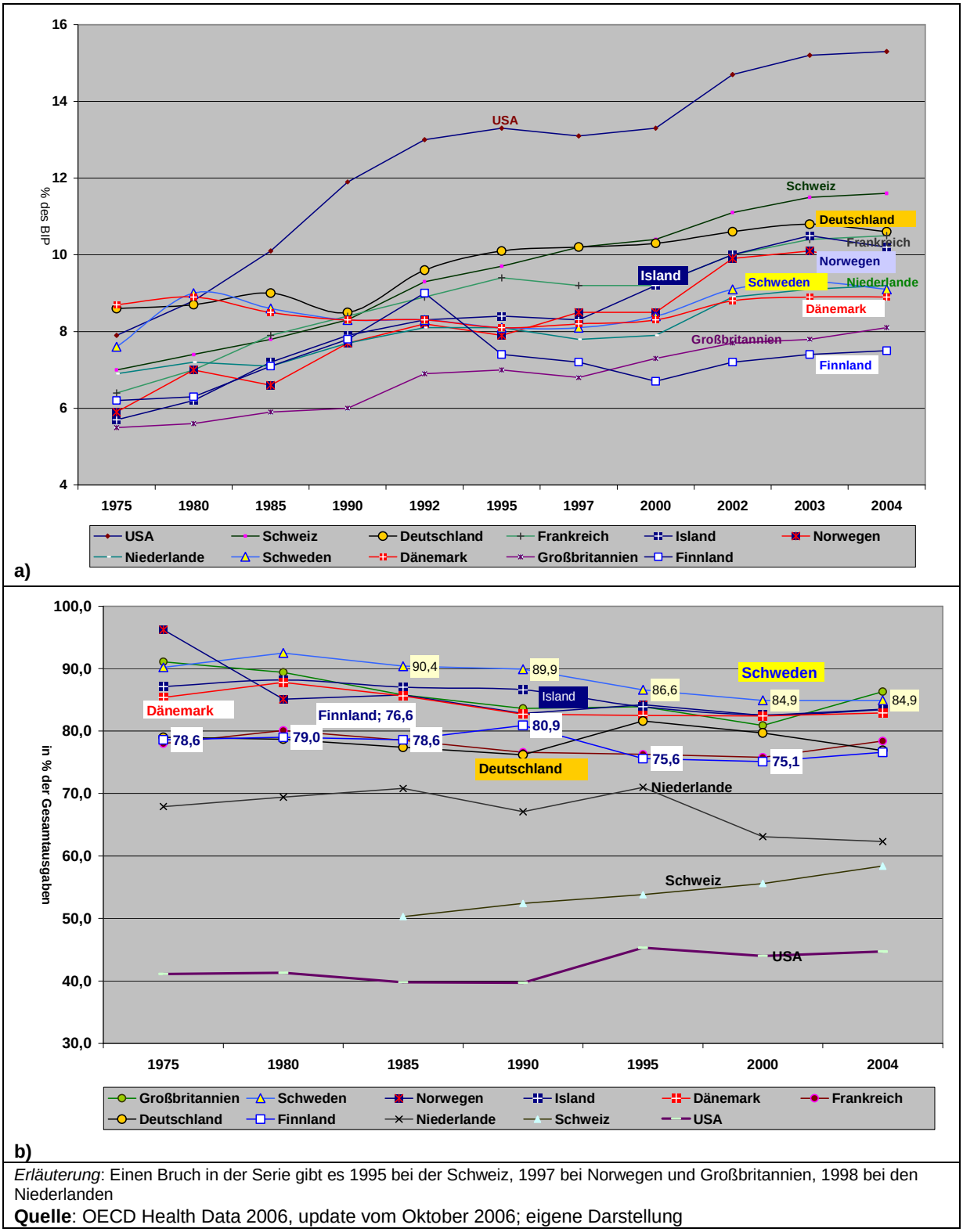
4.2.3 Gesundheitsfinanzierung

a) Langfristige Trends

Die Betrachtung der Entwicklung von Gesundheitsausgaben am BIP in OECD-Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen (vgl. Abbildung 28) ergibt folgende Befunde:

- Länder mit marktnahen Gesundheitssystemen haben große Schwierigkeiten, die Ausgabenentwicklung politisch zu kontrollieren. Die USA repräsentieren diesen Fall. Sowohl die Leistungs- wie die Finanzierungsseite ist primär privat organisiert. Ergebnis ist ein ineffizientes System. Obwohl am BIP gemessen die volkswirtschaftlichen Ressourcen, die für Gesundheit verausgabt werden, doppelt so hoch wie in Finnland sind, leistet das System für die Gesundheit der Bevölkerung weit weniger. Der Outcome bei zentralen Gesundheitsindikatoren ist im Durchschnitt unteres Mittelmaß. Gleichzeitig gibt es eine ausgeprägte soziale Polarisierung.
- Das Gegenmodell zum marktnahen Gesundheitssystem findet sich in den Ländern, die der Beveridge-Welt zuzuordnen sind. Von den in Abbildung 28 enthaltenen Ländern fallen darunter Im strikten Sinne Großbritannien, Finnland und Schweden. Dänemark, Norwegen und Island sind nicht strikt, wohl aber überwiegend hier zuzuordnen. Der Teilgruppe mit im strikten Sinne öffentlichem Gesundheitssystem gelingt die Ausgabenkontrolle am besten. Hinsichtlich relevanter Gesundheitsparameter müssen sie mit ihrem Outcome hinter den Ländern mit selbstverwaltetem Sozialversicherungssystem nicht zurückstehen. Je nach Indikatorwahl erreichen sie gleich gute, bessere oder auch schlechtere Ergebnisse. Ihre im Schnitt guten Ergebnisse erzielen sie jedoch mit Aufwendungen am BIP von 8 bis 9 Prozentpunkten, während Länder mit selbstverwalteten Sozialversicherungssystemen dafür einen deutlich höheren Ressourceneinsatz von 10 bis 11 Prozent des BIP benötigen.
- Alle hochentwickelten Industrieländer sind mit den Themen medizinischer Fortschritt, Überalterung der Gesellschaft, Veränderung der Krankheitsbilder hin zu chronischen Erkrankungen und einem Anstieg von Multimorbidität konfrontiert. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf kann als Indikator dafür gewertet werden, wie gut es den verschiedenen Ländern gelingt, ihre Gesundheitssysteme trotzdem finanzierbar zu halten. Bei weitem am besten schneidet diesbezüglich Finnland ab. Hier gelang das Kunststück, den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP seit Mitte der 80er Jahre mit gewissen Schwankungen annähernd stabil zu halten und trotzdem Fortschritte in der Versorgung und bei relevanten Outcome-Indikatoren zu erzielen.

Abbildung 28: Gesundheitsausgaben am BIP in ausgewählten OECD-Ländern:
Entwicklung 1975 - 2004 (insgesamt und öffentlicher Finanzierungsanteil)



Erläuterung: Einen Bruch in der Serie gibt es 1995 bei der Schweiz, 1997 bei Norwegen und Großbritannien, 1998 bei den Niederlanden

Quelle: OECD Health Data 2006, update vom Oktober 2006; eigene Darstellung

Gegenüber den Zahlen von Abbildung 28 gibt es bei relativen Gesundheitsausgaben in Deutschland seit 2003 nur geringe Veränderungen. Nach Mitteilung des Statistischen

Bundesamtes[223] erreichten die Ausgaben im Jahr 2005 mit insgesamt 239,4 Milliarden Euro oder 10,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Die Ausgaben je Einwohner lagen bei 2.900 Euro (2004: 2.830 Euro).

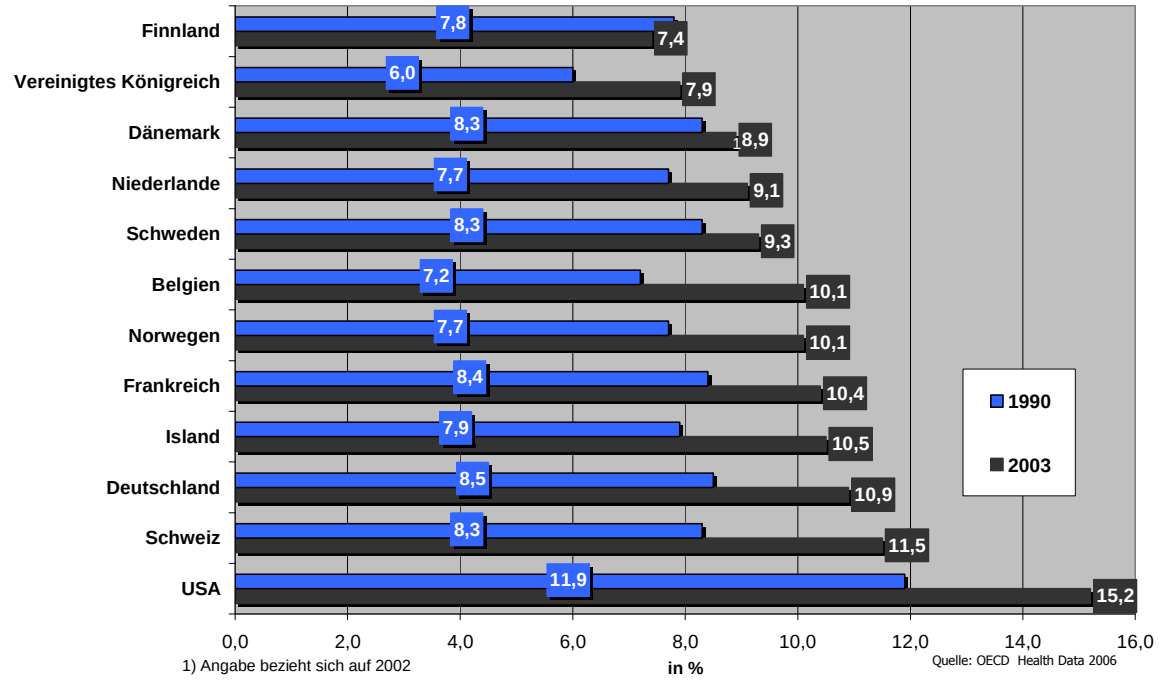
Aus der Betrachtung über einen Zeitraum von 30 Jahren ergibt sich, dass bei vergleichbar gutem Outcome die Länder, die ihr Gesundheitssystem im Kern als staatliches Leistungssystem gestalten, die Ausgabenentwicklung besser steuern können als Sozialversicherungssysteme mit Selbstverwaltung der Leistungserbringer. Dass den USA bei unterdurchschnittlichem Gesundheits-Outcome wirksame Ausgabenkontrolle nicht gelingt, ist Beleg dafür, dass bei einem öffentlich-meritorischen Gut wie Gesundheit ein System mit Vorrang des Marktes gleichermaßen bei Finanzierung wie Leistungserbringung nicht funktionstüchtig ist. Andererseits, ein System des öffentlichen Gesundheitsdienstes erbringt gute Ergebnisse auch nur bei ausreichender Bereitstellung von finanziellen und personellen Ressourcen. Je nach Siedlungsstruktur und der Zusammensetzung der Bevölkerung hinsichtlich Alter, Bildung und Migrationshintergrund kann bei hochentwickelten Ländern davon ausgegangen werden, dass im Minimum zwischen 7,5 und 9,5 Prozent des BIP für die Gewährleistung eines qualitätsgesichert guten Versorgungsstandes bereit gestellt werden müssen. Unterhalb dieses Korridors droht Unterfinanzierung, oberhalb des Korridors bestehen Ineffizienzen und nicht erschlossene Wirtschaftlichkeitsreserven. Das britische Gesundheitssystem war vor dem Regierungsantritt von Labour (1997) unterfinanziert. Einen gesetzlichen Mindestlohn einzuführen und die Unterfinanzierung des National Health Service zu beenden, waren zentrale Wahlversprechen. Beide Versprechen wurden eingelöst. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben am BIP von 6 Prozent (1990) auf 7,9 Prozent (2004) war also politisch gewollt. Das britische Beispiel zeigt, dass bei entsprechendem Willen der politischen Entscheidungsträger westliche Sozialstaaten weiterhin in der Lage sind, gesellschaftliche Teilsysteme zielorientiert zu steuern. In einer wachsenden Wirtschaft – von 1996 bis 2000 lag das Wirtschaftswachstum in Großbritannien bei durchschnittlich 3,2 Prozent und von 2001 bis 2005 bei durchschnittlich 2,4 Prozent[224] - die Finanzausstattung für die Produktion eines öffentlichen Gutes um 1,9 BIP-Prozentpunkte anzuheben, bedeutet, dass über Jahre weit überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen finanziert werden müssen. Bei Bildung erweist sich die deutsche Politik trotz PISA unfähig, eine vergleichbare Leistung zu erbringen.

---

[223] Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 23. April 2007: http://www.destatis.de/presse/deutsch/-pm2007/p1700095.htm (Zugriff: 28.4.2007)

Abbildung 29 verdichtet die langfristige Zeitreihe von Abbildung 28 auf den Vergleich von zwei Zeitpunkten. Hier vor allem zeigt sich, dass unter den Vergleichsländern Finnland, Schweden und Dänemark die Ausgabenkontrolle am besten bewältigen. Vor dem Hintergrund der Ausführungen in Kapitel 2 zu den Systemausprägungen kann dies nicht verwundern. Schweden und Finnland bieten hochintegrierte Systeme mit privater Leistungserbringung im Sinne von Ergänzung und dem Einkauf von Flexibilität. Dänemark gehört zur Untergruppe „Dänemark-Norwegen-Island" mit einem Mischsystem bei der Primärversorgung. Die dänischen kommunalen Entscheidungsträger haben jedoch ihre Steuerungsinstrumente ziemlich scharf gemacht. Die Entwicklung einer zweiten Facharztschiene wie in Island wurde erfolgreich unterbunden. Auch trägt Dänemark nicht die norwegische und isländische Last dünner Siedlungsstrukturen.

Abbildung 29: Gesundheitsausgaben am BIP in ausgewählten OECD-Ländern 1990 bis 2003



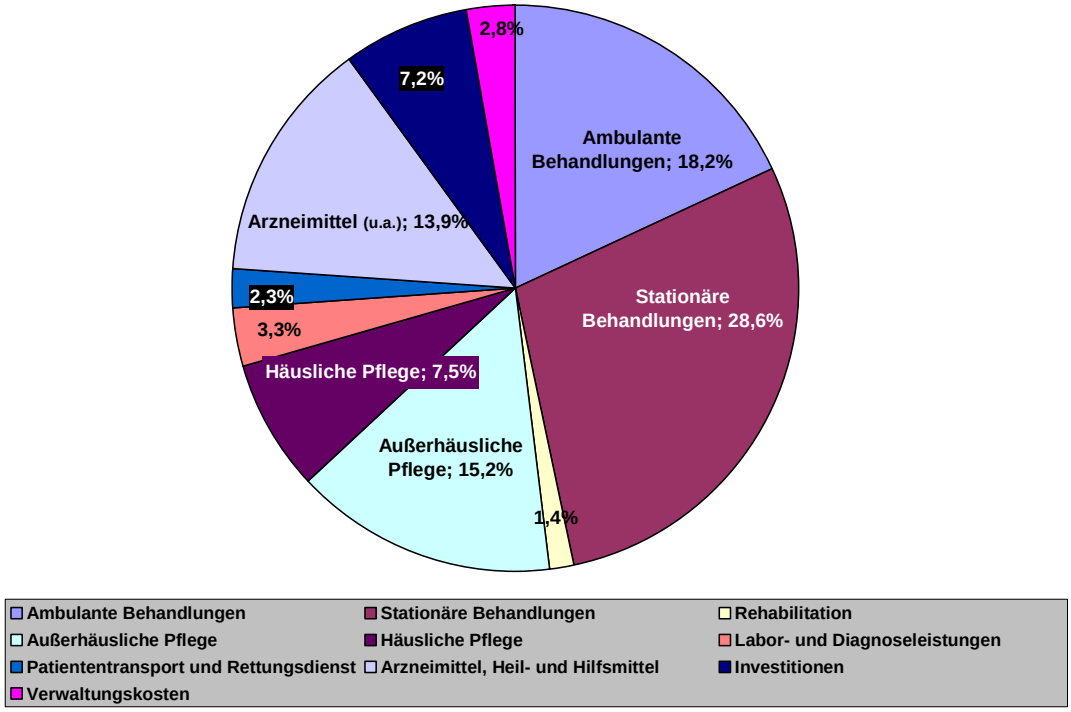
Quelle: OECD Health Data 2006, eigene Darstellung

[224] EZB, Statistics Pocket Book, April 2007, S. 37

b) Wichtige Ausgabenblöcke

In Deutschland haben die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen und die für ambulante Behandlungen an den Gesamtausgaben der GKV ungefähr den gleichen Anteil von jeweils etwas mehr als einem Drittel. Von 1991 bis 2005 gab es in beiden Feldern einen Anteilsanstieg. Bei den Krankenhausausgaben stieg der Anteil von 32,9 Prozent auf 36,3 Prozent und bei den ambulanten Behandlungen (ohne Dentalbereich) von 33,7 Prozent auf 35,9 Prozent. Auch der auf Arzneimittel entfallende Anteil an den GKV-Leistungsausgaben stieg, und zwar (incl. Verbandsmaterial) von unter 14 Prozent in der ersten Hälfte der 90er Jahre auf 17,6 Prozent im Durchschnitt der Jahre 2001 – 2005. Gegenläufig dazu nahm der Anteil zahnärztlicher Leistungen ab mit Schwerpunkt beim Zahnersatz. (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2006: 47). Aufgrund der in Deutschland anderen Struktur der Leistungserbringung mit ambulanter und stationärer statt primärer und sekundärer Versorgungsebene wie auch der Finanzierungsseite (zwei nach unterschiedlichen Prinzipien arbeitende Vollversicherungssysteme für die Krankheitsversorgung plus ein separates Versicherungssystem für ambulante und stationäre Pflegeleistungen in Deutschland contra ein stark integriertes System mit nur ergänzender Rolle privater Versicherungen) erscheint ein Vergleich nach Kriterien von ambulant und stationär nur eingeschränkt sinnvoll. Außerdem, die Betrachtungsperspektiven unter denen in den Vergleichsländern Ausgaben aufgeschlüsselt werden, sind kaum vergleichbar. In Deutschland stehen die Leistungsausgaben der GKV im Zentrum. Damit aber bleiben die PKV-Ausgaben, die Ausgaben von Bund, Ländern und Gemeinden außen vor. Ein direkter Vergleich mit der Ausgabenstruktur in Skandinavien ist hier nur sehr eingeschränkt möglich. Das Tortendiagramm von Abbildung 30, das die norwegischen Gesundheitsausgaben nach Arten für das Jahr 2004 abbildet, mag dies verdeutlichen. Es gibt in Norwegen ein Gesamtrechnungssystem für gesundheitsbezogene Ausgaben, in das die Leistungen für häusliche und außerhäusliche Pflege einbezogen sind. In allen skandinavischen Ländern sind diese Leistungen nicht separiert, sondern in den Leistungskanon der kommunalen Gesundheitszentren integriert. Mit einem Anteil von im Jahr 2004 mehr als einem Fünftel kommt dieser Kostenposition ein bedeutsames und steigenes Gewicht zu. Bei der Interpretation des BIP-Anteils, den Norwegen für Gesundheit ausgibt, muss dies berücksichtigt werden. In Norwegen existiert ein gut ausgebautes, in Deutschland nur ein rudimentäres öffentliches Pflegesystem.

Abbildung 30: Struktur der norwegischen Gesundheitsausgaben im Jahr 2004



Erläuterung: Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel bezieht sich nur auf den ambulanten Bereich
Quelle: Health Accounts, zit nach Johnson 2006: 38

Auf einige ausgesuchte Ausgabenblöcke, die einerseits Unterschiede erklären, andererseits jedoch auch für von allen Ländern geteilte Problemlagen stehen, soll nachfolgend eingegangen werden.

Ärzteeinkommen

Die geringere Ausgabenintensität in Dänemark, Schweden und Finnland hat zahlreiche Ursachen. Ihnen kann hier nicht weiter nachgespürt werden. Hinsichtlich einiger Teilerklärungen sei auf Döring 2006 verwiesen. Ein bei Döring 2006 nicht thematisierter Erklärungsfaktor sind die in den skandinavischen Ländern schlanken Strukturen. Das Fehlen zersplitterter korporatistischer Strukturen bedeutet, dass es wenige und nicht tausende von finanziell lukrativ ausgestatteten Managerpositionen (Vorstandsmitgliedern von GKV, PKV, KVen…) gibt wie in Deutschland. Wie hoch deren Jahresvergütungen sind, ist der Verfasserin nicht bekannt. Aufgrund des skandinavischen Einkommensgefüges ist jedoch davon auszugehen, dass jeder für sich nicht Jahresvergütungen von mehreren hunderttausend Euro bezieht wie in Deutschland, sondern deutlich weniger. Auch die Arzthonorare sind im Durchschnitt niedriger als in Deutschland und die Gehälter angestellter Ärzte teilweise niedriger, während Pflegepersonal umgekehrt tendenziell mehr verdient. Ledig-

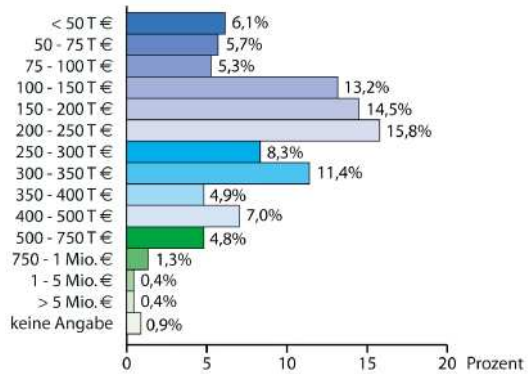
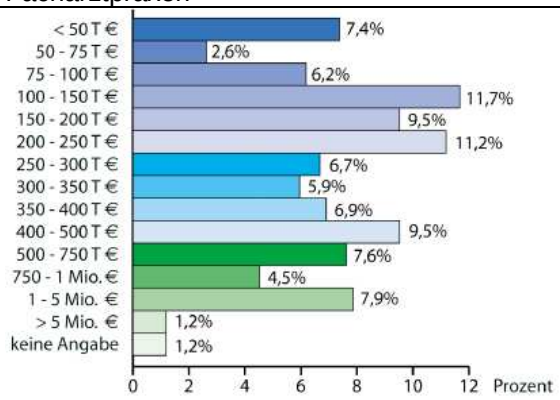
lich in Island könnten selbständig tätige Fachärzte Einkommen in ähnlicher Höhe beziehen wie in Deutschland. Werfen wir also einen Blick auf die Erkenntnisse, die zu den Einkünften ambulant tätiger Ärzte in Deutschland vorliegen.

Einkünfte des niedergelassenen Bereichs in Deutschland

Zur Intransparenz des deutschen Gesundheitswesens gehört, dass sich wesentliche Bereiche als Black Box darstellen. Die Einkommen der niedergelassenen Ärzte, ebenso die der Chefärzte an Kliniken gehören dazu. Entsprechend dürftig ist die Datenlage. Umso mehr freilich wird die aktuelle Höhe der Gesamtvergütung von Ärzteseite regelmäßig beklagt. Sie honoriere ihre Leistungen nicht ausreichend, berücksichtige nicht die demographische Entwicklung, nicht die Änderung der Morbidität, nicht den medizinischen Fortschritt. sondern folge dem sachfremden Parameter der Sicherung der Beitragssatzstabilität. Teilweise würden sie unentgeltlich Leistungen erbringen.

Wollte man die Klagen für bare Münze nehmen, müsste es um die Einkommensposition der Ärzte schlecht bestellt sein. Schlecht bestellt ist es jedoch um die Verteilung des Honorarkuchens; diese hat mit Leistung vermutlich wenig zu tun. Eine im Juni 2006 durchgeführte repräsentative Befragung bei 15.000 (Samplegröße) niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen aller Fachgruppen (ohne Zahnärzte) liefert dafür Anhaltspunkte. Sie enthält Angaben zum Praxisumsatz, zur Struktur der Einnahmen und dem persönlichen Arzteinkommen (GGMA 2006). Aus den abgefragten Selbstauskünften ergibt sich, dass GKV-Einnahmen bei den Hausärzten über 70 Prozent zum Praxisertrag beisteuern, bei allen niedergelassenen Ärzten aber nur 65 Prozent. 20 Prozent des Praxisertrages kommt von Privatpatienten, obwohl deren Anteil an den Versicherten nur bei rd. 12 Prozent liegt (GGMA 2006: 8). Das Eintreten einzelner Ärztegruppen für die Schaffung einer privaten Versicherungspflicht, wie von der FDP gefordert, entspricht also der wirtschaftlichen Interessenlage der Ärzte, insbesondere der Fachärzte. Wie aus Abbildung 31 ersichtlich, gibt es ein erhebliches Umsatzgefälle, wobei Hausarztpraxen in den mittleren Umsatzbereichen stark vertreten sind, Facharztpraxen dagegen in den höheren. Im Jahr 2006 erzielten 20 Prozent der Hausarztpraxen verglichen mit 38,8 Prozent der Facharztpraxen Umsätze von über 350.000 Euro. Das gewichtete durchschnittliche Bruttojahreseinkommen der befragten Ärzte lag bei 117.500 Euro*. Ärztinnen verdienen mit durchschnittlich 78.200 Euro fast 40 Prozent weniger als Ärzte* (Durchschnittseinkommen: 128.700 Euro). Die Mann-Frau-Einkommensdifferenz ist damit im niedergelassenen Arztbereich tendenziell doppelt so hoch wie in der Gesamtwirtschaft. (GGMA 2006: 14) Derartig eklatante Einkommensdiskrepanzen würden in den skandinavischen Ländern gesellschaftlich nicht akzeptiert.

Abbildung 31: Umsätze niedergelassener Ärzte in Deutschland 2006

Hausarztpraxen	Facharztpraxen
	

Quelle: GGMA – Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH 2006: Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2006 (im Auftrag der Stiftung Gesundheit, Hamburg: www.stiftung-gesundheit.de), Hamburg S. 12: www.ggma.de

Arzneimittelkosten

Bei der Betrachtung der Ausgabearten fallen die Arzneimittel aus dem Rahmen. In Deutschland stiegen die Arzneimittelkosten der GKV von 1991 bis 2005 um etwa 60 Prozent an, obwohl die Anzahl der Verordnungen in diesem Zeitraum um etwa 40 Prozent zurückging. Auch in den letzten Jahren gab es weiter überproportionale Steigerungen. So im GKV-Bereich einen Zuwachs gegenüber 2004 um 10,2 Prozent.[225] Aktuell (2006) belaufen sich die GKV-Ausgaben für Medikamente auf 25,87 Mrd. Euro, wobei ca. die Hälfte der Ausgaben im ambulanten Bereich anfällt (48 %). Vor dem Hintergrund hoher Medikamentenabhängigkeit steckt darin eine gewisse Brisanz. Zwischen 1,4 und 1,9 Millionen Bundesbürger sind medikamentenabhängig. Nach einer Schätzung der Bundesärztekammer ergeben sich aus der Medikamentenabhängigkeit (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel) Folgekosten etwa durch stationäre Entwöhnung und anderes in Höhe von 14 Mrd. Euro jährlich.[226] Auch 2007 setzt sich der Anstieg bei den Arzneimittelausgaben fort. Das Bundesgesundheitsministerium meldete für die ersten Monate einen Anstieg um 4,3 Prozent. Nur ein Teil davon resultiere aus der Anhebung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 Prozent. zum 1. Januar 2007. So appelliert das Bundesgesund-

[225] Hochrechnung Stand Feb. 2007 nach: Dt. Ärzteblatt (2007) 104: B-879.

[226] Quelle: Gemeinsame Information von DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.v.), BKK (Betriebskrankenkassen) und KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) zu der Fachtagung „Medikamentenabhängigkeit – gemeinsam handeln" am 23. April 2007.

heitsministerium denn auch an die Krankenkassen, Einsparmöglichkeiten, die ihnen gesetzlich offen stehen, konsequent zu nutzen wie etwa den Abschluss von Rabattverträgen mit den Arzneimittelherstellern.[227]

Die Arzneimittelkosten sind nicht nur in Deutschland ein kritischer Ausgabenblock. Alle Vergleichsländer stehen an dieser Front unter erheblichem Druck. Pro-Kopf hat Deutschland zwar die höchsten Ausgaben, liegt bei Betrachtung der Arzneimittelanteile an den gesamten Gesundheitskosten jedoch hinter Finnland und ungefähr gleichauf mit Island (Gesundheits-SVR 2005: Tabellen 72 und 73, S. 560f.). Dabei muss berücksichtigt werden, dass die finnischen Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP um knapp ein Drittel unter dem deutschen Niveau liegen. Interessant ist, in welchem Maße es den Ländern gelingt, die Arzneimittelkosten unter Kontrolle zu halten, zumal die Instrumente, die dabei zum Einsatz kommen unterschiedlich sind. Innerhalb der skandinavischen Länder bilden Island und Schweden die beiden Pole. Schweden hat ein staatliches Monopol mit Abgabe der Arzneimittel über staatliche Apotheken; in Island gibt es kaum Beschränkungen für Apotheker. Im Ergebnis liegen die Ausgaben pro Kopf in Island zwar deutlich höher als in Schweden, die Anteile an den Gesamtausgaben sind aber vor allem in Schweden seit Anfang der 90er Jahre stark gestiegen (von 8 bis 9 % auf 13 %), in Island aber relativ konstant geblieben (bewegen sich bei rd. 14 Prozent). Inwieweit der 2002 neu eingerichtete Pharmaceutical Benefits Board (*Läkemedelsförmånsnämnden, LFN)* als Preisregulierungsbehörde erfolgreich ist, bleibt abzuwarten.

Bei grober Betrachtung gelang die Begrenzung der Arzneimittelkosten während der 90er Jahre und danach in Dänemarkt am besten. Absolut gab es hier den geringsten Anstieg und relativ liegen die Kosten im Jahr 2002 mit einem Anteil von leicht über 9 Prozent auf dem Niveau von 1970. Von dieser Globalperspektive zu trennen ist die Perspektive „Ausgaben von Landkreisen und Sozialversicherung". Die Einnahme dieser Betrachtungsperspektive weist die Arzneimittelausgaben entgegen dem Globaltrend als größten Wachstumsbereich aus. 1990 lag der Anteil an den Gesamtausgaben[228] bei 24,7 Prozent, 1995 bei 34,7 Prozent und im Jahr 2000 bei 34,9 Prozent (The Ministry of the Interior and Health 2002b: 13). Gegenläufig dazu sank der Anteil der Ausgaben für das Hausarztsystem von 43,2 auf 37,1 Prozent, für Zahnärzte von 12,4 auf 8 Prozent und für Fachärzte

---

[227] Quelle: Pressemitteilung Nr. 43 „Finanzergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung im 1. Quartal 2007 – Konsolidierungsprozess setzt sich fort" des BGM vom 1. Juni 2007: : http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_1119298/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse-2-2007/pm-1-6-07,param=.html

[228] Ausgaben der Landkreise und Kostenerstattungen für Arzneimittel; ohne Arzneimittel, die bei Reihenuntersuchungen von Kindern incl. Impfungen Anwendung finden.

von 15,9 auf 12,5 Prozent. Die Arzneimittelkosten erweisen sich in Dänemark als der zentrale Kostentreiber. Dabei ist der Bereich politisch reguliert. Die Verteilung von Apotheken über das Land wird gesteuert, ebenso ihre Gewinnmargen.

Warum sind die Arzneimittelausgaben in allen Vergleichsländern so schwer kontrollierbar. Im Detail gibt es dafür viele Gründe. Der wichtigste ist jedoch ein systemischer. Im Bereich von Arzneimitteln durchmischen sich zwei Systeme mit unterschiedlicher Logik. Das marktwirtschaftlich-kapitalistische System folgt dem Profitmotiv, öffentliche Gesundheitssysteme folgen dem Bedarfsprinzip. Auch in den skandinavischen Ländern werden Arzneimittel nicht von staatlichen Forschungslabors entwickelt und auch nicht von einer Struktur kleiner mittelständischer Unternehmen, unter denen der Wettbewerb funktioniert.

Der Gesundheitssachverständigenrat (2005: 580f.) hat für die Arzneimittelgruppe der Statine, zu der auch das vom Markt genommene Produkt Lipobay gehörte, aufgrund vorliegender Studien einen internationalen Vergleich mit Einbezug einiger skandinavischer Länder (ohne Island) angestellt. Statine haben einen beispiellosen Siegeszug hinter sich, der allerdings mit hohen Kosten einherging, da Hersteller wie Pfizer ihre Oligopolstellung dazu nutzen, Preise durchzusetzen und aufrechtzuerhalten, die um das X-Fache über den Herstellungskosten liegen. Bei einem bestimmten Arzneimittel lagen die Herstellungskosten pro Tagesdosis nur bei 0,01 Euro, die den Gesundheitssystemen entstehenden Ausgaben pro Tagesdosis bewegten sich jedoch in der Spannweite von 0,80 Euro (Niederlande) bis 1,30 Euro (Dänemark). Mit 1,26 Euro lagen die Ausgaben auch für Deutschland sehr hoch. Dänemark hat auf die hohen Ausgaben mit einer zurückhaltenden Verordnungspraxis reagiert; im Jahr 2000 kamen auf 1000 Einwohner nur 15,5 Tagesdosisverordnungen gegenüber 26,5 in Deutschland, 47,3 In Norwegen und 59,3 in den Niederlanden (Gesundheits-SVR 2005: Abbildung 44, S. 673). Der Sachverständigenrat sieht den Markt für Statine als ein Beispiel für mangelnden Preiswettbewerb. Welche Handlungsoptionen bestehen, um die Arzneikosten in Schach zu halten? Abgesehen von Schweden, wo ein staatliches Vertriebsmonopol existiert, arbeiten die anderen Länder unterhalb dieser Interventionsschwelle mit Festpreisen, Rabattverhandlungen, dem Ausschluss teurer Arzneimittel ohne relevanten Zusatznutzen aus dem Leistungskatalog und dem Einsatz von Generika, wo immer diese zur Verfügung stehen. So existiert in Finnland seit 2003 ein Gesetz, das vorschreibt, dass dort, wo vergleichbare Arzneimittel existieren, das preisgünstigere zum Einsatz kommen soll. [229]

---

[229] New pharmaceutical intitiatives in Finland, in: Euro Oberserver – Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, Vol 5, Spring 2002, Nr. 1: S. 3f.

c) Finanzierungsstruktur

Alle Vergleichsländer weisen eine Finanzierungsstruktur auf, bei der der Anteil der privaten Zusatzkosten während der letzten 10 Jahre deutlich angestiegen ist. In Deutschland sind die gesetzlichen Krankenversicherungen mit einem Anteil von 57 Prozent (2004) der größte Ausgabenträger (135,9 Milliarden Euro; plus 3,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr). Die privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck zahlten 32,4 Milliarden Euro. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben betrug knapp 14 Prozent. Gut 9 Prozent oder 22,0 Milliarden Euro entfielen auf die PKV; deren Ausgaben wuchsen mit plus 4,2 Prozent deutlich überdurchschnittlich.

Bei Betrachtung der langen Frist von 25 Jahren und damit einem Vierteljahrhundert ergeben sich für die skandinavischen Länder folgende Befunde:

Dänemark

Die öffentlich erbrachten Gesundheitsdienste sind überwiegend kostenfrei. Ihre Finanzierung erfolgt über Steuern (Lokale Steuern und aus Steuereinnahmen aufgebrachte staatliche Zuschüsse). Die staatlichen Zuschüsse, die Lokalregierungen zur Finanzierung ihrer Leistungen erhalten, sind an objektive Kriterien gebunden; die demographische Struktur ist eines der Kriterien. Der öffentliche Finanzierungsanteil an allen Gesundheitsausgaben (vgl. Abbildung 28b) ging von 86,5 Prozent (1980) auf 82 Prozent (1999) zurück. Gegenläufig erhöhte sich der private Finanzierungsanteil von 13,5 auf 18 Prozent. Die privaten Ausgaben beziehen sich hauptsächlich auf Arzneimittel sowie die Leistungen von Zahnärzten und Physiotherapeuten. Zahnärztliche Leistungen sind nur für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr kostenfrei. Erwachsene tragen zahnärztliche Kosten zu rd. 70 Prozent selbst. Die Kostenübernahme durch private Versicherungen ist gleichwohl minimal. Bis Mitte der 90er Jahre gab es zunächst einen Anstieg auf 1,7 Prozent aller Gesundheitsausgaben, danach ist der Anteil bis 1999 auf 1,5 Prozent zurückgegangen (Vallgarda et al.: 31). Der Umstand, dass mehr als ein Viertel aller Dänen eine private Zusatzversicherung abgeschlossen hat, ließe erwarten, dass daraus ein größerer Finanzierungsbeitrag erwächst. Dies ist jedoch bislang nicht der Fall.

Norwegen

Absolut und gemessen am BIP sind die norwegischen Gesundheitsausgaben eine der weltweit höchsten. Bei der Bewertung muss zudem berücksichtigt werden, dass das BIP pro Kopf weit höher ist als in den Vergleichsländern. 2001 lag es um mehr als ein Drittel

höher als in Schweden der Finnland. Die Finanzierung erfolgt überwiegend aus Steuermitteln, die auf zentralstaatlicher Ebene anfallen oder von den Kommunen erhoben werden. Auf allen Ebenen wird mit globalen Budgets gearbeitet. Patientenzuzahlungen entstehen auf der primären Versorgungsebene bei Hausarztbesuchen sowie bei ambulanten Krankenhausbehandlungen. Sie sind nach oben gedeckelt, wobei der Deckel jedes Jahr neu festgelegt wird. 2006 lagen die maximalen jährlichen Zuzahlungen bei 1.615 NOK (201,68 €). Wer diesen Betrag erreicht hatte, war anschließend freigestellt von weiteren Zuzahlungen. Bei stationärer Unterbringung stehen die Leistungen in den öffentlichen Krankenhäusern dagegen allen Einwohnern kostenlos zur Verfügung. Von Zuzahlungen ausgenommen sind einzelne Bevölkerungsgruppen (Kinder, Jugendliche bei psychotherapeutischen und zahnärztlichen Behandlungen, Behinderte mit Erwerbsunfähigkeitsrente) und einzelne Leistungen (Vorsorgeleistungen, Leistungen während der Schwangerschaft). Die Nationale Versicherung leistet bei krankheitsbedingten Einkommensausfällen Ersatz. Einbezogen sind auch Selbständige.

Mit Blick auf die Entwicklung seit Anfang der 80er Jahre springt ins Auge, dass sich trotz aller strukturellen Veränderungen an den öffentlichen und privaten Finanzierungsanteilen nichts geändert hat. 1980 lag der öffentliche Finanzierungsanteil an den gesamten Gesundheitsausgaben bei 85,1 Prozent. Bis 1990 sank er auf 82,8 Prozent und stieg dann wieder an. In den letzten Jahren schwankte er zwischen 85,0 und 85,5 Prozent. Die privaten Zuzahlungen einschließlich der Mittel aus privaten Fonds entwickelten sich spiegelbildlich dazu. Private Fonds erlangten kurzfristig Anfang der 90er Jahre eine gewisse Bedeutung. 1990 deckten sie 2,6 Prozent der Ausgaben; im Jahr 2000 waren es nur noch 0,5 Prozent. (Johnsen 2006: 42).

Schweden

Gemessen am BIP blieben die schwedischen Gesundheitsausgaben während der letzten 25 Jahre relativ stabil. Sie schwanken um 9 Prozent des BIP. Eingeschlossen sind die Ausgaben der Kommunen für die ambulante Pflege älterer Menschen. Diese Position ist deutlich gestiegen. Ungefähr 0,7 Prozent des BIP geben die Kommunen für die Pflege älterer Menschen aus. 2005 wurden 71 Prozent der Gesundheitsausgaben durch Lokale Steuern gedeckt. Staatliche Zuschüsse machen etwa 16 Prozent aus und 3 Prozent entfielen auf Patientengebühren. Der Rest von 10 Prozent kam aus unterschiedlichen Quel-

len zusammen. Bei den Ausgaben entfallen aktuell etwa 10 Prozent auf den Einkauf privater Dienstleistungen.[230]

Im schwedischen Gesundheitssystem haben sich die privaten Zuzahlungen während der letzten 20 Jahre deutlich erhöht. Aktuell (2005) müssen für Arztvisiten im Primärsektor Gebühren von 100 bis 150 SEK (10,83 bis 16,24 €) und für stationäre Krankenhausaufenthalte täglich etwa 80 SEK (8,64 €) bezahlt werden. Die privaten Zuzahlungen sind wie in Deutschland auf einen jährlichen Maximalbetrag begrenzt. Für Arztkonsultationen gilt ein Deckel von maximal 900 SEK (97,44 €) jährlich. Bei Arzneimitteln liegt die Obergrenze bei 1.800 SEK (194,88 €). Sobald die Maximalsumme erreicht ist, ist die weitere Leistungsinanspruchnahme kostenlos.[231]

d) Exkurs Island: Kostendämpfungspolitik durch Kostenbeteiligung der Patienten

Zwei Handlungsstrategien haben im Rahmen von Kostendämpfungspolitiken besondere Bedeutung erlang. Zum einen werden Leistungssegmente aus dem Leistungskatalog ausgegliedert. In Deutschland gilt dies u.a. für Sehhilfen, die nur noch aushilfsweise bezuschusst werden. Die andere Strategie besteht im Abrücken von der kostenlosen Gewährung von Leistungen durch Einführung von Patientengebühren resp. Patientenzuzahlungen. Fast alle westlichen Länder führten in den vergangenen 10 bis 15 Jahren Zuzahlungen ein. Begründet werden die Maßnahmen einerseits mit der Notwendigkeit, das jeweilige Gesundheitssystem finanzierbar zu halten und andererseits mit erhofften Lenkungswirkungen: Arztbesuche bei nur geringfügigen Gesundheitsstörungen sollen vermieden, ein sorgsamer Umgang mit Arzneimitteln gefördert werden. Tatsächlich ist die Lenkungswirkung umstritten. Die Reaktionsmuster scheinen widersprüchlich. Bei gewissen Bevölkerungsgruppen stellen sich anreizgemäßige Wirkungen ein, bei anderen dagegen unterbleiben rechtzeitige Behandlungen, womit die Gefahr schwerer Krankheitsverläufe steigt. Analysen, die nach Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Sozialmilieu etc. untersuchen, welche individuellen Reaktionsmuster es tatsächlich gibt und wie sich in der Konsequenz die Gesamtbilanz darstellt, sind der Verfasserin nicht bekannt. These ist allerdings, dass von einer höheren finanziellen Beteiligung der anspruchsberechtigten Bevölkerung ambivalente Wirkungen ausgehen. Nur teilweise und unter bestimmten Bedingungen entstehen Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten. (Böcken et. al., 2000).

---

[230] Angabe nach Swedish Institute, The Swedish Health System: Fact Sheet FS 76 z (Stand: Januar 2007): http://www.sweden.se/templates/cs/FactSheet____15865.aspx

Die isländische Gesundheitsversorgung zählt wie die deutsche zu den besten, aber auch den teuersten auf der Welt. Unter den skandinavischen Ländern ist sie die teuerste und weist auch die größte Kostenexplosion auf. Von den diversen Gründen, die diskutiert werden, hält die Autorin vier für einleuchtend:

1. Auch in den sehr dünn besiedelten ländlichen Gebieten wird ein medizinischer Tag- und Nacht-Service vorgehalten. Dies ist eine teure Veranstaltung. Ist ein stationär zu erbringender medizinischer Eingriff erforderlich, müssen Transporte organisiert werden. Auch dies ist ein relevanter Kostenfaktor, zumal häufig Spezialflugzeuge eingesetzt werden und eine Flugbereitschaft vorgehalten wird.[232]

2. Wie auch in den anderen skandinavischen Ländern geht der Anspruch dahin, bei Medizintechnik und medizinischen Spezialleistungen vorneweg zu sein. Manche medizinische Spezialleistung, die vorgehalten wird, ist mit Blick auf die Insellage und eine Einwohnerzahl von nur 300.000 Personen wirtschaftlich nicht darstellbar. Andererseits, wenn die Leistungen wegen mangelnder Auslastung nicht vorgehalten werden, besteht für die Bürger ein Anspruch auf Behandlung im Ausland. Auch hier entstehen Zusatzkosten.

3. In Anlehnung an die anderen skandinavischen Länder hat Island 1974 für die Primärversorgung zwar das System der Gesundheitszentren übernommen, die fachärztliche Versorgung jedoch im Privatsektor belassen. Damit gibt es ähnlich wie in Deutschland eine doppelte Facharztschiene. Private Facharztpraxen sind gegenüber den Allgemeinmedizinern in den Gesundheitszentren privilegiert. Sie schließen mit der SSSI einen Vertrag und haben dann weitgehende Freiheit, einschließlich der Möglichkeit, Leistungen zu erbringen, die eigentlich zur Primärversorgung gehören. Dazu kommt, dass Kliniken kaum ambulante, sondern fast nur stationäre Facharztleistungen erbringen. Ergebnis ist wie in Deutschland die teilweise Überversorung mit medizinisch nicht immer sinnvollen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie eine Schieflage zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten, die der Kooperation abträglich ist.

4. Die Beispiele von Dänemark und Finnland zeigen, dass sowohl in einem relativ strikten staatlichen System (Finnland) wie in einem stärkeren Mischsystem (Dänemark) eine hausarztzentrierte Primärversorgung mit Lotsen-, Koordinierungs- und Beratungsfunktion medizinisch zu guten Ergebnissen führt und dem effizienten Einsatz von Ressourcen dient. Ein solches Hausarztsystem existiert bislang in Island nicht. Gesundheitszentren und die Privatpraxen von Fachärzten laufen unkoordiniert nebeneinander. Lediglich zwischen Gesundheitszentren und Krankenhäusern gibt es Abstimmungen.

---

[231] Angaben in Euro nach dem Umrechnungskurs vom 22. Juni 2007

Tabelle 7: Entwicklung privater Zuzahlungen am Beispiel von Island (ISK)

Dienstleistung	Seit Januar 1991 (ISK)	Seit Februar 1996 (ISK)	Seit Januar 2003 (ISK)
Gesundheitszentrum (Konsultation Hausarzt)			
Allgemeine Gebühr	600 (7,17 €)	700 (8,36 €)	500 (5,97 €)
Kindergebühr	600 (7,17 €)	300 (3,58 €)	500 (5,97 €)
Sozialgebühr	200 (2,39 €)	300 (3,58 €)	250 (2,89 €)
Facharztbesuch			
Allgemeine Gebühr	1.500 (17,92 €)	1.400 plus 40 % (vom Rest)	2.100 plus 40%
Kindergebühr	1.500 (17,78 €)	1.400 plus 13 %	700 plus 13%
Sozialgebühr	500 (5,97 €)	500 plus 13 %	700 plus 13%
Röntgenaufnahmen			
Allgemeine Gebühr	600 (7,17 €)	1.000 (11,85 €)	1.500 plus 40 %
Kindergebühr	600 (7,17 €)	1.000 (11,85 €)	700 plus 13%
Sozialgebühr	200 (2,39 €)	200 (2,39 €)	700 plus 13%
Jahreshöchstgrenze			
Allgemeine Gebühr	Keine	12.000 (143,38 €)	18.000 (215 €)
Kindergebühr	Keine	6.000 (71,69 €)	6.000 (69,33 €)
Sozialgebühr	Keine	3.000 (35,84 €)	4.500 (53,77 €)

Erläuterungen
In Klammern Angabe in Euro zum Umrechnungskurs vom 24. Juni 2007
Kindergebühr: Die Gebühr bezieht sich auf alle Kinder einer Familie zusammen;
Sozialgebühr gilt für alte und chronisch Kranke
Quelle: Halldorsson 2003, Tabelle 4a und 4b, S. 30f. (eigene Zusammenstellung)

Die Regierungspolitik geht dahin, einerseits zu erklären, zunächst solle ein Allgemeinmediziner konsultiert werden, hält aber daran fest, dass die BürgerInnen jederzeit einen Spezialisten konsultieren können, Dieser Widerspruch wurde bislang nicht aufgelöst. Ebenso wie in Deutschland besteht eine Privilegierung der Fachärzte, was bei den Allgemeinmedizinern Unzufriedenheit schürt. Mit der Ausgestaltung von privaten Zuzahlungen versucht die Regierung, die primär strukturbedingten Ineffizienzen einzudämmen. Rd. 17 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben zahlt die Bevölkerung privat. Der Anteil lag Anfang der 70er Jahre (vor dem Systemwechsel) bei rd. 20 Prozent, sank dann auf zwischen 10 und 12 Prozent im Zeitraum 1978 bis 1983 und stieg in der Folge bis auf 17,1 Prozent im Jahr 2001. Private Krankenversicherungen existieren kaum, so dass es nur die steuerfinanzierten Kostenerstattungen der staatlichen Sozialversicherung gibt. Abgesehen von empfohlenden Untersuchungen und präventiven Maßnahmen sind fast durchweg Zuzah-

---

[232] Halldorsson 2003 (43f.) berichtet, dass Lufttransporte von individuellen Ärzten ohne formale Arrange-

lungen zu leisten. Dies trifft abweichend von den anderen skandinavischen Ländern auch Kinder. Wie sich die Patientengebühren von 1991 bis 2003 entwickelt haben, ist aus aus Tabelle 7 zu entnehmen. Der Dentalbereich ist dabei ausgespart. Die Übersicht zeigt, dass die Zuzahlungen insgesamt moderat sind. In ihrer Struktur haben sie sich verändert. Nachdem die Philosophie zunächst dahin ging, über alle Bereiche in Anpassung an die Entwicklung des Einkommensniveaus Erhöhungen vorzunehmen (Muster der Veränderungen von 1991 auf 1996), wurde nach 1996 die Gebühr für Primärarztkonsultationen von umgerechnet gut 8 auf 6 Euro reduziert. Die allgemeine Gebühr für Facharztbesuche wurde stark angehoben. Zu einem Fixum kommt nun hinzu, dass von den darüber liegenden Arztgebühren 40 Prozent selbst zu tragen sind (bei Kindern 13 %). Dies soll die Facharztkosten begrenzen. Die Wirksamkeit kann bezweifelt werden, denn die maximale Jahresbelastung lag 2003 bei 18.000 ISK (umgerechnet rd. 215 Euro) im Normalfall und bei 4.500 ISK (rd. 54 Euro) bei chronisch Kranken und Älteren. Diese können zudem die ansonsten nicht in das System einbezogenen Zahnbehandlungen ersetzt bekommen.

e) Exkurs Finnland: Die Ausgaben- und Finanzierungsstruktur 1960 bis 2005

Finnland erweist sich bei der Kontrolle der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen als besonders erfolgreich. Die 4-Jahres-Pläne, mit denen jährlich die weitere Entwicklung geplant und für das jeweils bevorstehende Jahr die Finanzierung dargestellt wird, scheinen gut eingespielt zu sein. In der langfristigen historischen Entwicklung ergeben sich für die Struktur der Gesamtausgaben und ihre Finanzierung die nachfolgend knapp dargestellten Befunde:[233]

Der auf stationäre Leistungen entfallende Anteil stieg in den 60 Jahren. Anfang der 70er Jahre lag er bei über 50 Prozent (1971: 51,8 %). Mit gewissen Schwankungen fand danach eine Verlagerung der Leistungserbringung von stationären zu ambulanten Leistungen statt. In der Folge sank der stationäre Ausgabenanteil auf unter 40 Prozent (2005: 36,2 %). Der Anteil ambulanter Leistungen (ohne Dentalleistungen) an den Gesamtausgaben lag 1960 bei 16,8 Prozent und stieg bis 2005 auf 31,3 Prozent. Aufgrund der gegenläufigen Entwicklungen entfallen heute in der Tendenz je ein Drittel der Ausgaben auf ambulante und stationäre Leistungen. Vordergründig deckt sich dies mit Deutschland, wo

---

ments geordert wurden. Dies wurde geändert. Es existiert jetzt ein inselweites Lufttransportsystem.

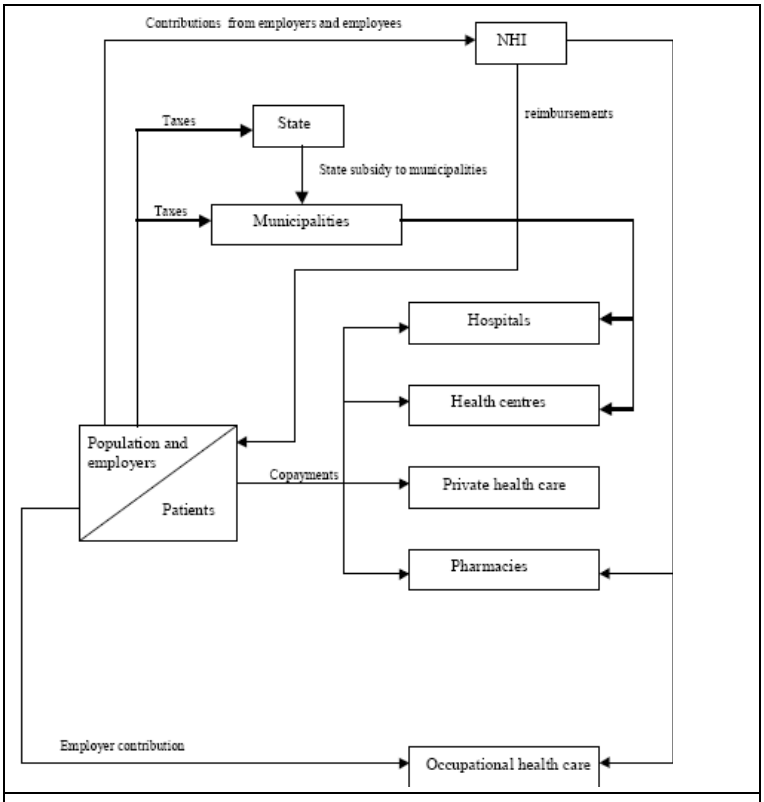
[233] Quelle der nachfolgenden Darstellung: STAKES/SAVT Tilastotiedote/FOS Statistikmeddelande (Aktualisierungsstand: 2/2007)

ähnliche Anteile vorliegen (vgl. oben). Der Ausgabenanteil für Dentalleistungen, ebenso der für Arzneimittel unterlag keinen großen Veränderungen. Von 1960 bis Mitte der 90er Jahre wurden je um die 6 Prozent auf Dentalleistungen verwandt. Danach sank der Anteil. Dies dürfte Ergebnis der erfolgreichen Kariesprophylaxepolitik sein. In den 70er Jahren war der Kariesstatus der 12-Jährigen schlechter als in Deutschland (DMFT von über 7), bereits 1988 wurde dann ein mittlerer DMFT-Wert von 2,0 und 1997 ein DMFT-Wert von 1,1 erreicht (Heintze 2006a: 15). Deutschland lag damals darüber (Westdeutschland: 1,4; Ostdeutschland: 2,6). Der Ausgabenanteil für Arzneimittel konnte über einen Zeitraum von 30 Jahre gesenkt werden, bewegt sich heute jedoch wieder in Richtung der Anteile aus den 60er Jahren. Von 1960 bis 1990 gelang eine Anteilssenkung von 17,1 (1960) über 12,6 (1970) bis 9,4 Prozent (1990). Nach 1991 ging die Entwicklung dann wieder in die andere Richtung. Heute (2005) liegt der Anteil bei 16,3 Prozent.

Wie stellen sich die Kosten für Verwaltung und Systemmanagement im Vergleich zu Deutschland dar? Das deutsche System ist in seiner Leistungserbringung wie Finanzierung extrem kompliziert mit vielen Akteuren und undurchsichtigen Finanzströmen. Jedes Segment steht in einem Wettbewerb um Selbstpräsentation (Markenbildung), um Aufmerksamkeit, um Geld und Macht. Die Management-, Verwaltungs- und Werbungskosten, die mit einem derartigen System verknüpft sind, dürften wesentlich höher sein als die der vergleichsweise schlanken mehr auf Kooperation statt Wettbewerb ausgerichteten skandinavischen Systeme. In besonderem Maße gilt dies für Finnland. Die Indizien gehen dahin, dass die Kosten für Overhead, Planung, Administration und den Einkauf externer Beratungs- und Marketingleistungen, die im deutschen System entstehen, gemessen am BIP mehrfach so hoch sind wie in Finnland. Genaue Aussagen sind jedoch schwer möglich. Veröffentlicht werden für Deutschland lediglich die reinen Verwaltungskosten der GKV pro Mitglied (einschließlich der Leistungsbearbeitungskosten). Die Kosten, die die Positionierung im Wettbewerb verursacht (incl. Beratungskosten von Marketinginstituten), sind darin offensichtlich nicht enthalten. Nach den Angaben der Kassen liegen die Verwaltungskosten pro Mitglied seit 2002 relativ stabil bei um die 160 Euro (2005 159,69 € resp. 5,4 % der Gesamtausgaben). Bei der PKV liegen noch nicht einmal diese Angaben vor, denn dort sind Verwaltungskosten Teil der Schadensabwicklungskosten. Als solche allerdings zählen sie zu den Leistungsausgaben und werden nicht getrennt ausgewiesen. Gesehen werden muss, dass die Verwaltungskosten von GKV und PKV nur ein Ausschnitt sind; in jeder Privatpraxis und jeder Klinik entstehen Verwaltungskosten. Sollten die Angaben des Statistischen Bundesamtes zutreffen, sind die relativen Ausgaben für Verwaltungsleistungen seit 1995 leicht gestiegen. 1995 lagen sie bei 5,3, 2004 bei 5,5 Prozent

(Statistisches Jahrbuch 2006: Tabelle 9.7.1: 248). Abbildung 32 gibt einen schematischen Überblick zu den Finanzierungsströmen im finnischen System. Die ersichtlich einfache Struktur geht einher mit geringen Verwaltungskosten. Absolut liegen sie wesentlich und relativ etwas niedriger als die von Norwegen, die mit 2,8 Prozent (vgl. Abbildung 30) allerdings auch günstig ausfallen. Sowohl der Planungskostenanteil ist in Finnland mit rd. 3 Prozent recht stabil wie auch der Verwaltungskostenanteil mit um die 2 Prozent. Bei den Verwaltungskosten gab es Mitte der 90er Jahre eine Steigerung auf einen Anteil bis 2,5 Prozent (1996), dem folgte jedoch eine Absenkung auf 1,9 Prozent im Jahr 2005. Größeren Schwankungen ausgesetzt ist der Anteil der öffentlichen Investitionen. In den 60er Jahren lag er zeitweise bei über 10 Prozent (1967 – 1969). In Schüben sank er daraufhin. Aktuell (2005) werden nur 3,3 Prozent der Ausgaben auf Investitionen verwandt. Was genau die geringe Investitionsquote erklärt, vermag die Autorin nicht zu sagen. Die weiteren Ausgaben entfallen auf Umweltmedizin und Krankentransport.

Abbildung 32: Finanzierungsströme in Finnland (Schematische Darstellung)



Erläuterung: Die dicken Pfeile bezeichnen das Hauptsystem; die dünnen den Ergänzungsbereich

Quelle: Järvelin 2002: 75

Die Struktur der Finanzierung der Gesundheitsausgaben hat sich während des betrachteten Zeitraums von 45 Jahren gravierend geändert. 1960 waren nur 58 Prozent der Ausgaben öffentlich finanziert (vgl. Abbildung 33a) und Steuern die einzige Finanzierungsquelle. Der Ausbau des Gesundheitssystems zu einem leistungs- wie finanzierungsseitig ganz überwiegend öffentlichen System erfolgte in den beiden folgenden Jahrzehnten. Sukzessive wurde dabei die Finanzierung der Gesundheitsausgaben auf eine breitere Basis gestellt. Die in den finnischen Gesundheitszentren und öffentlichen Kliniken erbrachten Sachleistungen werden wie schon vor Jahrzehnten größtenteils über Steuern – teils aus der Gemeindesteuer, teils aus staatlichen Zuschüssen – finanziert. Daneben existiert eine einheitliche, für alle verpflichtende Krankenversicherung. Sie ist gemäß dem skandinavischen Volksversicherungsprinzip nicht vom Status als Arbeitnehmer oder Selbständiger abhängig. Wer als Einwohner gemeldet ist, ist automatisch bei der finnischen Sozialversicherungsanstalt (Kansaneläkelaitoksen Paikallistoimisto - KELA) versichert.[234] Zahlungen leisten Arbeitgeber, Beschäftigte und der Staat. 2002 lagen die Beiträge der Arbeitnehmer bei 1,5 Prozent und die der privaten wie kommunalen Arbeitgeber bei 1,6 Prozent der zu versteuernden Einkommen. Der Zentralstaat zahlt einen Anteil auf die Lohnsumme (2002: 2,85 Prozent). Eine Beitragsbemessungsgrenze wie in Deutschland existiert nicht. Die Hauptfunktion der Versicherung besteht darin, Einkommensausfälle (Krankheit, Mutterschutz) auszugleichen. Daneben leistet sie Kostenerstattungen bei privat erbrachten Leistungen. Wer niedergelassene Ärzte/Zahnärzte oder Privatkliniken konsultiert, muss die Kosten zunächst selbst bezahlen und erhält dann einen Teil erstattet. Gleiches gilt für Krankentransporte und Arzneimittel. Sie werden abzüglich eines Selbstbehaltes anteilig erstattet. Zahnbehandlungskosten sind für Jugendliche unter 18 Jahren kostenlos und werden bei Erwachsenen entweder zu 60 Prozent erstattet oder fallen unter das Leistungsspektrum der Primärversorgung.[235] Bei der Festlegung von Eigenbeteiligungen haben die Kommunen Spielräume. Insgesamt darf der Betrag jedoch die Summe von circa 590 Euro pro Jahr nicht übersteigen. Fallen höhere Kosten an, werden sie übernommen. Kuren sind gratis, überwiegend auch Heil- und Hilfsmittel. Auch Finnland ist eine alternde Gesellschaft ist und der Fortschritt in der Medizintechnik kommt in der Regel schnell zur

[234] Privatversicherungen sind praktisch bedeutungslos; weniger als 3 Prozent der Gesundheitsausgaben werden aus ihnen finanziert.

[235] Seit 2001 wurde der Umfang staatlicher zahnärztlicher Leistungen so ausgeweitet, dass Gemeinden heute altersunabhängig für alle Einwohner Leistungen erbringen.

Anwendung.[236] Regional differenzierte Analysen zum Einfluss des demografischen Wandels auf die Gesundheits- und Pflegeausgaben haben z. B. ergeben, dass in bestimmten Regionen von Nord- und Ostfinnland über 75 Prozent des Ausgabenzuwachses der Jahre 2000 bis 2005 demografisch bedingt waren gegenüber landesdurchschnittlich 28 Prozent (Quelle: Centre of Health Economics Chess: http://groups.stakes.fi/chess/). Wie also gelang das Kunststück, den Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP trotzdem auf einem niedrigen Niveau (1990: 7,8 %; 2003: 7,4 %; 2005: 7,5 %) stabil zu halten. Hintergrund sind primär die verglichen mit selbständig tätigen Ärzten andernorts geringeren Ärzte-Einkommen. Dann die Etablierung wirksamer Präventionsmaßnahmen und die Reduzierung von Krankenhauskapazitäten zwischen 1990 und 2000. Letzteres hatte zunächst eine Verschärfung bei den Wartezeiten in den überlasteten Gesundheitszentren zur Folge, durch u.a. die Etablierung des Hausarztmodells (vgl. Kapitel 2) konnte dies aufgefangen werden.

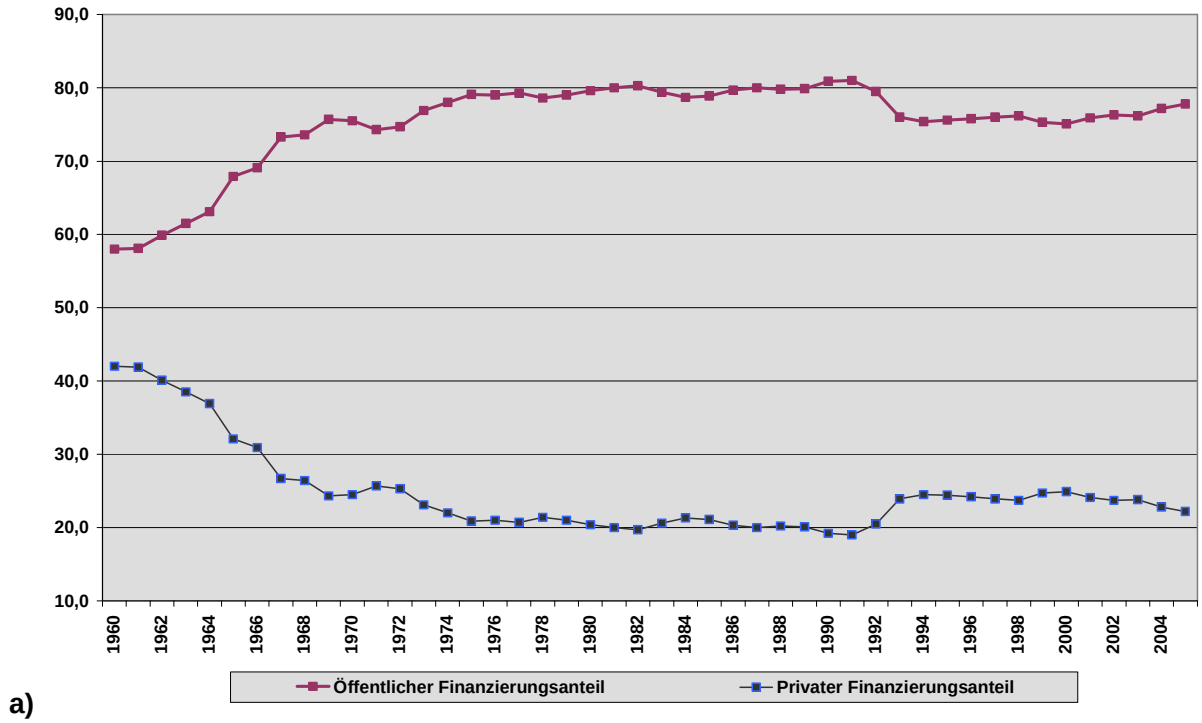
Bei der Finanzierungsstruktur gab es während der letzten 20 Jahre Verschiebungen (siehe Abbildung 33b). Bei relativer Konstanz des von privaten Haushalten finanzierten Anteils (1985: 18 %; 2005: 17,8 %) stieg der Finanzierungsanteil der Kommunen wie der durch Beiträge aufgebrachte Anteil, während der Anteil des Zentralstaates stark zurückging. In den 80er Jahren trugen Kommunen und Zentralstaat jeweils etwas mehr als ein Drittel der Finanzierungslast; der Anteil der Sozialversicherung pendelte zwischen 10 und 11 Prozent. In den 90er Jahren stieg die Bedeutung der Beitragsfinanzierung und die des Zentralstaates ging zurück. Aktuell tragen die Kommunen als hauptsächliche Dienstleister ca. 40 Prozent der Finanzierungslast; 20 Prozent kommen vom Zentralstaat als Zuschüsse. Die für Geldleistungen zuständige Sozialversicherung trägt ungefähr 17 Prozent. Der Rest fällt auf die Privathaushalte und die von den Arbeitgebern getragene betriebliche Gesundheitsförderung. Öffentliche Finanzierungsanteile von über 90 Prozent wie es sie in Norwegen in den 70er Jahren und in Schweden sowohl in den 70er wie 80er Jahren gab, wurden in Finnland nie erreicht. Nur kurzfristig Anfang der 90er Jahre stieg der öffentliche Anteil auf über 80 Prozent (vgl. Abbildung 33a); dann gab es einen Abfall und erneuten Anstieg. Damit hat Finnland unter den Vergleichsländern den geringsten öffentlichen Finanzierungsanteil; etwas geringer auch als in Deutschland. Andererseits, da das Gesundheitssystem sehr kosteneffizient ist und unter den Privatanteil auch die.

---

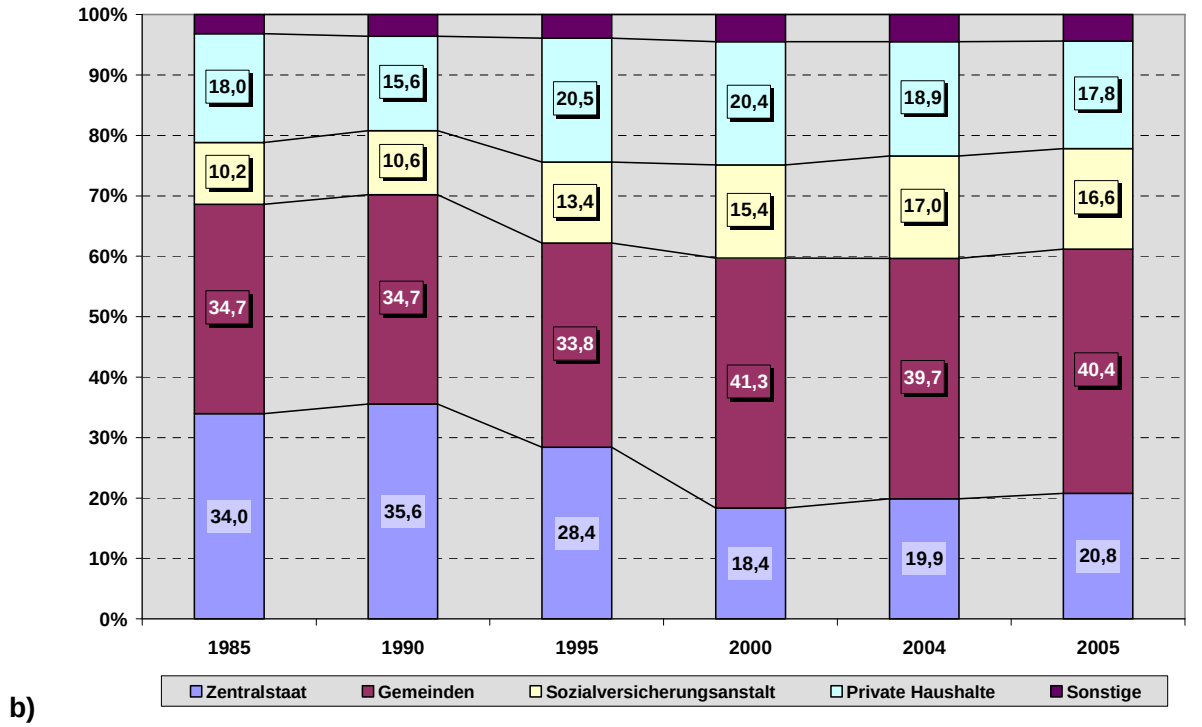
[236] Ein Indiz ist die Ausstattungsdichte mit CT´s und MRT`s. Bereits 1990 kamen auf 1 Million Einwohner 9,8 CT´s (Deutschland: 6,4). Die Verbreitung von MRT´s setzte Mitte der 90er Jahre ein und erreicht heute (2004) 14 MRI´s je eine Million Einwohner (Deutschland: 6,6) Quelle: OECD Health Data 2006

Abbildung 33: Entwicklung der Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Finnland

a) Entwicklung von öffentlichem und privatem Anteil 1960 – 2005
b) Finanzierungsstruktur 1985 - 2005



a)



b)

Quellen:
a) STAKES/SAVT Tilastotiedote/FOS Statistikmeddelande, Tabelle 5 (Aktualisierungsstand: 2/2007)
b) STAKES, National Research and Development Centre for Welfare and Health; Tabelle suoluk_terv3 (Aktualisierungsstand v. 13.4.2007)

Arbeitgeberausgaben für betriebliche Gesundheitsfürsorge fallen, ist die Belastung privater Haushalte moderat. Im Jahr 2004 lagen die in US-$-Kaufkraftparitäten gemessenen Gesundheitsausgaben pro Kopf in Finnland bei 2.235, gefolgt von Schweden und Dänemark mit Beträgen von 2.825 resp. 2.881 PPP. Die Pro-Kopf-Ausgaben von Deutschland, Island und Norwegen lagen bei über 3.000 US-$-PPP, am höchsten waren sie in Norwegen mit 3.966 US-Dollar-PPP.[237] Absolut betrachtet waren also die finnischen Privathaushalte mit nur 380 US-$-PPP am geringsten belastet.

4.2.4 Finanzielle Ressourcen für Bildung und Gesundheit – Zusammenfassung

Die mit wenigen Ausnahmen gute bis sehr gute Zielerreichung hinsichtlich des Niveaus und der Verteilung von Bildungs- und Gesundheitsgütern in den skandinavischen Ländern hat ihren Preis. So sind die öffentlichen Bildungsausgaben aller skandinavischen Länder am BIP deutlich höher als in Deutschland. Hierin drückt sich aus, dass Bildungsausgaben insgesamt (Sachausgaben wie Personalausgaben) weniger als Kosten denn als Zukunftsinvestitionen betrachtet werden. Auch der gute Outcome bei Gesundheit hat seinen Preis. Die gemessen am BIP in den Ländern Finnland, Dänemark und Schweden gegenüber Deutschland deutlich geringeren und in Norwegen und Island nur geringfügig geringeren Gesamtausgaben verweisen auf zweierlei. *Einerseits* gelingt Dänemark, Finnland und Schweden die Kontrolle der Ausgabenentwicklung über einen langen Zeitraum weit besser als dies für Deutschland, Island und Norwegen gilt. Da in Finnland und Schweden auf der primären wie sekundären Ebene staatlich-kommunale Leistungserbringung dominiert, während in Dänemark und Norwegen die Primärversorgung durch ein Hausarztsystem geprägt ist, lässt sich schlussfolgern, dass staatliche Systeme auch dort, wo wie in Finnland und Schweden ungünstige Siedlungsstrukturen bestehen, die Ausgabenentwicklung gut kontrollieren können. In Island und Norwegen gelingt der Umgang mit schwierigen siedlungsstrukturellen Gegebenheiten weniger gut; auch ist die Leistungsintegration geringer als in Finnland und Schweden. Dänemark hat ein gutes Versorgungssystem, hinkt beim Erreichen von Zielen der Volksgesundheit jedoch zurück. Finnland hat diesbezüglich weit größere Fortschritte gemacht. 1960 lag es bei der durchschnittlichen Lebenserwartung weit unter dem dänischen Niveau und heute deutlich darüber. Bei zahlreichen Gesundheitsparamtern hat Finnland im Verlauf von wenigen Jahrzehnten Etnwicklungsrückstände ausgeholt und stärkere Verbesserungen erreicht als die anderen Länder. Die

---

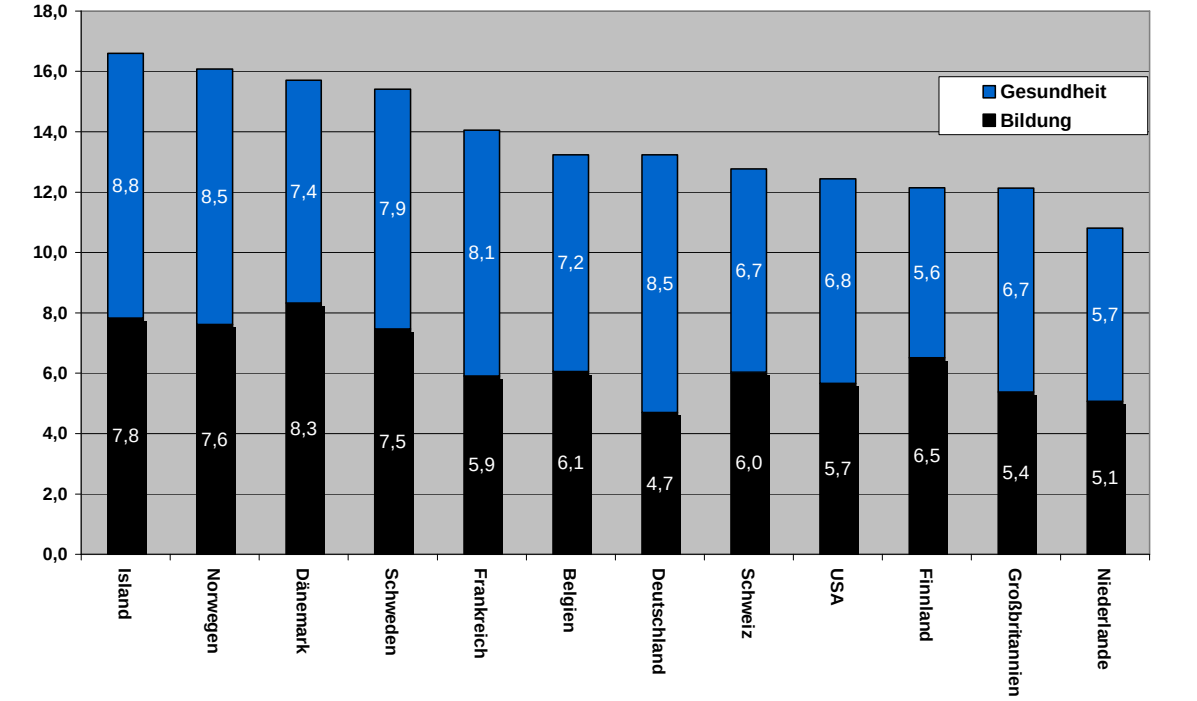
[237] Quelle: OECD Health Data 2006

Basis für diese Entwicklung wurde ab den 60er Jahren mit einer Verstärkung öffentlicher Produktion wie Finanzierung gelegt. Relativ zum BIP konnten die Gesundheitsausgaben danach und nun schon seit 20 Jahren annähernd konstant gehalten werden. Gleiches gelang auch Dänemark und Schweden, während es in Deutschland, Island und Norwegen in diesem Zeitraum einen deutlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben relativ zum BIP gab. Nimmt man beides zusammen, den Gesundheits-Outcome und seine Entwicklung auf der einen Seite und die eingesetzten Finanzmittel und ihre Entwicklung auf der anderen Seite, erreichen Finnland und Schweden die beste Relation von Finanzinput und „Gesundheits-Outcome". Während Finnland in der Momentaufnahme weniger gut abschneidet als Schweden, ergibt die Berücksichtigung der vergangenen Entwicklung und aktueller Trends eine andere Beurteilung. Dies allerdings mit der offenen Flanke des bei finnischen Männern neu aufgelebten Alkoholproblems, das sich auch in stark gestiegenen kommunalen Ausgaben niederschlägt. .

Abbildung 34 beleuchtet im OECD-Kontext für das Jahr 2003 die BIP-Anteile, die als öffentlicher Finanzierungsanteil für die Produktion von Gesundheits- und Bildungsgütern nach der OECD-Abgrenzung aufgewandt wurden. Deutschland ist zusammen mit Belgien in einer Mittellage platziert. Dies bei ausgeprägter Asymmetrie zwischen der Bereitstellung öffentlicher Mittel für öffentlichte Bildungsproduktion und der Bereitstellung öffentlicher Mittel für private Gesundheitsproduktion. Bei den öffentlichen Ausgaben für Gesundheit liegt Deutschland nach Island auf Platz 2 der 12 ausgewählten OECD-Länder; bei Bildung dagegen auf dem letzten Platz. In keinem anderen Land ist die Spanne so groß (3,8 Prozentpunkte). Sie liegt zwischen 3,5 und 9,5-fach so hoch wie in den skandinavischen Ländern. Dort werden für öffentliche Bildungsproduktion nicht nur wesentlich mehr Mittel eingesetzt; die Spanne zwischen Bildungs- und Gesundheitsausgaben am BIP liegt im Durchschnitt auch unter einem Prozentpunkt.

In der Bewertung kann gesagt werden, dass Deutschland mittelmäßige Bildungsergebnisse mit einem unterfinanzierten System und befriedigende bis gute Gesundheitsergebnisse mit einem überfinanzierten Gesundheitssystem erzielt. Ohne Anhebung der öffentlichen Bildungsausgaben am BIP auf ein Niveau von etwa 6 Prozent haben qualitativ hochwertige Bildungskonzepte keine Chance, weil die Umsetzung an fehlenden Mitteln scheitert. Auch Strukturänderungen bringen für sich alleine keinen Durchbruch, wenn die finanzielle Unterfütterung fehlt. Im Gesundheitssystem dagegen ist Luft drin. Dies gilt umso mehr, wenn bedacht wird, dass die Ausgabenstruktur der skandinavischen Länder umfassende Pflegeleistungen beinhaltet, während sich der Bereich von professioneller häuslicher und außerhäuslicher Pflege in Deutschland erst in der Entwicklugn befindet.

Abbildung 34: Anteile öffentlicher Ausgaben für Bildung und Gesundheit am BIP 2003: Vergleichsländer und ausgewählte OECD-Länder



Quelle: OECD 2006: Education at a Glance 2006; Indicator B4: Total public expenditure on education: http://dx.doi.org/10.1787/757420755643 sowie OECD Health Data 2006; eigene Auswertung

Die Asymmetrie bei der öffentlichen Finanzierung von Bildung und Gesundheit ist in Deutschland gar kein Thema. Ungeachtet der schon jetzt international hervorragenden Finanzaussattung kämpfen die mächtigen Lobbyistengruppen des Gesundheitssystems um höhere Finanzmittel. Dabei gibt es kein Niveauproblem, sondern Verteilungs- und Strukturprobleme. Die Verteilung der Arzthonorare ist nicht an die Qualität der Leistungserbringung gebunden und die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven scheitert an einem ganzen Bündel von Gründen. Die ökonomische Interessenlage wichtiger Akteure kommt dabei mit ins Spiel.. Umgekehrt wird am Bildungssystem die dortige Unterfinanzierung nicht behoben. Weder im Bereich der Elementarbildung, noch bei Grundschulen, dem Ausbau von Ganztagsschulen oder in den Hochschulen. An den Hochschulen leistet sich ein Land mit zu geringer Studierquote die Abbremsung von Studierwilligkeit durch die Einführung von Studiengebühren und unzulängliche Bafög-Sätze, wo es umgekehrt nötig wäre, die Entscheidung für ein Studium durch günstige Bedingungen zu erleichtern.

4.3 Vergleich der Beschäftigungsrelevanz

Ausgewertet anhand von Originalstatistiken der Vergleichsländer wurde die Beschäftigungsrelevanz des Bildungs- und Gesundheitssystems.

4.3.1 Bildungssystem

a) Frühkindliche und vorschulische Bildung

Nicht nur bei der Frühförderung hängt Deutschland zurück.[238] Auch im Kindergartenbereich gibt es Defizite. So befindet sich die Vernetzung mit den Grundschulen erst in den Startlöchern und die Öffnungszeiten gehen vielfach nicht konform mit den Zeitwünschen berufstätiger Eltern. Auch der Professionalisierungsgrad des eingesetzten Personals liegt weit hinter dem skandinavischen Niveau zurück. Standard in allen skandinavischen Ländern ist, dass etwa ein Drittel des in der Elementarbildung eingesetzten Personals KindergartenlehrerInnen resp. PädagogInnen mit universitärer Ausbildung sind. In der Wertigkeit kommen sie den Lehrkräften im Primarschulbereich gleich. Dieses Ziel wird in allen skandinavischen Ländern praktisch erfüllt.[239] In Deutschland dagegen hat sich die Politik bis heute diesen Anforderungen verschlossen. Einerseits sollen (vgl. die Übersicht von Tabelle 1) Kindertagesstätten einen Bildungsauftrag ausfüllen, andererseits wird dafür personell keine angemessene Vorsorge geschaffen. Es existieren keine Studiengänge für KindergartenlehrerInnen und für den ErzieherInnenberuf wird erst aktuell und noch sehr zögerlich aufbauend auf der traditionellen Ausbildung ein zweiter Weg eröffnet, der zu einem Studienabschluss in frühkindlicher Pädagogik führt. Die Rahmenverordnung für die Erzieherausbildung aus dem Jahre 2001 hat die Chance, neben gewissen inhaltlichen

---

[238] Nach einer repräsentativen Elternbefragung, die das Deutsche Jugendhilfeinstitut (DJI-Kinderbetreuungsstudie) in den letzten Jahren in 8.000 Privathaushalten mit Kindern bis zum Alter von 7 Jahren durchführte, wünschen sich Eltern mehr Betreuungsangebote, die früher zur Verfügung stehen. 31 Prozent wünschen sich einen Betreuungsplatz für das zweite und 60 Prozent für das dritte Lebensjahr. Mangels institutioneller Angebote sind derzeit 80 Prozent dieser Eltern auf die Organisierung von Improvisationslösungen angewiesen. Selbst bei Notfällen wie Krankheit etc. bleiben 70 Prozent ohne öffentliche Unterstützung. Die Beschäftigung private Helferinnen ist keine Lösung, zumal nur obere Schichten auf solche Privatlösungen zurückgreifen. Zit. nach: Deutsches Jugendinstitut (DJI), Pressemitteilung vom 7. November 2006.

[239] Beispiel Finnland: Staatliche Vorgabe ist, dass bei Kindern unter 3 Jahren auf einen Betreuer/eine Betreuerin max. vier Kinder kommen, bei Kindern im Alter von 3 bis 7 Jahren erhöht sich dies auf max. 7 Kinder. Zentrale Berufsgruppe sind die KindergartenlehrerInnen. Sie verfügen über eine 3 bis 5-jährige universitäre Ausbildung und absolvieren Fortbildungen, um auf dem neuesten Wissensstand der frühkindlichen Pädagogik zu bleiben. (Matthies 2004: 38). In Schweden existieren vergleichbare Standards. Zwar gab es in den 90er Jahren eine gewisse Verschlechterung der Betreuungsrelation. So kamen 1998 auf eine Vollzeitfachkraft 5,7 Vorschulkinder (Durchschnitt über die Altersgruppen 0 bis 5 Jahre), bis 2004 (15. Oktober) hat sich die Relation jedoch auf 5,4 verbessert (The National Agency for Education's report no. 244, Tabelle 1.8B). Für Island und Norwegen vgl. Tabelle A-1.

Verbesserungen eine Anhebung der Ausbildung vom Fachschulniveau auf Fachhochschul- und Universitätsniveau vorzunehmen, gerade nicht ergriffen (Aden-Grossmann 2002: 310ff.). Es bleibt bei den Zugangsvoraussetzungen mittlere Reife und berufliche Vorbildung (als z.B. Sozialassistentin). Diese Entscheidung ist orientiert nicht an pädagogischen Zielen, sondern an der Niedrighaltung der gesellschaftlichen Stellung und damit auch des Gehaltes von ErzieherInnen. Der Anhebung des qualitativen Niveaus von außerfamilialer Kinderbetreuung ist sie abträglich und unterstreicht, dass die Etablierung von Kindertageseinrichtungen als Bildungseinrichtungen halbherzig betrieben wird. Dieser Einschätzung steht nicht entgegen, dass es aktuell in einigen Bundesländern zaghafte Ansätze für ErzieherInnen-Studiengänge, die Bildung und Erziehung mit Blick auf die kindliche Entwicklung zu integrieren suchen, gibt. Obwohl sich damit eine zukunftsweisende Perspektive auftut, gibt es bundesweit erst wenige Studiengänge, die zudem eine nur verschwindend geringe Anzahl von Studienplätzen bieten.[240]

Die in Deutschland bislang nicht erfolgte Integration vorschulischer Bildung und Erziehung in den Bildungsbereich hat vielfältige Konsequenzen. In der statistischen Erfassung zählt der Bereich nicht zur Schulstatistik, sondern zur Jugendhilfestatistik. Beide Rechenwerke sind nicht kompatibel. So werden in der Kinder- und Jugendhilfestatistik im Vier-Jahres-Turnus bezogen auf Betreuungseinrichtungen Plätze erfasst und in der Schulstatistik im Jahres-Turnus SchülerInnen.[241] Durch eine Umstellung des Erhebungskonzeptes auf die Erfassung von „betreuten" Kindern wird sich die Vergleichbarkeit zwar verbessern, das Grundproblem der fehlenden Integration in das Bildungssystem wird jedoch auch statistisch weiter sichtbar bleiben.

---

[240] So startet im September 2007 die Fachhochschule Kiel als erste Hochschule in Schleswig-Holstein einen spezifischen Studiengang für Erziehung und Bildung im Kindesalter. Es handelt sich um einen sechssemestrigen Bachelor-Studiengang. Zugang haben ErzieherInnen mit gutem Fachschulabschluss; sie müssen eine Eingangsklausur ablegen. Nur 24 Studierende können ab Wintersemester 2007/08 dieses Angebot zur akademischen Qualifikation nutzen. Das qualifikatorische Defizit, das sich bei ErzieherInnen allein in Schweswig-Holstein auftut, ist darüber nicht zu schließen. Dies sieht in anderen Bundesländern nicht anders aus. Mit Stand von April 2007 gibt es bundesweit nur zehn vergleichbare Studiengänge. („Erstmals in Schleswig-Holstein: Ab September Studiengang "Erziehung und Bildung im Kindesalter"; Pressemitteilung der Fachhochschule Kiel vom 11.04.2007, zitiert nach: Informationsdienst Wissenschaft - Nachrichtenüberblick vom 11.04.2007: http://idw-online.de/pages/de/news203826)

[241] Die Statistik hat zwar die Qualität einer Totalerhebung, diese wird aber zum Stichtag 31.12. nur alle vier durchgeführt. Rechtlich geregelt ist die Statistik in den §§ 98 bis 103 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII). Auskunftspflichtig (§ 102 SGB VIII) sind die örtlichen und überörtlichen Träger der Jugendhilfe, die obersten Landesjugendbehörden, die kreisangehörigen Gemeinden und Gemeindeverbände – soweit sie Aufgaben der Jugendhilfe im Sinne des § 69 Abs. 5 SGB VIII wahrnehmen – die Träger der freien Jugendhilfe und die Leitungen von Einrichtungen, Behörden und Geschäftsstellen in der Jugendhilfe.

Angesichts des quantitativen wie qualitativen Rückstands kann nicht verwundern, dass in Deutschland die Beschäftigungspotentiale, die mit einer guten, in das Bildungssystem integrierten Infrastruktur erschlossen werden könnten, brach liegen. Am Jahresende 2002 waren insgesamt rund 374.200 Personen in Kindertageseinrichtungen von Krippe bis Hort beschäftigt. Damit ist die Beschäftigtenzahl gegenüber 1990 bzw. 1991 konstant geblieben; seinerzeit waren bundesweit 373.000 Personen in der Tagesbetreuung beschäftigt. Hinter der Konstanz standen gegenläufige Entwicklungen in Ost- und Westdeutschland. Ein Personalzuwachs fand in Westdeutschland mit einem Anstieg um gut 100.000 statt, während in den neuen Ländern das Schließen von Kindertageseinrichtungen mit einem drastischen Personalabbau verbunden war. Von im Jahr 1991 162.000 Arbeitsplätzen wurden etwa 91.000 abgebaut; ein Rückgang um 56 Prozent. Dieser massive Abbau ist nur teilweise dem gleichzeitig erfolgten Einbruch bei den Geburtenzahlen geschuldet.

Die Tabellen A-1 bis A-3 im Anhang vergleichen die Entwicklung in Deutschland (insgesamt und 6 ausgewählte Bundesländer) mit Dänemark, Island und Norwegen. Da in der deutschen Debatte meist auf den flächendeckenden Ausbau der Kinderbetreuung in Schweden geschaut wird, erschien es interessant, drei andere skandinavische Länder als Referenzmodelle zu wählen. Dänemark, Island und Norwegen bieten sich an, weil sie die vorschulische Elementarbildung ungefähr gleich abgrenzen. Einbezogen sind jeweils Kinder bis 5 Jahre, während in Finnland aufgrund des späten Schuleintrittalters die Elementarphase Kinder von 0 bis 6(7) Jahre umfasst. Neben dem die drei Länder verbindenden Grund, gibt es Einzelgründe. Bei Dänemark der Blick auf den beschäftigungspolitischen Erfolg, zu dem der hohe Anteil von Arbeitsplätzen in der vorschulischen und schulbegleitenden Bildung und Betreuung seinen Anteil leistet. Bei Island und Norwegen der Blick auf ihre im Vergleich zu Schweden eher Nachzüglerrolle, wobei Norwegen aktuell bestrebt ist, in der frühkindlichen Bildung mit Schweden gleichzuziehen. Da die Erhebungskonzepte stark differieren, ist kein 1:1-Vergleich möglich. Weitere Probleme kommen hinzu. So sind in Deutschland aufgrund der schon seit Jahren niedrigeren Geburtenzahlen die jüngeren Alterskohorten schwächer besetzt als in den Vergleichsländern. Dies wird jedoch kompensiert dadurch, dass mehr Alterskohorten in die Betrachtung einfließen. Die Schulstatistik der skandinavischen Vergleichsländer weist Kinder bis 5 Jahre der freiwilligen vorschulische Bildung zu, die deutsche Jugendhilfestatistik umfasst den Krippenbereich bis 3 Jahre, den Kindergartenbereich von 3 bis 6,5 Jahren und den Hortbereich für schulpflichtige Kinder aller Altersstufen. Lediglich im Falle von Island, das von allen hier betrachteten Ländern den bei weitem höchsten Bevölkerungsanteil junger Menschen aufweist (2005 lag der Anteil die bis 14-Jährigen bei 22,3 Prozent gegenüber 17,5 Prozent in Finnland, 17,6 Prozent in Schweden, 18,8 Prozent in Dänemark und 19,7 Prozent in Norwegen; vgl.

Tabelle 5), ist dies nicht gesichert. Am 31.12.2002 stellten Kinder bis 5 Jahre einen Bevölkerungsanteil von 8,8 Prozent, der in den Folgejahren leicht absank. In Deutschland lag der Anteil der bis 6Jährigen 2002 bei 5,6 Prozent. Hinzuzurechnen sind dieser schmaleren Basis jedoch die über 6jährigen Kindergartenkinder und die Kinder im Hortalter. Inwieweit sich darüber eine Kompensation ergibt, bleibt offen, da der Hortbereich als schulbegleitender Betreuungsbereich anders gewertet werden muss als der vorschulische Bereich.

Deutlich überzeichnet sind im Falle von Deutschland die ausgewiesenen Beschäftigtenzahlen. Anders als in den skandinavischen Ländern ist es nicht üblich, Beschäftigtenzahlen auf Vollzeitbasis darzustellen. Die Umrechnung auf Vollzeitbeschäftigte erfolgt lediglich punktuell. Da im Kindertagesstättenbereich selbst hauptamtlich Beschäftigte meist nur einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen, ist davon auszugehen, dass die VZ-Äquivalente erheblich unter den Beschäftigtenzahlen liegen. Dieser Überzeichnungseffekt muss bei der Interpretation berücksichtigt werden.[242]

Folgende Befunde sollen hervorgehoben werden:

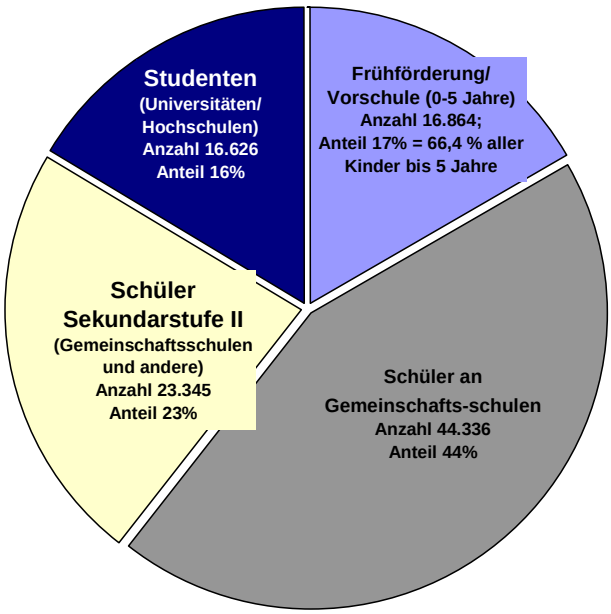
1. Die Beschäftigungsdichte pro 1000 Einwohner weicht in den drei näher untersuchten skandinavischen Ländern nur geringfügig voneinander ab. Auf 1000 Einwohner kommen in Vollzeitäquivalenten aktuell (2004/2005) in Norwegen 13,1, in Island 13,4 und in Dänemark 13,5 Arbeitsplätze. Für Island wurde für den Zeitraum 1998 – 2005 eine detailliertere Auswertung mit Betrachtung auch des Qualifikationsniveaus der Beschäftigten vorgenommen (Tabelle A-2). Danach gab es 1998 auf 1000 Einwohner 13,4 Beschäftigte in der Vorschulbildung und 2005 16,1 Beschäftigte. Die Qualifikationsstruktur des Personals wurde angehoben. Der Anteil gering Qualifizierter sank von 52,4 Prozent (1998) auf 46,2 Prozent (2005); überwiegend handelt es sich hier um Hilfs- und Kantinenpersonal. Der Anteil Hochqualifizierter stieg von 27,7 Prozent (1998) auf 34,8 Prozent (2005), die Gruppe mit mittlerem Qualifikationsniveau blieb relativ stabil. Betrachtet man den Anteil von Kindern bis 5 Jahre, die in „pre-primary education-Einrichtungen" betreut werden, liegen die Zahlen deutlich unter dem schwedischen Niveau. Die schwedische Vorschule (1-5 Jahre) wurde im Jahr 2003 von 82 Prozent der Kinder im entsprechenden Alter besucht. Demgegenüber erreichen die isländischen Vorschuleinrichtungen nur 64 Prozent (2002) resp. 66,4 Prozent (2005) der Kinder dieser Altersgruppe. Annäherungseffekte an das schwedische Niveau sind jedoch nicht zu übersehen. Sie betreffen auch die zeitliche Ausdehnung der Betreuung von Kleinstkindern. 1998 wurden nur 43,1 Prozent der Kinder

[242] Der Anstieg der Beschäftigtenzahlen (Einführung eines Rechtsanspruchs auf einen Halbtagsplatz ab 1996) seit 1990 in Westdeutschland resultierte zu einem Teil lediglich aus der Ausweitung von Teilzeitbeschäftigung. 1990 lag die Teilzeitquote bei rd. 30 %; 2002 bei fast 50 %. (Statistisches Bundesamt 2004b: 6)

bis 2 Jahre tagesdurchschnittlich mehr als 6 Stunden betreut; 2005 lag dieser Anteil bei 77,5 Prozent.

2. Für Deutschland sind ernsthafte Anstrengungen, den Entwicklungsrückstand gegenüber den skandinavischen Ländern aufzuholen, anhand der harten Fakten nicht auszumachen. Wird die Entwicklung seit der vorletzten statistischen Erhebung mit der in Tabelle A-2 dokumentierten isländischen Entwicklung verglichen, treten die Unterschiede scharf hervor. Zwar nahm mit dem Ausbau der Kindergartenbetreuung die Beschäftigtenzahl in Westdeutschland zu. Der Anstieg erfolgte jedoch primär über Teilzeitstellen. So stieg die Beschäftigtenzahl von 1998 bis 2002 um 2 Prozent, die rechnerischen Vollzeitstellen jedoch nur um ein Prozent. (Stat. BA 2004b: 6). In Ostdeutschland ist die Beschäftigtenzahl von 1998 bis 2002 sogar um 5 Prozent und die der rechnerischen Vollzeitstellen gar um 7 Prozent abgebaut worden. Im Ergebnis waren 2002 bundesweit 200.000 Beschäftigte (53 %) der Mitarbeiterinnen in Kindertageseinrichtungen Teilzeitkräfte (plus 11 % gegenüber 1998). Und in Ostdeutschland hatten 2002 gar vier von fünf Beschäftigten lediglich eine Teilzeitstelle. Beim Verweis auf die in Ostdeutschland verglichen mit Westdeutschland hohen Versorgungsquoten wird gerne ausgeblendet, dass der Ausbaustand nicht nur quantitativ zu beurteilen ist. Qualitätshebungen sind nötig, bleiben aber dort unwahrscheinlich, wo Ressourcen abgezogen werden. Ganz anders Island. Die Versorgungsquote hat sich von 1998 bis 2005 nur geringfügig um 2,4 Prozentpunkte erhöht. Hinter der quantitativen Stagnation (2 von drei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahre besuchen Vorschuleinrichtungen) steht jedoch ein qualitativer Sprung. Dieser spiegelt sich beim Einsatz personeller Ressourcen. Die Beschäftigtenzahl liegt 2005 um 27,5 Prozent und die Zahl der rechnerischen Vollzeitstellen sogar um 41,5 Prozent über dem Niveau von 1998. Während in Deutschland die Struktur der Beschäftigung weiter in Richtung Teilzeitarbeit verschoben wurde, wird in Island die Beschäftigungsexpansion umgekehrt vom Ausbau vollwertiger Beschäftigung getragen. Dies korrespondiert mit den Strukturveränderungen beim Qualifikationsprofil der Stellen. Geringqualifizierte Beschäftigung hat an Bedeutung eingebüßt, hochqualifizierte Beschäftigung an Bedeutung zugenommen. In nur 7 Jahren stieg die Zahl der KITA-Beschäftigten mit Hochschulbildung um 60 Prozent. Der Befund (vgl. die nachfolgende Übersicht sowie Tabelle A-2) verweist auf eine enge Synchronisierung zwischen der oben dargestellten Bildungsexpansion und der Anhebung der Wertigkeit von Stellen im Beschäftigungssystem. Da Island politisch weniger sozialdemokratisch als konservativ-liberal geprägt ist, überrascht das hohe Maß an Konvergenz mit den anderen skandinavischen Ländern.

Tabelle 8: Bildung in Island: Schüleranteile und Personal in der Vorschulbildung



Island:

SchülerInnen in Bildungsein-richtungen 2005

(Absolutzahlen und Anteile an allen SchülerInnen)

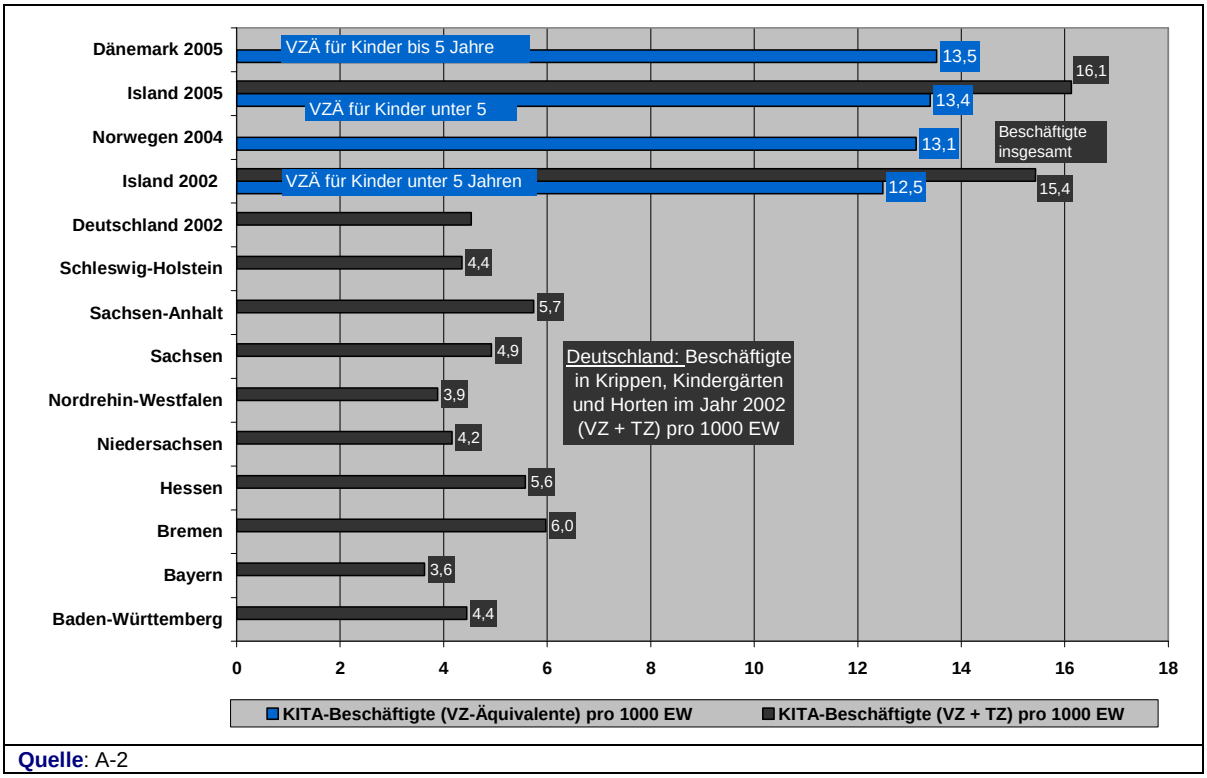
Vorschulische Bildung (Kinder bis 5 Jahre) im Überblick

Jahr	1998	2000	2002	2004	2005
Bevölkerung (Stichtag 31.12. d J.) in 1000	275,7	283,4	288,5	293,6	299,9
dar. bis 2 Jahre	12.826	12.839	12.596	12.570	12.844
dar. bis 5 Jahre	26.098	25.818	25.248	25.185	25.403
Geförderte Kinder bis 5 Jahre (insgesamt)	**15.105**	**14.574**	**16.283**	**16.755**	**16.864**
dar. unter 2 Jahre	3.336	2.779	4.509	4.874	5.066
Anteil der Kinder 0 bis 2 Jahre in Frühförderung	26,0%	21,6%	35,8%	38,8%	39,4%
Betreuung bis 6 Stunden (tgl)	1.897	1.339	1.510	1.183	1.138
Betreuung 6 bis über 9 Stunden (tgl)	1.439	1.440	2.999	3.691	3.928
Anteil der Ganztagsbetreuung unter Zweijähriger (über 6	43,1%	51,8%	66,5%	75,7%	77,5%
Kinder in kommunalen Einrichtungen (incl. Kliniken):	14.310	13.733	15.016	15.263	15.322
Öffentlicher Betreuungsanteil	94,7%	94,2%	92,2%	91,1%	90,9%
Beschäftigte insgesamt und nach formalem Bildungsniveau					
Beschäftigte insgesamt	3.714	3.847	4.425	4.703	4.735
Beschäftigte nach VZ-Äquivalenten	**2.780**	**2.985**	**3.578**	**3.872**	**3.935**
Geringqualifizierte (unteres Sekundärniveau)	1.943	2.117	2.198	2.232	2.189
Anteil an allen Beschäftigten	52,3%	55,0%	49,7%	47,5%	46,2%
Oberes Sekundärniveau	677	657	855	885	900
Lehrer und anderes Personal (u.a. Leitungskräfte, Spezialkräfte) mit Hochschulbildung	1.029	1.069	1.372	1.586	1.646
Anteil an allen Beschäftigten	27,7%	27,8%	31,0%	33,7%	34,8%
Kitabeschäftigte pro 1000 Einwohner bis 5 Jahre	**142,3**	**149,0**	**175,3**	**186,7**	**186,4**
Kitabeschäftigte pro 1000 Kinder in Frühförderung	**245,9**	**264,0**	**271,8**	**280,7**	**280,8**
Personal mit Hochschulbildung pro 1000 Kinder	**68,1**	**73,3**	**84,3**	**94,7**	**97,6**

Quelle: Tabelle A-B-2 im Anhang (Auszug)

3. Mit der Versorgungsquote von Island und dem isländischen Qualitätsniveau hinsichtlich Betreuungsschlüssel und fachlicher Qualifikation des eingesetzten Personals, hätte es 2002 in Deutschland statt 374,2 Tsd. knapp 1,3 Mio. Beschäftigte in Kindertagesstätten gegeben. Von diesen hätten 383,4 Tsd. Beschäftigte und damit eine größere Zahl als es überhaupt nur Kita-Beschäftigte gab, über einen Hochschulabschluss verfügt. Die *Beschäftigungslücke von rd. 900 Tsd.* kann aus den oben dargelegten Gründen nur als Näherungswert angesehen werden. Zu hoch gegriffen ist dieser Näherungswert nicht, schließlich handelt es sich in Deutschland überwiegend um Teilzeit- und in Island überwiegend um Vollzeitstellen. Ignoriert man dies und berechnet die Lücke auf Basis der skandinavischen Vollzeitäquivalente, ergeben sich unabhängig von der Wahl des Referenzlandes größenordnungsmäßig vergleichbare Beschäftigungslücken. Bei der Übertragung norwegischer Gegebenheiten auf Deutschland hätte es 2004 1,08 Mio. Vollzeitbeschäftigte und bei Übertragung dänischer Gegebenheiten ein Jahr später 1,12 Mio. Vollzeitbeschäftigte gegeben.

Abbildung 35: Vorschulbildung – Beschäftigungsdichten



Quelle: A-2

4. Verlassen wir die Bundesebene und betrachten die für den Vergleich ausgewählten Bundesländer, so setzt sich auf Länderebene grob das fort, was wir auf Bundesebene bereits gesehen haben. Gravierende Abweichungen zum Bund gibt es nicht. Kein Bundesland weist etwa eine doppelt so hohe Beschäftigungsdichte auf wie der Bundesdurchschnitt. Die Abweichungen sind bescheiden. Bayern weicht um 0,9 Prozentpunkte nach unten ab, Bremen um 1,5 Prozentpunkte nach oben. Die anderen Länder platzieren sich dazwischen. Für die beiden einbezoge-

nen ostdeutschen Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt ist dies ein erstaunlicher Befund. Er deckt sich nicht mit der öffentlichen Wahrnehmung und den üblichen Selbstzuschreibungen. Unter allen ostdeutschen Ländern und auch deutlich vor Berlin hat Sachsen-Anhalt bei den unter 3-Jährigen die republikweit höchste Versorgungsquote. Mit Stichtag 1.1.2004 wurden von den obersten Landesjugendbehörden für Sachsen eine Versorgungsquote von 26,4 Prozent und für Sachsen-Anhalt die wesentlich höhere Quote von 48,3 Prozent gemeldet (Bundesfamilienministerium 2006: 13). In Westdeutschland stehen dem Versorgungsquoten von unter 4 Prozent in Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Hessen wie auch dem Saarland gegenüber. Sachsen-Anhalt scheint damit näher an Skandinavien zu liegen als am Rest der Republik. Dies ist jedoch ein Trugbild. Mit den Verhältnissen von Island, Norwegen oder Dänemark hätte es in Sachsen-Anhalt im Jahr 2002 auf 1000 Einwohner bezogen knapp 40.000 Beschäftigte und auf Plätze bezogen über 34 Tsd. Beschäftigte resp. rechnerisch fast 28.000 Vollzeitstellen geben müssen. Es gab aber nur 14.630 Beschäftigte und die meisten davon waren teilzeitbeschäftigt.

Tabelle 9: Beschäftigungsrelevanz vorschulischer Bildung im deutsch-skandinavischen Vergleich: Deutschland und ausgewählte Bundesländer

	DE	BW	BY	HB	HE	NI	NW	SN	ST	SH
Bevölkerung (31.12. 2002) In 1000	82.536,7	10.661	12.387	662	6.092	7.980	18.076	4.349	2.549	2.817
Faktisch Beschäftigte 2002 (VZ + TZ): incl. Horte	374.170	47.429	44.959	3.954	33.969	33.235	70.194	21.417	14.630	12.272
Beschäftigte pro 1000 Plätze (incl.	120,8	106,9	101,9	169,7	147,9	123,4	125,7	100,9	116,0	131,1
a) Island 2002 (Kinder bis 5 Jahre) als Referenz: Beschäftigte insgesamt										
Fiktiv-Beschäftigte	**1.274.336**	**164.602**	**191.251**	**10.221**	**94.058**	**123.208**	**279.087**	**67.147**	**39.356**	**43.493**
Dar. mit Hochschulbildung	383.420	49.788	58.444	2.645	26.998	36.561	84.594	20.518	12.034	12.955
Fiktive Beschäftigungslücke	900.166	117.173	146.292	6.267	60.089	89.973	208.893	45.730	24.726	31.221
b) Island 2002 (Kinder bis 5 Jahre) als Referenz: VZ-Äquivalente (VZÄ)										
Fiktiv-VZÄ-Beschäftigte	**1.030.413**	**133.095**	**154.643**	**8.265**	**76.054**	**99.625**	**225.666**	**54.294**	**31.822**	**43.493**
Fiktive Beschäftigungslücke	656.243	85.666	109.684	4.311	42.085	66.390	155.472	32.877	17.192	31.221
c) Norwegen 2004 (Kinder 1 – 5 Jahre): VZ-Äquivalente (VZÄ)										
Fiktiv-VZÄ-Beschäftigte	**1.083.585**	**139.963**	**162.623**	**8.691**	**79.979**	**104.766**	**237.311**	**57.096**	**33.465**	**36.983**
Dar. Mit Hochschulbildung	351.655	45.685	53.676	2.390	24.654	33.489	77.637	18.845	11.053	11.871
Fiktive Beschäftigungslücke	709.415	92.534	117.664	4.737	46.010	71.531	167.117	35.679	18.835	24.711
d) Dänemark 2005 (Kinder bis 5 Jahre): VZ-Äquivalente										
Fiktiv-VZÄ-Beschäftigte	**1.116.500**	**144.215**	**167.563**	**8.955**	**82.408**	**107.948**	**244.520**	**58.830**	**34.481**	**38.106**
Fiktive Beschäftigungslücke	742.330	96.786	122.604	5.001	48.439	74.713	174.326	37.413	19.851	25.834

Quelle: Tabelle A-3 (Auszug)

5. Die Kerngruppe der KITA-Beschäftigten stellen in Deutschland die ErzieherInnen mit einem Anteil von 64 Prozent, gefolgt von Kinderpflegerinnen (13 %). Immerhin 23.000 Beschäftigte (6%) verfügten 2002 über keine abgeschlossene Berufsausbildung[243]. Akademisch Ausgebildete findet man kaum; in Ostdeutschland noch weniger als in Westdeutschland. Gegenüber 1998 scheint der Anteil sogar gesunken zu sein. Dies bei deutlichen Unterschieden zwischen den Bundesländern. (Spannweite zwischen 13,3 % in Bremen und 1,1 % in Sachsen-Anhalt.). Es bedarf keiner besonderen Erörterung, dass aus einer besseren Betreuungsquote und besser qualifiziertem Personal nicht automatisch ein besserer pädagogischer Outcome resultiert. Dies zu glauben, hieße den Prozess des Miteinanders von Kindern, Kita-Fachkräften und Eltern auszuklammern. Wesentlich für den Zusammenhang zwischen Betreuungsschlüssel und Qualität ist, dass es Schwellenwerte gibt. Um ein bestimmtes pädagogisches Konzept zu realisieren, ist eine Mindestbetreuungsrelation erforderlich. Wenn diese im frühkindlichen Bereich bei maximal 4 bis 5 Kindern pro Fachkraft liegt, hilft es nichts, den Betreuungsschlüssel von 8 Kindern auf 7 Kinder pro Fachkraft zu verbessern. Der vielleicht erwartete qualitative Sprung stellt sich so nicht ein. Eine Betreuungsrelation, die dem entspricht, was die frühpädagogische Forschung an guten Standards formuliert hat, liegt im Krippenbereich bei 3 bis 4 Kindern pro Fachkraft, wobei rd. ein Drittel der Fachkräfte über einen Hochschulabschluss (Frühpädagogen/Kitalehrer) verfügen sollte. Diese Qualitätsanforderungen sind in den skandinavischen Ländern realisiert. Wie weit Deutschland eine Qualitätslücke aufweist oder nicht, kann ermittelt werden, wenn Personaldichteziffern nicht auf Einwohner, sondern auf Kinder resp. Plätze bezogen werden. Hier zeigt sich, dass auf 1000 Kinder resp. Plätze bezogen der Personaleinsatz (VZ und TZ) in den meisten Bundesländern nur bei etwa 40 Prozent des skandinavischen Niveaus liegt. Bei der Bewertung muss berücksichtigt werden, dass es in Westdeutschland wenig Krippenplätze gibt und im Kindergartenbereich Halbtagsplätze dominieren. Wie groß die Qualitätslücke zu den skandinavischen Ländern bei Berücksichtigung dieser Faktoren noch wäre, bleibt offen. Anders fällt die Beurteilung bei Sachsen und Sachsen-Anhalt als Repräsentanten der ostdeutschen Länder auf. Die gute Versorgungsquote bei unter 3-Jährigen und auch der Umstand, dass Kindergärten in hohem Maße Ganztagsbetreuung bieten, müsste sich in einer verglichen mit Westdeutschland höheren Personaldichte niederschlagen. Dies ist aber nicht der Fall. Beide Länder liegen im Vergleich der Bundesländer am unteren Ende (vgl. Tabelle 9). Während in Island auf 1000 Kinder bis 5 Jahre im Jahr 2002 271,8 (VZÄ: 219,7) und im Jahr 2005 280,8 (VZÄ: 233,3) kamen und sich die entsprechenden VZ-Äquivalentzahlen für Norwegen und Dänemark auf gleichem (Dänemark) resp. höherem Niveau (Norwegen) bewegen, waren es in Sachsen-Anhalt nur 116 und in Sachsen gar nur 100,9 Voll- und Teilzeitbeschäftigte. Da auch der Anteil von Personal mit Hochschulbildung noch unter dem geringen bundesweiten

---

[243] Quelle: Statistisches Bundesamt 2004: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Tageseinrichtungen für Kinder am 31.12.2002; eigene Auswertung

Durchschnitt von 3,1 Prozent lag (Sachsen: 1,4 %, Sachsen-Anhalt: 1,1 %), lautet die Schlussfolgerung: In den ostdeutschen Bundesländern werden Sparmodelle gefahren werden, die nur ausnahmsweise hohen pädagogischen Anforderungen entsprechen. Möglicherweise gibt es in der Theorie gute Konzepte. Das nutzt aber wenig, wenn die für die Umsetzung erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen nicht bereitgestellt werden.

6. Werden Bundesländer wie selbstständige Staaten betrachtet und durch diese Brille mit den skandinavischen Ländern verglichen, erhält man interessante Relationen. So hatte Bremen mit Ende 2002 662 Tsd. Einwohnern 11 Prozent weniger Kindertagesstätten-Beschäftigte als Island, obwohl die Einwohnerzahl von Island Ende 2002 nur 43 Prozent des Niveaus von Bremen erreichte. Hessen hatte Ende 2002 ein Drittel mehr Einwohner als Norwegen. Trotzdem existierten in Norwegen fast 80 Prozent mehr rechnerische Vollzeitstellen im Kindertagesstättenbereich als es in Hessen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte gab. Dänemark wiederum hatte Ende 2005 11 Prozent weniger Einwohner als Hessen Ende 2002. Trotz der geringeren Einwohnerzahl hatte Dänemark weit über doppelt so viele Vollzeit-Äquivalentbeschäftigte als es in Hessen oder Niedersachsen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte gab. Die fiktive Beschäftigungslücke erreicht für Hessen bei den Beschäftigten insgesamt die Größenordnung von 60.000 und für Niedersachsen die Größenordnung von 90.000 Arbeitsplätzen. Sachsen hat rd. 6 Prozent weniger Einwohner als Norwegen und rühmt sich einer hohen Versorgungsquote auch für Kleinkinder. Trotzdem hat Norwegen fast dreimal soviel rechnerische Vollzeitbeschäftigte wie es in Sachsen Beschäftigte insgesamt gibt. Dies spiegelt nicht zuletzt den dort wesentlich besseren Betreuungsschlüssel wider. So kamen in Norwegen bei Kindertagesstätten 1997 auf 4,7 Kinder und 2005 auf 4,4 Kinder eine Vollzeit-Lehrkraft.[244] Und mit Blick auf das formale Qualifikationsniveau: Norwegen hat fast genauso viel rechnerische Vollzeitbeschäftigte mit Hochschulbildung wie es in Sachsen überhaupt nur Kita-Personal gibt. Wird Schweden mit im Jahr 2002 8,9 Mio. Einwohnern hinsichtlich des Vorschulbereichs verglichen mit Baden-Württemberg, das im selben Jahr 10,7 Mio. Einwohner hatte, ergibt sich folgender Befund: Obwohl Baden-Württemberg 20 Prozent mehr Einwohner hatte als Schweden, lag der Personalstand (VZ und TZ) im gesamten Kita-Bereich (incl. Hort) mit 47,4 Tsd. Beschäftigten um ein Viertel unter den rechnerischen Vollzeitkräften in Schweden (2002: 63,1 Tsd. VZÄ-Kräfte).[245]

7. Zwischen Deutschland und den skandinavischen Ländern gibt es nur einen Befund, den sie gemeinsam haben. In allen betrachteten Ländern ist die Tagesbetreuung von Kindern fest in weiblicher Hand. Dies mit einer nicht unerheblichen Spannweite. Sie reicht 2002 von 89,2 Prozent (Bremen) bis nahe an 98 Prozent in Island, Bayern und Sachsen. Zu berücksichtigen ist

---

[244] Aktuelle Zahlen aus Statistics Norway 2006: 14; siehe auch http://www.ssb.no/kostra. Die Relation liegt in Schweden mit 5,4 Kindern je VZÄ-Kraft ungünstiger.

[245] The National Agency for Education's Report No. 244, Table 1.8 B: Employees working with children converted to annual employees, 1998-2004(http://www.skolverket.se/)

dabei für Deutschland ein Verzerrungsmoment, das sich aus dem Einbezug des Hortbereichs ergibt. Dort sind mit bundesweit mit rd. 10 Prozent verhältnismäßig viele Männer beschäftigt. Zwar gibt es unterschiedlich ausgeprägt ein Bewusstsein davon, dass Kinder nicht nur weibliche, sondern auch männliche Bezugspersonen benötigen. Offensichtlich ist der Beschäftigungsbereich jedoch für männliche Bewerber wenig attraktiv. Auch die Anhebung der Qualifikation des traditionellen ErzieherInnenberufes auf das Niveau von Lehrkräften, die denen im schulischen Primarbereich gleichgestellt sind, dürfte für sich alleine an der einseitigen Geschlechterverteilung nicht viel ändern. So gibt es in Island 2005 zwar deutlich mehr männliche Erzieher als 2002. Da aber auch die Beschäftigtenzahl insgesamt höher liegt, hat sich der Männeranteil unter allen Beschäftigten nur geringfügig von 2,1 auf 3,4 erhöht. Die Zahlen in den andern skandinavischen Ländern dürften sich davon wenig unterscheiden. Für Schweden ergab sich im Schuljahr 2004/2005 bei der Beschäftigtengruppe der „pre-school-teacher" ein Männeranteil von 3,9 Prozent.[246]

Hinsichtlich der aktuellen Situation ist davon auszugehen, dass sich der Abstand zu den skandinavischen Ländern insgesamt nicht vermindern hat. Genaueres kann nicht gesagt werden; die Ergebnisse der Erhebung des Jahres 2006 sind bislang nicht publiziert. Vorläufige Zahlen liegen lediglich für die Kinder vor, die 2007 Kindertagesstätten besucht haben, nicht aber zum eingesetzten Personal. Danach besuchten in Gesamtdeutschland rund 251.350 Kinder unter drei Jahren eine Kindertagesstätte und rund 33. 500 Kinder waren in Kindertagespflege bei Tagesmüttern/Tagesvätern.[247] Ein direkter Vergleich mit den Daten des Jahres 2002, wo nur 190.395 Plätze in Krippen erfasst waren ist nicht möglich, weil es Krippenplätze auch in altersübergreifenden Kombinationseinrichtungen gibt, die bei dieser Betrachtung fehlen. Die aufgrund einer Änderung in der Erhebungsmethode nun mögliche Aufschlüsselung nach einzelnen Jahrgängen ergibt, dass derzeit in Westdeutschland nur 0,7 Prozent der unter Einjährigen eine Kindertageseinrichtung (36% im Osten) besuchen, aber bereits 16,8 Prozent der 2-Jährigen (69,1% im Osten). Obwohl ein breiter Konsens dahingehend besteht, dass das Angebot an Krippenplätzen unzureichend ist, deutet sich an, dass der in Bund, Ländern und Gemeinden vorhandene Ausbauwille weit hinter dem zurücksteht, was nötig wäre, um bis 2013 zu einer bundesweiten Versorgungsquote für unter 3-Jährige von 30 bis 40 Prozent zu kommen.[248]

---

246 http://www.skolverket.se/sb/d/749/a/3254#paragraphAnchor3 (Zugriff am 5.2.3007)

247 Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 1. März 2007

248 Die von den westlichen Bundesländern im Frühjahr 2007 vorgelegten Planungen bewegen sich in der Größenordnung einer nur 20-Prozent-Versorgungsquote. (FR Nr. 77 v. 31.3.2007, S. 4)

b) Schul- und Hochschulsystem

Angesichts fortgesetzt mittelmäßiger Bewertungen des deutschen Schulsystems werkeln die Bundesländer an zahlreichen Reformen. Unabhängig von der Frage, wie sinnvoll und in sich stimmig die Reformen im Einzelnen sind, steht eines außer Zweifel: Die Lehrkräfte allgemeinbildender Schulen stehen unter einem erheblichen Veränderungs- und Erwartungsdruck. Gutes Management eines solchen Change-Prozesses verlangt selbst dort, wo die Unterrichtsversorgung gut ist, nach einer zumindest temporären Personalaufstockung, um den Lehrkräften bei der Implementation der verschiedenen Neuerungen Unterstützung zukommen zu lassen. Dies umso mehr, als der Lehrerberuf in Deutschland psychisch höchst belastend ist. Die Potsdamer Lehrerstudie hat die gesundheitliche Gefährdungslage der Lehrer und vor allem LehrerInnen quantitativ greifbar gemacht.[249] Der deutsch-skandinavische Vergleich muss dieses berücksichtigen

Für den Vergleich von im Schul- und Hochschulsystem eingesetzten Personalressourcen mit anschließender Berechnung fiktiver Beschäftigungslücken wurden Schweden, Island und Norwegen herangezogen. Zu Dänemark gibt es eine spezielle Auswertung, die nur das im Staatssektor (Central- and Local Government) beschäftigte Bildungs- und Gesundheitspersonal untersucht und hier keine Berücksichtigung findet (vgl. den Exkurs unter 4.3.3.). Generell ergab sich, dass die Befunde aus dem Bereich der Elementarbildung im Schulsystem (Primar- und Sekundarbereich) ihre Fortsetzung finden, während die Befunde im Hochschulbereich unterschiedlich sind. Erheblich erschwert wird der vorgenommene Vergleich erneut dadurch, dass die für Deutschland herangezogenen Daten (Schuljahr 2005/2006 resp. Wintersemester 2005/2006) nur die Gesamtzahl der hauptamtlichen Lehrkräfte und nicht die rechnerischen Vollzeitkräfte angeben. Da es in Deutschland aber nicht nur im Elementarbereich, sondern zunehmend auch im Bereich der allgemeinbildenden Schulen weit mehr Teilzeitlehrpersonal gibt als in Skandinavien, ist ein Vergleich der

---

[249] Die Untersuchung wurde im Zeitraum 2000 bis 2006 von Wissenschaftlern und Studierenden des Instituts für Psychologie der Universität Potsdam (Leitung von Prof. Dr. Uwe Schaarschmidt) in zwei Etappen durchgeführt. Insgesamt nahmen rund 16000 Lehrerinnen und Lehrer aus dem gesamten Bundesgebiet sowie ca. 2500 Lehramtsstudierende und Referendare teil. Je nach Engagement der Lehrer, ihrer Belastbarkeit und Gesundheit wurden mehrere Gruppen gebildet. Die Gruppe G (Gesundheit: hohes, aber nicht überhöhtes Engagement, Belastbarkeit und Zufriedenheit) repräsentiert das eigentlich gewünschte Muster, ist aber mit 17 Prozent bedenktlich schwach besetzt. Sehr viel stärker besetzt sind die Risikogruppen. Auf das Risikomuster A (Selbstüberforderung: exzessive Verausgabung und verminderte Erholungsfähigkeit, Einschränkung der Belastbarkeit und Zufriedenheit) und das Risikomuster B (Resignation: reduziertes Engagement bei geringer Erholungs- und Widerstandsfähigkeit, Unzufriedenheit und Niedergeschlagenheit) entfallen jeweils 30 Prozent der LehrerInnen. In der Endphase droht bei diesen Gruppen Burn-out. Die Studie macht deutlich, dass es um die Lehrergesundheit alles andere als gut bestellt ist. Quelle: Zitiert nach der Kurzfassung auf der Webseite des Deutschen Beamtenbundes: http://www.dbb.de/dbb-beamtenbund-2006/3151_3629.phlogie der Universität Potsdam unter Leitung von Prof. Dr. Uwe Schaarschmidt durchgeführt.

reinen Beschäftigtenzahlen zugunsten von Deutschland verzerrt. Dies aufgrund gegenläufiger Entwicklungen mit steigender Tendenz: Während in den skandinavischen Ländern Teilzeitarbeit bei LehrerInnen heute eine noch geringere Rolle spielt als Mitte der 90er Jahre, ist es in Deutschland genau umgekehrt. Schon Mitte der 90er Jahre lag der Anteil teilzeitbeschäftigter Lehrkräfte (allgemein bildende und berufliche Schulen) bei fast einem Drittel (31 %); heute liegt er bei 40 Prozent. In den neuen Ländern ist diese Strukturverschiebung mit einem Zuwachs von 14 Prozentpunkten sogar besonders ausgeprägt (Schuljahr 1994/95: 28 % Teilzeitquote; Schuljahr 2004/2005: 42 %).[250]

Hinsichtlich der Bewertung festgestellter Personalstärken gehe ich davon aus, dass es keinen linearen Zusammenhang zwischen Lehrer-Schüler-Relationen und Lernergebnissen gibt, wohl aber Schwellenbereiche, bei deren Unterschreitung mit einem qualitativen Sprung zu rechnen ist, sofern die didaktischen Möglichkeiten, die kleinere Gruppen eröffnen, auch tatsächlich genutzt werden. Wenn allerdings mit 13 SchülerInnen der gleiche Unterricht durchgezogen wird wie mit 30 SchülerInnen, dann verpufft der mögliche Effekt kleiner Gruppen. Schwellenbereiche deshalb, weil nicht davon auszugehen ist, dass für sehr gute Lehrer und nur mittelmäßig gute Lehrer die gleichen Schwellenwerte gelten. Beim allgemeinbildenden Schulsystem existieren Hinweise dafür, dass 13 bis maximal 17 SchülerInnen pro Vollzeitlehrkraft ein solcher Schwellenbereich sind.[251] Bei Klassenstärken in diesem Bereich sind Unterrichtsformen möglich wie etwa Experimente, in die alle SchülerInnen als Akteure einbezogen werden, die bei größeren Klassenstärken nicht mehr möglich sind. Auch setzt die Einzelförderung von SchülerInnen voraus, dass die Lehrkraft alle SchülerInnen überblickt, was bei einer größeren Gruppe nicht mehr möglich ist. Eine hoch engagierte, sehr gute Lehrkraft ist auch bei einer Gruppenstärke von 17 SchülerInnen in der Lage, jedes einzelne Kind im Blick zu haben und einen interessanten und abwechslungsreichen Unterricht zu gestalten. Eine durchschnittliche Lehrkraft benötigt dagegen eine deutlich geringere Gruppenstärke, um die gleiche Qualität abzuliefern. Wird der hier angenommene Schwellenbereich von 13 bis 17 SchülerInnen pro Vollzeit-Lehrkraft überschritten, sinkt der im Durchschnitt erwartbare Lernfortschritt, weil bestimmte Möglichkeiten für einen qualitativ hochwertigen Unterricht bei größerer Gruppenstärke nicht mehr gegeben sind. Dies gilt im besonderen Maße in einer Reformphase, wo Lehre-

---

[250] Angabe nach Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 2. Oktober 2006: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2006/p4160071.htm (Zugriff am 1.5.2007)

[251] Diesen Hinweis liefert die START-Studie aus den USA. Von 1985 bis 1989 wurde an 76 Schulen des US-Bundesstaates Tennessee der Einfluss der Klassenstärke (Student/Teacher/Ratio) auf den Lernerfolg (Achievement Ratio) untersucht. Die normalen Klassen hatten 22 bis 25 SchülerInne, die kleinen Klassen 13 bis 17 SchülerInnen.

rInnen ihre Kräfte nicht nur für Unterricht, sondern auch für das Erproben und sich Einstellen auf neue Anforderungen benötigen. Von diesen Überlegungen ausgehend, erscheint unter Zugrundlegung von Fehlzeiten zwischen 6 und 8 Prozent[252] eine Relation von 11 bis 12 SchülerInnen je VZ-Lehrkraft unter pädagogischen Gesichtspunkten ideal. Dies insbesondere dort, wo ein hoher Anteil von SchülerInnen mit Migrationshintergrund erhöhte pädagogische Anforderungen stellt. Besteht zusätzlich das Ziel, Individualförderung nicht einem privaten Markt für Nachhilfeleistungen zu übertragen, sondern durch die Schule selbst zu erbringen, kann als ideal eine Relation von rd. 10 SchülerInnen pro Vollzeit-Lehrkraft angenommen werden. Bei der Bewertung der nachfolgend dargestellten Befunde sind diese Überlegungen heranzuziehen.

Die Analyse diverser skandinavischer Statistiken und ihr Vergleich mit den Daten, die das Statistische Bundesamt für Deutschland bereithält, ergab folgende Befunde:

1. Im Schuljahr 2004/2005 gab es in Gesamtdeutschland für 9.505,9 Tsd. SchülerInnen an allgemeinbildenden Schulen 672 Tsd. hauptberufliche Lehrkräfte (vgl. Tabelle A-4). Ein knappes Viertel der Schüler (24,4 Prozent) und 22,4 Prozent der hauptberuflichen Lehrkräfte entfielen auf Nordrhein-Westfalen. Betrachtet man die drei größten Bundesländer (BW, BY, NW), so wiesen sie etwas mehr als die Hälfte (53,7 %) der Schüler und ziemlich genau die Hälfte der Lehrkräfte (50,0 %) auf. Auf je 1000 Schüler gab es im Bundesdurchschnitt 70,7 Lehrkräfte bei einer Spannweite zwischen 63,3 in Bayern und 109,2 in Thüringen. Als Schüler-Lehrer-Relation ausgedrückt: Im Bundesdurchschnitt kamen auf eine Lehrkraft (VZ und TZ) 14,1 Schüler. Baden-Württemberg, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz liegen im Bundesdurchschnitt. In Bayern,253 Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und dem Saarland ist die Relation schlechter, in den anderen Bundesländern besser. In den Gesamt- und Pflchtschulen der skandinavischen Vergleichsländer kommen auf 1000 Schüler durchweg mehr Lehrkräfte und umgekehrt liegen die Schüler-Lehrer-Rationen niedriger. Am höchsten liegt die Schüler-Lehrer-Relation in Finnland, wo im Primarbereich auf eine rechnerische Vollzeitlehrkraft im Jahr 2004 16,3 SchülerInnen kamen verglichen mit Werten zwischen 11 und 12 in Norwegen und Schweden. In Schweden kamen im Schuljahr 2004/2005 auf 1000 Gesamtschüler insgesamt 101,1 Lehrkräfte. Werden nur diejenigen betrachtet, die zum Stichtag aktiv

---

[252] In Schweden bewegen sich die Fehlzeiten (Pflichtschulen und obere Sekundarschulen) in diesem Rahmen (vgl. in Tabelle A-6 den Unterschied zwischen beschäftigtem Lehrpersonal und dem jeweils zum Stichtag im Herbst tatsächlich Dienst tuenden Lehrpersonal)

[253] Was dies praktisch bedeutet, macht die Schlagzeile „*Freistaat stellt zusätzliche Lehrer ein. Klassenstärke soll auf maximal 33 Schüler begrenzt werden*." im Bayernteil der SZ vom 23. Mai 2007 (Nr. 117 v. 23.5.2007, S. 22) deutlich. Wenn das Ziel darin besteht, die Klassenstärke auf 33 zu senken, dann stellt sich die Frage einer ambitionierten Pädagogik dar nicht. Hierfür müssten gänzlich andere Klassenstärken angepeilt werden.

im Einsatz waren, liegt die Relation bei 92,3. Dies entspricht 9,9 Schülern pro Lehrkraft (vgl. Tabelle A-6). Die isländischen Zahlen liegen für die Jahre 2004 bis 2006 (vgl. Tabelle A-5) sogar noch günstiger. In Pflichtschulen kamen 2004 106,2 und 2006 sogar 113,1 Lehrkräfte auf 1000 Schüler. Eine vergleichbar hohe Personaldichte gibt es in Deutschland nur in den drei östlichen Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Im Bundesdurchschnitt liegt die Schüler-Lehrer-Ratio verglichen mit Schweden um 42 Prozent und verglichen mit Island um 53 Prozent höher.

2. In den skandinavischen Pflicht- resp. Gesamtschulen gibt es anders als in Deutschland ein ausdifferenziertes *Schulmanagement*. Die Schulleiter haben nur noch eine geringe Unterrichtsverpflichtung. In Schweden z.B. hatten im Schuljahr 1998/99 noch 15,1 Prozent der Schulleiter Unterrichtsverpflichtungen, bis 2004/2005 sank dieser Anteil auf 6,6 Prozent (vgl. Tabelle A-6). Zumindest an größeren Schulen stehen ihnen zudem Assistenten zur Seite (In Island kommen auf 5 Schulleiter ca. 4 Schulleitungsassistenten). Außerdem finden sich an Schulen Beratungskräfte. In Schweden kommt ca. 1 Berater auf 100 Lehrkräfte. Dies ist eine Struktur, die sich so in Deutschland nur an wenigen staatlichen Schulen finden dürfte. Zwar wird proklamiert, Schulleiter sollten zu Schulmanagern werden mit entsprechenden Kompetenzen und Ressourcen, ihnen Assistenten zur Seite zu stellen – dafür könnte man im Rahmen der Reform der Lehrerausbildung einen Lehrer mit Bachelorabschluss oder andere Fachkräfte vorsehen – scheint dabei nicht eingeplant zu sein. Nun kann argumentiert werden, dass in Skandinavien Schulmanagement und Schulberater Aufgaben wahrnehmen, die in Deutschland (noch) in den Schulaufsichtsämtern angesiedelt sind, so dass dieser Bereich herausgerechnet werden müsse. Allerdings, der Effekt ist gering. Ohne das Schulmanagement und die Schulberater kamen 2006 in Island auf 1000 Schüler an Pflichtschulen 105,9 Lehrkräfte gegenüber 113,1 bei Einbezug des Schulmanagements. Die Schüler-Lehrer-Relation erhöht sich bei dieser Betrachtung im Jahr 2006 von 8,8 Schülern auf 9,4. Nur Thüringen kommt auf eine ähnliche Relation.

3. Für Deutschland liegen der Verfasserin weder für allgemeinbildende Schulen, noch für berufliche Schulen oder Hochschulen Daten zu den *rechnerischen Vollzeitkräften* vor. Da bei den allgemeinbildenden Schulen im Schuljahr 2005/2006 bundesweit jedoch 41,4 Prozent der hauptberuflichen Lehrkräfte nur teilzeit beschäftigt waren (Berufsschulen: 29 Prozent), ergäbe sich bei der Betrachtung von Vollzeitäquivalenten (Lehrer mit voller Zahl an Unterrichtsstunden) ein ganz anderes Bild. Die Schüler-Lehrer-Relation liegt dann über dem Schwellenwert von 17 SchülerInnen pro Lehrkraft. Teilzeitbeschäftigung spielt in den skandinavischen Ländern eine geringere Rolle und hat gegenläufig zu Deutschland, wie dargelegt, zumindest teilweise abgenommen. So entsprachen in Island 1998 die damals 4.045 Lehr- und Leitungskräfte an Pflichtschulen 3.520 rechnerischen Vollzeitkräften (Differenz von 13 Prozent). Bis 2006 ist die Beschäftigtenzahl auf 4.961 und die Zahl der rechnerischen Vollzeitkräfte auf 4.792 gestiegen (Differenz von nur noch 3,4 Prozent). Auf Basis von Vollzeitäquivalenten hat sich in Island in den Pflichtschulen die Schüler-Lehrer-Relation erheblich reduziert. 1998 kamen (ohne Schul-

management) 13,2 Schüler auf eine Vollzeitlehrkraft; 2006 waren es nur noch 9,8 Schüler. Gegenläufig dazu hat sich die Schüler-Lehrer-Relation in Norwegen von 11,3 (1997) auf 12,2 (2005) erhöht und sie liegt in Finnland (2005) bei 13,2 und damit auf dem isländischen Niveau des Jahres 1998.

4. Schon die allgemeinbildenden skandinavischen Pflicht- resp. Gesamtschulen sind nur eingeschränkt mit den deutschen allgemeinbildenden Schulen vergleichbar. Während nämlich auf deutscher Seite die Sekundarstufe II einbezogen ist, folgt die Sekundarstufe II in Skandinavien auf die 9 bis 10 Jahre, während derer Kinder gemeinsam lernen. Wirklich problematisch wird jedoch der Vergleich von deutschen Berufsschulen mit skandinavischen oberen Sekundarschulen. Einmal, weil auf skandinavischer Seite die gesamte Sekundarstufe II mit den möglichen Abschlüssen Abitur, Fachabitur und Berufsabschluss einbezogen ist, auf deutscher Seite aber nur der zum Fachabitur führende Zweig; und dies dann nur an bestimmten Berufsschulen. Wie in Kapitel 2 dargestellt, unterscheiden sich die Berufsschulsysteme deutlich, Vollzeitschulische Berufsausbildung (Gesundheitsschulen, vor allem) spielt in Deutschland nur eine geringe Rolle. 2005/2006 gab es bundesweit 118,4 Tsd. Schüler an Gesundheitsschulen gegenüber 2,8 Mio. Schülern an beruflichen Schulen. Für die Gesundheitsschulen errechnet sich eine Schüler-Lehrer-Ratio von 15,8, für die *beruflichen Schulen* von 23,8. Bei der Interpretation der Zahl von 23,8 Berufsschülern pro Lehrkraft muss berücksichtigt werden, dass hier zwei Schülerkollektive miteinander vermengt sind. Auf der einen Seite die 1,22 Mio. Schüler an Schularten, die wie z. B. Fachoberschulen, Fachgymnasien, Berufsoberschulen oder Technische Oberschulen auf fachlicher Basis eine Hochschulzugangsberechtigung vermitteln. Auf der anderen Seite die 1,55 Mio. Auszubildende des dualen Systems, die nur an zwei Tagen in der Woche die Berufsschule besuchen. Duale Ausbildungsgänge gibt es zwar auch in den skandinavischen Ländern, die praktische Relevanz ist jedoch geringer. Angesichts der Schwierigkeiten eines Vergleichs mit Deutschland sei hier nur ein kurzer innerskandinavischer Vergleich vorgenommen. In Schweden mit traditionell vollzeitschulischem Ausbildungssystem liegt die Schüler-Lehrer-Relation in den oberen Sekundarschulen ohne Schulmanagement relativ konstant bei knapp über 10 Schülern pro Lehrkraft. Der leichte Rückgang von 10,6 (Schuljahr 1998/99) auf 10,1 (Schuljahr 2004/05) erklärt sich im Wesentlichen aus dem Umstand, dass die Unterrichtsverpflichtung bei Schulleitern abgebaut wurde. Besonders wenig Schüler des oberen Sekundarbereichs kommen in Norwegen auf eine rechnerische Vollzeitlehrkraft. Zwar nahm die Relation seit 1997 etwas zu, liegt im Jahr 2005 mit 8 Schülern pro Vollzeitlehrkraft jedoch außerordentlich günstig. Erfasst sind hier allerdings nur die öffentlichen Schulen. Deutlich höher als in Schweden und Norwegen sind die Schüler-Lehrer-Relationen in Island. Allerdings mit Tendenz zur Angleichung. So gab es im Schuljahr 1999/2000 72,5 Lehrkräfte auf 1000 Schüler (13,8 Schüler je Lehrer); im Schuljahr 2005/2006 waren es dagegen 77,4 Lehrkräfte pro 1000 Schüler der Sekundarstufe II (12,9 Schüler je Lehrer).

5. Im *Hochschulbereich* scheinen sich Deutschland und die skandinavischen Länder deutlich weniger zu unterscheiden als im schulischen Bereich. Verallgemeinernde Aussagen sind aufgrund der lückenhaften Daten allerdings nicht möglich, zumal der Verfasserin für Schweden und Finnland zum Lehrpersonal an Universitäten keine brauchbaren Statistiken vorliegen. In Deutschland kamen im WS 2003/2004 auf 2,019 Mio. Studierende und StudienanfängerInnen 166.100 hauptberuflich tätige Lehrkräfte. Dies entsprach einer Relation von 12,2 Studenten pro Lehrkraft. In Island kamen im gleichen Semester 9,3 Studenten auf eine Lehrkraft und 13,7 Studenten auf eine rechnerische Vollzeitkraft. Der Anteil der Professoren lag in Deutschland bei 22,9 Prozent und in Island bei 22,7 Prozent, deckt sich also.[254] Dies freilich bei unterschiedlicher Tendenz: Island hat die Zahl der rechnerischen Vollzeitprofessoren von 1999 bis 2005 um knapp 19 Prozent aufgestockt; in Deutschland war die Gesamtzahl der Professoren Ende 2005 kaum höher als Mitte der 90er Jahre (1995: 37.672; 2005: 37.812). Allerdings, in Island steht dahinter die oben beschriebene tertiäre Bildungsexpansion – die Zahl der Studierenden lag im WS 2005/2006 um zwei Drittel höher als 1999/2000 – in Deutschland betrug der Zuwachs von 1994 bis 2005 nur 5,6 Prozent. Dem enormen Studentenzuwachs hat die Ausweitung des Lehrpersonlas in Island nicht standgehalten. Dementsprechend gab es Ende 2005 nur noch 75 VZÄ-Lehrkräfte pro 1000 Studenten gegenüber 96,5 Ende 1999. Werden Hochschulen in ihrer Gesamtbedeutung als Arbeitgeber beleuchtet, ergibt sich für Deutschland eine Gesamtbeschäftigtenzahl von Ende 2005 498 Tsd. Personen. 52 Prozent nahmen nichtwissenschaftliche Aufgaben wahr;[255] in Island liegt der Anteil bei nur einem Drittel. Worin die Differenz gründet, ist der Verfasserin nicht bekannt. Die in Deutschland einbezogenen Universitätskliniken könnten eine Erklärung liefern. Bei Berücksichtigung aller Lehrkräfte (Wissenschaftliches und künstlerisches Hochschulpersonal) kamen 2005/2006 auf 1000 Studenten bundesweit 119,6 Lehrkräfte (8,4 Studenten pro Lehrkraft). Günstiger als im Bundesdurchschnitt waren die Relationen in Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, dem Saarland und Sachsen-Anhalt, schlechter in Brandenburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz (vgl. Tabelle A-4). Bei den Schüler-Lehrkraft-Relationen liegt die Spannweite unter den größeren Bundesländern zwischen 6,9 in Baden-Württemberg und 10,8 in Nordrhein-Westfalen. Unter Berücksichtigung des Vollzeit-Teilzeit-Bias fügt sich Norwegen in etwa in dieses Bild. 1997 kamen dort im Tertiärbereich (Universitäten und Fachhochschulen) 14 Studenten auf eine Vollzeitlehrkraft. Bis zum Jahr 2005 hat sich diese Relation auf 11,9 verbessert.

---

[254] Angaben nach: Statistisches Bundesamt, „Mehr als ein Viertel der Professoren 60 Jahre und älter", Pressemitteilung vom 4. November 2004: www.destatis.de/presse/deutsch/abisz/hochschulen.htm

[255] Angaben nach: Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung „Arbeitgeber hochschule: 2005 fast eine halbe Million Beschäftigte" vom 6. Juli 2006: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2006/p2700071.htm

6. In der *Längsschnittbetrachtung* fällt auf, dass die skandinavischen Länder ihren schon Mitte/Ende der 90er Jahren gegenüber Deutschland besseren Personalschlüssel weiter verbessert haben. Da es in Deutschland vergleichbare Anstrengungen nicht gegeben hat und schon länger eine Reihe von Einzelbefunden (etwa in Sachsen) darauf hindeuten, dass Teilzeit- und Aushilfsbeschäftigungen systematisch ausgeweitet werden, wurde die Diskrepanz zu den skandinavischen Ländern größer. Einige Zahlen zur Untermauerung: Im Schuljahr 1999/2000 haben an allgemein bildenden Schulen 669.000 hauptberufliche Lehrkräfte unterrichtet. Gegenüber dem Schuljahr 1993/1994 bedeutete dies eine Zunahme um lediglich 1,5 Prozent, obwohl die Zahl der SchülerInnen allgemein bildender Schulen in diesem Zeitraum um gut 2 Prozent gestiegen ist. [256] Zwei Jahre später im Schuljahr 2000/2001 gab es dann an allgemein bildenden und beruflichen Schulen zusammen 785.000 hauptberufliche Lehrkräfte. Dies waren 2,6 Prozent mehr als 1993. Betrachtet man den Zeitraum von 1993/94 bis 2000/2001 differenziert nach Ost- und Westdeutschland, stieg die LehrerInnenzahl in Westdeutschland nur halb so stark wie die SchülerInnenzahl zunahm (+ 5,5 % gegenüber + 10,4 %) und ging in Ost-Deutschland gemessen am SchülerInnenrückgang unterproportional zurück (- 6,1 % gegenüber – 10,3 %). Nicht berücksichtigt ist dabei der Struktureffekt. Trotz bundesweit gestiegener SchülerInnenzahlen wurde die Zahl vollzeitbeschäftigter Lehrkräfte um 7,3 Prozent abgebaut; die der nur teilzeitbeschäftigten Lehrkräfte gegenläufig um 25,7 Prozent angehoben.[257] Erst nach dem Jahr 2000 kam es zu einer wieder besseren Unterrichtsversorgung, da die Zahl hauptberuflicher Lehrkräfte leicht stieg, während die SchülerInnenzahlen leicht zurückgingen. Im Ergebnis wurden jedoch bestenfalls die vorher eingetretenen Verschlechterungen korrigiert. Ein Lückenschluss zur wesentlich besseren Unterrichtsversorgung in den skandinavischen Ländern ist nicht erfolgt. Während in Deutschland die Lehrkräftezahl pro 1000 Schüler bei Berücksichtigung des erhöhten Anteils von Teilzeitbeschäftigung im Jahr 2005 nicht höher lag als Ende der 90er Jahre, haben die skandinavischen Länder ihre schon vorher bessere Unterrichtsversorgung noch weiter gesteigert. In Schweden (vgl. Tabelle A-6) stieg die Schülerinnenzahl an Pflichtschulen von 1998/99 auf 2004/05 um 1,3 Prozent, die Zahl der Lehrkräfte wurde um das Vielfache (+ 13,4 %) angehoben. Ergebnis: 1999/2000 gab es an schwedischen Pflichtschulen pro 1000 SchülerInnen 24,2 Lehrkräfte mehr als in Deutschland an den allgemeinbildenden Schulen. Bis 2005 stieg diese schwedisch-deutsche Lücke auf 30,4 Lehrkräfte an. Es kann angenommen werden, dass bei Zugrundelegung rechnerischer Vollzeitkräfte die Lückenzunahme deutlich ausgeprägter wäre. Auch an den schwedischen oberen Sekundarschulen wurde das Lehrpersonal weit stärker aufgestockt als es die Zunahme der SchülerIn-

---

[256] Angabe zu den Lehrkräften nach: Statistisches Bundesamt, Mitteilung für die Presse vom 5. Oktober 2000 („Jede fünfte Lehrkraft älter als 55 Jahre"); Angabe zur Schülerentwicklung nach: Statistisches Bundesamt 2006: Datenreport 2006: Tab. 1, S. 55.

[257] Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung „Im Westen zu wenig Lehrer" vom 2. Oktober 2001: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2001/p3520071.htm (Zugriff: 30.4.2007)

nenzahl entsprochen hätte (SchülerInnen: + 12,5 %; Lehrpersonal: + 17,4 %). Island als zweites detailliert untersuchtes Land bietet ein vergleichbares Bild. Die SchülerInnenzahl an Pflichtschulen stieg von 1998 bis 2006 um 3,4 Prozent; parallel wurde das Lehr- und Leitungspersonal um 22,6 Prozent aufgestockt. Betrachtet man nur das Lehrpersonal lag die Zunahme sogar bei 24,8 Prozent. Da gegenläufig zu Deutschland Teilzeitarbeit abgebaut wurde, stieg die rechnerische Zahl von Vollzeit-Lehrkräften sogar um 39,6 Prozent. In Vollzeitäquivalenten betrachtet wurde das Lehrpersonal somit um den Faktor 10 stärker aufgestockt als der Zunahme der SchülerInnenzahl im Zeitraum 1998 bis 2006 entsprochen hätte. Ergebnis: 1999/2000 gab es an isländischen Pflichtschulen pro 1000 SchülerInnen 30,4 Lehr- und Leitungskräfte mehr als in Deutschland; bis 2005/2006 ist die Lücke auf 42,4 gestiegen.

7. Wie auch im Elementarbereich gibt es zwischen Deutschland und den skandinavischen Ländern eine Gemeinsamkeit: Lehrkräfte sind überwiegend weiblich, wobei der weibliche Überhang von der Elementarstufe über den Primar- und Sekundarbereich bis zum Hochschulbereich stetig abnimmt. Von den Lehrkräften an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen im Schuljahr 2005/2006 waren 64 Prozent Frauen mit einer Spannweite zwischen 57 Prozent im Saarland und 79 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern.[258] In Schweden und Island ist die Frauendominanz an den Pflichtschulen noch stärker ausgeprägt resp. liegt auf dem Niveau der ostdeutschen Bundesländer. Vier von fünf Lehrkräften sind weiblich (vgl. die Tabellen A-5 und A-6). Auf der Leitungsebene setzt sich dies gleichwohl nicht entsprechend fort. In Schweden stellen Frauen zwar 64 Prozent der Beschäftigten des Schulmanagements. Sobald der Focus aber nur auf die Schulleiter gerichtet wird, geraten sie in die Minderheit. Im Herbst 2004 nahmen sie 41,3 Prozent der Schulleiterposten ein; in Island waren es zum gleichen Zeitpunkt 43,6 Prozent. Größenordnungsmäßig also kein Unterschied. Allerdings: Im Zeitraum von 1998 bis 2006 ist der Frauenanteil unter den Schulleitern deutlich gestiegen: in Island von 35,2 Prozent auf 46,2 Prozent. Der Frauenanteil unter Professoren ist unter Gleichstellungsgesichtspunkten von besonderem Interesse. In Deutschland stand Ende 2004 einem Frauenanteil von 69 Prozent beim nichtwissenschaftlichen Personal eine Quote von nur 31 Prozent beim wissenschaftlichen und künstlerischen Personal und von nur 13,6 Prozent bei den Professoren gegenüber. Allerdings, seit Mitte der 90er Jahre hat sich der Anteil weiblicher Professorinnen fast verdoppelt (1994: 7,5 %; 2004: 13,6 %; 2005 nach vorläufigen Zahlen: 14,2 %).[259] In Island nehmen Frauen auf Basis rechnerischer Vollzeitstellen ein Viertel der Professorenstellen ein. Einerseits ist dies ein deutlich höherer Prozentsatz als in Deutschland. Andererseits, auf Vollzeitbasis stellen Frauen auch einen höheren Anteil am Lehrpersonal (2005: 41,4 %) und der Zuwachs

---

[258] Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 2. Oktober 2006 („Fast zwei Drittel der Lehrkräfte sind Frauen"

[259] Angaben nach: Statistisches Bundesamt, Pressemitteilungen „*Frauenanteil bei den Professoren steigt auf 14%*" vom 11. Juli 2005 und Pressemitteilung „*Arbeitgeber Hochschule*" vom 6. Juli 2006: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p2940071.htm

bei den Professorenstellen fiel seit 1999 zwar absolut beachtlich aus (+ 44,3 %), hielt sich relativ (+ 21,7 %) jedoch in Grenzen.

8. Tabelle A-7 (Anhang) ermittelt anhand skandinavischer Referenzzahlen fiktive Beschäftigungslücken vorrangig für den Bereich der allgemein bildenden Schulen, zusätzlich jedoch auch für Schulen insgesamt sowie für Schulen und Hochschulen. Die Ergebnisse bieten Anhaltspunkte, in welchem Umfang Lehrpersonal in Deutschland aufgestockt werden müsste, um skandinavische Standards bei der Unterrichtsversorgung zu erreichen. Die geringste Lücke gibt es im Vergleich zu Finnland. Mit der finnischen Personaldichte hätte es 2005 an allgemeinbildenden Schulen insgesamt 720,3 Tsd. rechnerische Vollzeitkräfte gegeben. Tatsächlich lagen die rechnerischen Vollzeitlehrkräfte um rd. 110 Tsd. Stellen geringer. In Hessen wären es 53,4 Tsd. Vollzeitkräfte gewesen statt tatsächlich 45,8 Tsd. Vollzeit- und Teilzeitkräfte. Hätten alle im Schuljahr 2004/2005 in Deutschland an allgemein bildenden Schulen beschäftigten Lehrer und Lehrerinnen eine volle Pflichtstundenzahl gehabt, wären also Köpfe identisch mit Vollzeitstellen, gäbe es zu Finnland nur noch eine Lücke von 48,3 Tsd. Beschäftigten. Gegenüber einigen Bundesländern (vgl. die Minuszahlen in Tabelle 10) würde Finnland dann ins Minus rutschen. Nun hat Finnland einerseits das weltweit beste Schulsystem und es gibt dort auch Schulen mit hohen Ausländeranteilen, die trotzdem gut abschneiden, der im internationalen Vergleich sehr geringe Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund stellt aber geringere Anforderungen an den Einsatz personeller Ressourcen als sie in Norwegen und Schweden mit dort relativ hohen Ausländeranteilen gegeben sind. Hätte es 2005 pro 1000 SchülerInnen genauso viele Lehrkräfte gegeben wie im selben Jahr in Island, hätten bundesweit 366 Tsd. LehrerInnen mehr beschäftigt sein müssen. In Hessen hätten 74,7 Tsd. rechnerische Vollzeitlehrkräfte beschäftigt werden müssen; tatsächlich beschäftigt waren aber nur 45,8 Tsd. Voll- und TeilzeitKräfte (vgl. Tabelle 10). In Nordrhein-Westfalen hätte es 245,2 rechnerische Vollzeitlehrkräfte geben müssen, Es gab jedoch nur 150,2 Tsd. Vollzeit- und Teilzeitkräfte. Im Schnitt kann gesagt werden: Mit skandinavischem Personalschlüssel gäbe es in Deutschland im allgemeinbildenden Schulsystem ein Mehr an rechnerischen Vollzeit-Lehrkräften zwischen im Minimum 110 und im Maximum rd. 400 Tsd. Beschäftigten. Bei Einbezug der beruflicher Schulen und Hochschulen würde diese Lücke noch erhöhen, so dass größenordnungsmäßig von einer Beschäftigungslücke im Umfang von etwa einer halben Million ausgegangen werden kann.

Tabelle 10: Geschätzte fiktive Lehrkraft-Beschäftigungslücken von Deutschland und ausgewählten Bundesländern anhand der Vergleichsländer Island, Finnland, Norwegen und Schweden 2004 bis 2006 (Dichteziffern pro 1000 Schüler/Studenten)

Bezeichnung	Insge.	BW	BY	HB	HE	NI	NW	SN	ST	SH
1. Lehrpersonal Allgemeinbildende Schulen 2004/2005 (VZ+TZ): in 1000	672,0	92,7	93,3	5,6	45,8	67,7	150,2	33,7	21,9	22,6
1.1. Fiktives Lehrpersonal (Bezug: Island VZ+TZ 2005 resp. VZÄ 2006)	**1.037,9**	**143,8**	**160,8**	**8,0**	**77,0**	**108,1**	**252,8**	**37,5**	**23,5**	**37,4**
Fiktive Beschäftigungslücke 1	366,0	51,1	67,5	2,4	31,2	40,4	102,6	3,8	1,6	14,8
1.2. Fiktives VZÄ-Lehrpersonal Bezug: Island VZÄ 2005	**1.006,9**	**139,5**	**156,0**	**7,7**	**74,7**	**104,8**	**245,2**	**36,4**	**22,8**	**36,3**
Fiktive VZÄ-Beschäftigungslücke 2	334,9	46,8	62,7	2,1	28,9	37,1	95,0	2,7	0,9	13,7
1.3. Fiktives Lehrpersonal Bezug Island VZ+TZ 2006	**1.075,1**	**149**	**166,5**	**8,3**	**79,8**	**111,9**	**261,9**	**38,9**	**24,4**	**38,8**
Fiktive Beschäftigungslücke 3	403,2	56,3	73,3	2,7	34,0	44,2	111,7	5,2	2,5	16,2
1.4. Fiktives VZÄ-Lehrpersonal Bezug: Finnland VZÄ 2005	**720,3**	**99,8**	**111,6**	**5,5**	**53,4**	**75,0**	**175,4**	**26,0**	**16,3**	**26,0**
Fiktive VZÄ-Beschäftigungslücke 4	48,3	7,1	18,3	-0,1	7,7	7,3	25,3	-7,7	-5,6	3,4
1.5. Fiktives VZÄ-Lehrpersonal Bezug Norwegen VZÄ 2004)	**1.006,7**	**139,5**	**155,9**	**7,7**	**74,7**	**104,8**	**245,2**	**36,4**	**22,8**	**36,3**
Fiktive Beschäftigungslücke 5	334,7	46,8	62,7	2,1	28,9	37,1	95,0	2,7	0,9	13,7
1.6. Fiktives Lehrpersonal Bezug: Schweden VZ+TZ 2004	**961,0**	**133,2**	**148,9**	**7,4**	**71,3**	**100,1**	**234,1**	**34,7**	**21,8**	**34,6**
Fiktive Beschäftigungslücke 6	289,1	40,5	55,6	1,8	25,5	32,4	83,9	1,0	-0,1	12,0
2. Lehrkräfte an Schulen insgesamt	800,6	114,2	109,3	6,8	54,3	81,1	177,5	41,0	25,6	26,4
Fiktives-Lehrpersonal Bezug: Schweden 2004	**1.480,0**	**206,5**	**224,5**	**11,9**	**107,2**	**152,8**	**351,7**	**61,3**	**36,2**	**51,9**
Fiktive Beschäftigungslücke	679,4	92,3	115,3	5,1	52,9	71,7	174,2	20,4	10,6	25,5
3. Lehrpersonal insgesamt (Schulen und Hochschulen)	1.037,0	149,6	144,6	10,3	72,2	99,8	222,2	54,3	32,7	31,8
Fiktives Lehrpersonal Bezug: Island VZ+TZ 2006	**1.624**	**223**	**241**	**15**	**120**	**162**	**387**	**70**	**40**	**54**
Fiktive Beschäftigungslücke	586,9	73,4	96,4	4,9	47,5	62,0	164,5	15,7	7,3	22,7

Quelle: Auszug aus Tabelle A-7 (Anhang); vgl. die dortigen Erläuterungen

Die gängige Vorstellung geht in Deutschland dahin, dass der demographiebedingte Rückgang von Schülerzahlen während der kommenden Jahre Spielraum bietet für den Abbau von Lehrerstellen, dies indem nicht alle freiwerdenden Stellen neu besetzt werden und indem der Trend der zurückliegenden Dekade In Richtung Ausweitung von Teilzeitarbeit unter Lehrern fortgesetzt wird. Der Vergleich mit den skandinavischen Ländern hat gezeigt, dass die deutschen Bundesländer mit Personalschlüsseln arbeiten, die weit unter dem skandinavischen Niveau liegen. Dass dies dann auch für den Outcome, d.h. die Bildungsabschlüsse, die die Bevölkerung erreicht und das Maß an Chancengleichheit, gilt, kann nicht verwundern. Eine wirkliche Qualitätsoffensive im deutschen Schulsystem erscheint daher ohne kräftige Personalaufstockung trotz rückläufiger Schülerzahlen nicht realistisch. Tatsächlich erfolgt das Gegenteil. Schon 2006 lag die Zahl der LehrerInnen an allgemein bildenden Schulen mit nur noch 667,7 Tsd. unter dem Niveau von 2005. Schon

allein für die Absolvierung des schulischen Pflichtprogramms unter Status-quo-Bedingungen (keine Qualitätsoffensive, keine Verstärkung der Individualförderung, kein Übergang zu Ganztagsschulen, die diesen Namen wirklich verdienen) reicht die Ausstattung mit Lehrkräften nicht aus und bleibt auch hinter so machen Planungen zurück. [260] Damit aber entpuppen sich Gedankenspiele, das für den Ausbau von Ganztagsangeboten erforderliche Personal darüber zu gewinnen, dass der Personalabbau unter dem Rückgang der Schülerzahlen bleibt, als technokratische Lebenslüge. Pädagogisch hochstehende Ganztagsangebote erfordern anderes.

Die Beschäftigungslücke zu den skandinavischen Ländern ist vor dem Hintergrund des Lissabonprozesses und der Rückschrittlichkeit von Deutschland bei der Führung eines möglichst großen Bevölkerungsteils zur allgemeinen Hochschulreife und einem tertiären Ausbildungsabschluss (Niveau oberhalb der Stufen 3 und 4 der ISCED-97-Klassifikation) zu sehen. Offensichtlich fehlt der politische Willen, international aufzuholen. Offensichtlich wird unterschätzt, dass eine im Sparparadigma gefangene Finanzpolitik, die es von der Finanzierungsseite her versäumt, die öffentlichen Bildungsinvestitionen auf breiter Front auf einen BIP-Anteil anzuheben, der dem Durchschnitt der skandinavischen Länder entspricht, der Gesellschaft einen sonst möglichen Mehrwert vorenthält und vermeidbare Kosten verursacht. Zu dem möglichen Mehrwert zählen in der makroökonomischen Bewertung die Einkommenseffekte, die sich über ein hohes Personalniveau im schulischen Bildungssystem ergeben würden.

c) Bedeutung von Privatschulen und Vermarktlichung

Welche Bedeutung haben in den Vergleichsländern private Schulen und Hochschulen? Wieviele SchülerInnen besuchen solche Einrichtungen? Um welche Typen von Einrichtungen handelt es sich? Wie setzen sich die SchülerInnen sozial zusammen und wie ist die Personalausstattung der Privateinrichtungen im Vergleich mit den öffentlichen Schulen und Hochschulen? Welche Bedeutung schließlich haben private Bildungsmärkte, die einem privaten Renditeziel folgen? Zu Fragen dieser Art können aufgrund der vorgenommenen Auswertungen nur grobe Aussagen getroffen werden. Sie lassen sich (ohne Berücksichtigung des Hochschulbereichs) in drei Punkten zusammenfassen:

1. Im größeren internationalen Kontext gesehen ist die Bedeutung privater Schulen und Hochschulen sowohl in Deutschland wie den skandinavischen Ländern nach wie vor gering. Sowohl

---

[260] Nach Angaben der GEW wurden zu Beginn des Schuljahres 2006/2007 bundesweit nur 24.600 Lehrer neu eingestellt, 1400 weniger als ursprünglich prognostiziert. GEW-Chef Ulrich Thöne erwartet als Folge einen noch höheren Stundenausfall und größere Klassen. Die Länder sparten auf den Rücken der Lehrer und setzten auf längere Arbeitszeiten und Arbeitsverdichtung. (Zitiert nach FTD v. 23.11.2006?)

in Schweden wie in Deutschland gibt es jedoch einen Trend in Richtung privater Schulen und Hochschulen. Im Schuljahr 2005/06 gab es in Deutschland 4.637 private allgemeinbildende und berufliche Schulen. Seit 1992 stieg ihre Zahl um 1.405 (+ 43,5%). Die Zahl der dort unterrichteten Privatschüler nahm mit plus 52 Prozent noch stärker zu und erreichte im Schuljahr 2005(2006) 873.000. Jeder 14. Schüler gegenüber jedem 20. im Jahr 1992 wird mittlerweile in Deutschland privat unterrichtet. Die Spanne reicht von 3,3 Prozent in Schleswig-Holstein bis 11,2 Prozent in Sachsen, wobei der Anteil von Schülern mit Migrationshintergrund insgesamt nur halb so hoch ist wie der von deutschen SchülerInnen. [261] Unter den skandinavischen Ländern ist Schweden das Land mit dem stärksten Anstieg von Privatschülern. In Finnland, Island und Norwegen liegt die Bedeutung von Privatschulen dagegen auch aktuell auf sehr niedrigem Niveau. Für Finnland kann bezogen auf die im Jahr 2004 593.148 SchülerInnen an Gesamtschulen (Primarstufe und Sekundarstufe I) von einem Privatschüleranteil von 1 bis 2 Prozent ausgegangen werden; in Island gibt es Schwankungen – von 1998 bis 2006 schwankte der Privatschüleranteil (Primar- und Sekundarstufe I) ohne klaren Trend zwischen 1,0 und 1,3 Prozent; in Norwegen schließlich sind aktuell (2005) zwar 12,8 Prozent der Gesamtschulen privat; auf sie entfallen aber nur 2,1 Prozent der SchülerInnen im Pflichtschulalter. Es gab in den letzten Jahren einen Anstieg; er ist aber minimal (von 1,7 % im Schuljahr 2000/2001 auf 2,1 % im Schuljahr 2004/2005). Keineswegs minimal ist der Anstieg dagegen in Schweden. Er konzentriert sich auf den eigentlichen Schulbereich, während die Zunahme von privaten Vorschuleinrichtungen weniger ausgeprägt ist. Der Anteil privater Vorschulen stieg von 1998 bis 2004/2005 um ein gutes Viertel auf 16,7 Prozent, während bei Pflichtschulen allein von 2000 bis 2004/2005 bei den SchülerInnen eine fast dreifach so starke Zunahme (+ 74,4%) auf 6,8 % erfolgte. Binnen weniger Jahre hat Schweden damit bei den Privatschülern mit Deutschland gleichgezogen.

2. Wie die Ausstattung mit Personalressourcen an den privaten im Vergleich zu den öffentlichen Vorschulen und Schulen aussieht, muss offen bleiben. Der Verfasserin liegen dazu nur wenige Daten vor. Norwegen z.B. gibt Schüler-Lehrer-Relationen nur für den öffentlichen Bereich an. Aus den für Schweden vorliegenden Angaben kann mit Vorbehalt der Schluss gezogen werden, dass der Personalschlüssel in den Privateinrichtungen in der Vergangenheit schlechter war als im staatlichen Schulsystem, mittlerweile jedoch auf gleichem Niveau liegt. So kamen Ende der 90er Jahre auf eine rechnerische Vollzeitkraft im Vorschulbereich in privaten Einrichtungen 5,7 Kinder, in öffentlichen Einrichtungen aber nur 5,3 Kinder; 2004 lag die Relation im öffentlichen wie privaten Bereich bei 5,4 Kindern.

3. In den skandinavischen Ländern spielt private Nachhilfe nur eine sehr geringe Rolle. Diese Gesellschaften erachten es als Aufgabe der Schule, SchülerInnen mit Leistungsproblemen innerhalb der Schule die nötigen Förderungen zukommen zu lassen. Eine Spaltung dahin gehend, dass Kinder der Mittel- und Oberschicht Vorteile durch private Nachhilfe erhalten, die Unterschichteltern schon rein finanziell ihren Kindern nicht zukommen lassen können, würde als Widerspruch zu grundlegenden Wohlfahrtsnormen wahrgenommen. In Deutschland dagegen ist private Nachhilfe traditionell akzeptiert und im Umfang aufgrund des dürftigen Abschneidens bei PISA ein Wachstumsmarkt. Nachhilfe findet in informellen und non-formalen Kontexten statt. Das bedeutet: es gibt wenig Transparenz. Vorliegende Studien kamen bereits in den 90er-Jahren zu dem Ergebnis, dass etwa ein Fünftel der Schülerinnen und Schüler ab dem Alter von 11 Jahren Nachhilfe in Anspruch nahmen (Rauschenbach u.a. 2004: 337; Hurrelmann 1996: 38). Nach Hurrelmann (ebd.) wird Nachhilfe im Wesentlichen von zwei verschiedenen Schülergruppen in Anspruch genommen: von solchen, die akut versetzungsgefährdet sind, und von solchen, die mit längerfristiger Nachhilfe einem möglichen Leistungsabfall vorbeugen wollen. Tendenziell nimmt sowohl die Zahl der Nachhilfeschülerinnen und -schüler als auch die der kommerziellen Nachhilfeangebote zu.

---

[261] Quelle: Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung „Jeder 14. Schüler besucht Privatschule" vom 28. Dezember 2006: http://www.destatis.de/presse/deutsch/sach/pm07.htm (Zugriff am 30.4.2007)

Auch wenn nur einzelne Befunde zusammengetragen wurden, ergibt sich doch, dass Privatschulen und die Vermarktlichung von Leistungserbringungen in den skandinavischen Ländern insgesamt eine geringere Rolle spielen als in Deutschland. Noch gilt dies auch für den Vergleich von Schweden und Deutschland, da in Schweden der Vorschulbereich ganz überwiegend öffentlich organisiert ist, während in Deutschland auf diesem Sektor eine breite Trägervielfalt mit nachrangiger Bedeutung kommunaler Anbieter existiert.

4.3.2 Gesundheitssystem

In der ökonomischen Theorie werden Wachstumsprozesse jeweils zurückgeführt auf bestimmte Basisinnovationen. Mehrere lange Wellen der Wirtschaftsentwicklung wurden bislang identifiziert. Bezogen auf das Gesundheitssystem wird in Deutschland zunehmend von Märkten – einem 1. Markt der Krankenversorgung und einem 2. Markt der Medizinprodukte und Gesundheitsdienstleistungen gesprochen. Die Stoßrichtung zielt gleichermaßen auf Industrialisierung etwa der Krankenversorgung wie auf Individualisierung durch z.B. ein wachsendes Angebot von privat zu bezahlenden IGeL-Leistungen. Henke 2007 erwartet und begrüsst, dass das Gesundheitssystem so letztlich zu einer Branche werde wie „Schiffbau, Maschinenbau...". Dass neben dem traditionellen Gesundheitssektor ein neuer Gesundheitssektor im Entstehen begriffen ist, mündet bei Nefiodow (1999) in die These: Der Gesundheitssektor wird die nächste lange Wachstumswelle prägen. Während die IT-Branche Motor des gegenwärtigen 5ten Kondratieff sei, werde der Gesundheitssektor Motor des nächsten, also 6ten Kondratieff sein. Dass dies nicht unbedingt in ein nicht nur längeres, sondern auch gesünderes Leben von Menschen münden muss, zeigen die im Einzelnen bedenklichen Tendenzen, von denen oben einige angesprochen wurden.

Was bei der Debatte um neue Arbeitsplätze im Gesundheits- und Bildungssystem auffällt, sind untergründige Wertungen nach dem Muster: Hier die guten, weil privaten und dort die weniger guten, weil öffentlich bereitzustellenden, zumindest jedoch zu finanzierenden Arbeitsplätze. Dem entspricht, dass bei der ganzen Debatte von Anfang 2007 um den Ausbau der Krippenplätze von den nicht geringen Arbeitsplatzeffekten keine Rede war. Die Perspektive ist vielmehr: Es fehlen ErzieherInnen, aber massiv in die Ausbildung von ErzieherInnen investieren, brauchen wir trotzdem nicht, weil es ja die demografische Rendite gibt und den Privatsektor der Tagesmütter usw. Dabei beläuft sich die Beschäftigungslücke im Vergleich zu den skandinavischen Ländern im Bereich der Elementarbildung größenordnungsmäßig auf rd. 700.000 rechnerische Vollzeitkräfte. Während die enormen Beschäftigungswirkungen, die beim Aufbau einer sowohl flächendeckenden wie

qualitativ hochwertigen Infrastruktur öffentlicher frühkindlicher Bildung und Erziehung entstünden ebenso ausgeblendet werden wie die Beschäftigungseffekte bei qualitativer Verbesserung des sonstigen Bildungssystems, wird das Gesundheitssystem als Jobmotor beschworen. Schließlich soll die Expansion nicht im traditionellen Gesundheitswesen – schon dieser Begriff erscheint manchen wie ein Relikt aus ferner Vorzeit - sondern über Gesundheitsmärkte erfolgen. So sieht Heinze 2005 ein erhebliches Beschäftigungspotential durch die Zunahme pflegebedürftiger Menschen und Josef Hilbert, Leiter des Forschungsschwerpunkts Gesundheit und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen erwartet von einer Gesundheitsreform, die die Gesundheitswirtschaft stärkt, bis 2020 einen Zuwachs von 360.000 bis 800.000 neuen Arbeitsplätzen. Gedacht ist dabei nicht nur an Gesundheitsdienstleister im engeren Sinne, sondern an viele andere Wirtschaftsbranchen - etwa das Handwerk oder der Informations- und Kommunikationssektor. Wesentliche Triebkräfte seien die steigende „Bereitschaft Geld und Engagement in die eigene Gesundheit zu investieren". In der Konsequenz fordert Herr Hilbert, mehr Geld ins System zu geben. Die gegenwärtige Gesundheitsdebatte demotiviere die Anbieter; ihnen fehle der "Innovationsbiss".[262]

Die Frage, die sich stellt, lautet: Welche Bereitstellung von Arbeitsplätzen ist mit den skandinavischen Systemen, die die Frage von Markt und Staat nicht im Sinne eines Gewährleistungsstaates wie Deutschland, sondern im Sinne eines Leistungsstaates beantworten, verbunden? Da alle skandinavischen Länder anteilig am BIP weit mehr Geld In Bildung investieren als Deutschland, während die Sicherung von Gesundheit in Dänemark, Finnland und Schweden mit einem geringeren Bedarf finanzieller Ressourcen verbunden ist, wäre zu erwarten, dass das deutsche System mit dem höheren Ausgabenniveau auch ein mehr an Arbeitsplätzen bietet. Die ermittelten Befunde beleuchten diese Frage aus *vier unterschiedlichen Perspektiven*. In der *ersten Perspektive* wird der Frage nachgeangen, welche im engeren Sinne Gesundheitsberrufe es dort gibt und auf welchem formalen Qualifikationsniveau sie angesiedelt sind. Die *zweite Perspektive* gibt einen Überblick zur Beschäftigungsrelevanz des gesamten Gesundheitssektors im Vergleich zwischen Deutschland und Norwegen. Die *dritte Perspektive* beleuchtet den Bereich der Gesundheitsdienstleister im engeren Sinne. Die vierte schließlich wirft einen Blick auf Einrichtungen.

---

[262] Pressemitteilung „Gesundheitsreform kann Arbeitsplätze schaffen" des IAT nach:Informationsdienst Wissenschaft - Nachrichtenüberblick vom 09.03.2007: http://idw-online.de/pages/de/news199625

a) Perspektive 1: Professionalisierungsgrad der Gesundheitsberufe

In welchem Umfang die verschiedenen Gesundheitssysteme personelle Ressourcen als Gesundheitsdienstleister zum Einsatz bringen, kann nicht losgelöst von der Frage nach der Berufsstruktur, den Qualifikationsniveaus der einzelnen Berufe und deren Tätigkeitsprofil beleuchtet werden. Bei dem 1999 eingeleiteten Bologna-Prozess der europaweiten Vereinheitlichung von Studiengängen bis zum Jahr 2010 geht es auch um die Neustrukturierung der ärztlichen Ausbildung und die Entwicklung von Hochschulstudiengängen für pflegerische und therapeutische Gesundheitsfachberufe. Deutschland tut sich auf diesem Felde in mehrfacher Hinsicht sehr schwer. Zum einen: Es gibt große Vorbehalte gegen die Umstellung der traditionellen medizinischen Studiengänge auf Master-Studiengänge.[263] Dass die Stufung mit Bachelor als niedrigstem akademischen Niveau für Medizinstudenten, die heute zu den Studienabbrechern gehören resp. gar keine ärztliche Tätigkeit anstreben, neue Perspektiven eröffnet, wird eher nicht gesehen. Zum anderen: Der Akademisierung der traditionellen Pflege- und Heilberufe wird zurückhaltend bis abwehrend begegnet. Zwar gibt es einige Fachhochschulstudiengänge (Ergotherapeut/-in, Heilpädagoge/-in, Diplom-Pflegepädagoge/-in, z. B.) und auch die Möglichkeit, an einer Hochschule z. B. den Berufsabschluss eines Diplom-Medizinpädagogen, einer Diplom-Pflegepädagogin oder einer Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin[264] zu erwerben. Insoweit ist ein Prozess der Akademisierung in Gang gekommen. Mit wenigen Ausnahmen geht es dabei jedoch um relativ neue Berufsbilder mit derzeit sehr geringen Beschäftigtenzahlen und nicht um die qualifikatorische Hochzoonung von Berufen mit langer Tradition. So gab es beim traditionellen Beruf der Krankenschwester eine Reform. Das seit 1938 bestehende Berufsbild wurde (gilt seit 2004) in das der Gesundheits- und Krankenpflegerin überführt. An den Zugangsvoraussetzungen (mittlere Reife), der Ansiedlung (Fachschulausbildung) und dem Kompetenzrahmen hat sich nichts geändert. Die meisten Länder der EU15 (alle Länder mit öffentlichem Gesundheitssystem sowie die Benelux-

---

[263] Zur Klärung der Frage, ob und wie der Bologna-Prozess auch die deutsche Medizinerausbildung tangiert, wurde von der "Service-Stelle Bologna", der Hochschulrektorenkonferenz unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Medizinischen Fakultätentages, der Hochschulen für Gesundheit e.V. und der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn am 14./15. Oktober 2005 eine Arbeitstagung durchgeführt zur Diskussion von "*Potenzialen und Grenzen des Europäischen Reformprozesses für die Medizin und die Gesundheitswissenschaften in Deutschland*". Dabei wurden auch Erfahrungen des Auslandes(Schweden, England und der Schweiz) vorgestellt. In diesen Länder ist die Umstellung bereits erfolgt oder im Gange. Dass es auch in Deutschland Anpassungsbedarf gibt und dies Chancen beinhaltet, die Gesundheitsberufe insgesamt neu zu konzipieren, wird nur sehr zurückhaltend wahrgenommen.

[264] Z. B. existiert seit dem WS 2003/2004 an der Evangelischen Fachhochschule Berlin der Studiengang „Bachelor of Nursing" (Mogge-Grotjahn/Bußmann 2003: 85)

Länder Belgien und die Niederlande) beschreiten längst andere Wege.[265] Im Vergleich zu diesen Ländern gerät Pflege- und Therapiepersonal aus Deutschland zunehmend ins Hintertreffen. Es ist von den Bemühungen um eine wissenschaftliche Fundierung der eigenen Profession und europäischen Hochschulkooperationen ein gutes Stück abgeschnitten,[266] kann kaum am Forschungsaustausch teilnehmen, sich nicht um EU-finanzierte Forschungsprojekte bemühen und muss letztendlich sogar befürchten, auch in seiner beruflichen Mobilität beschränkt zu werden, weil in unmittelbaren Nachbarländern (z. B. in Belgien) die in Deutschland erworbenen Berufsabschlüsse teilweise als nicht ausreichend angesehen werden. Nicht regulär, sondern über Umwege und durch Hintertüren[267] gelang zwischenzeitlich zwar auch bei den traditionellen Gesundheitsberufen die Etablierung einiger Studiengänge. So bei der Physiotherapie[268] durch ein Kooperationsprojekt mit den Niederlanden (Theobald 2004: 18). Ob dies Eintagsfliegen bleiben, ist offen. Gegenwärtig jedenfalls steht die Akademisierung der traditionellen Pflege- und Heilberufe nicht auf der Tagesordnung deutscher Bildungs- und Gesundheitspolitiker.

Demgegenüber: Alle skandinavischen Länder haben die vormals auch dort semiprofessionellen Pflege- und Therapieberufe im Niveau so angehoben, dass sich ärztliche, pflegerische und heilend-therapeutische Tätigkeiten auf Augenhöhe begegnen. Der Prozess verlief parallel zur Bildungsexpansion, die auch in Deutschland in den 60er jahren

---

[265] Meist sind es 1-Zyklus-Studiengänge von dreijähriger Dauer (Dänemark; 3,75 Jahre). Für eine Übersicht siehe Mogge-Grotjahn/Bußmann 2003: 78ff.

[266] So dokumentiert Gabriele Müler-Mundt (2001) eine Vielzahl von universitären Kooperationen zwischen vor allem den skandinavischen Ländern, Großbritannien, Belgien und den Niederlanden. Auch Spanien, Portugal, Frankreich, Österreich und die Schweiz sind mittlerweile präsent. Fehlanzeige dagegen bei Deutschland.

[267] Nicht nur das Studieren ist nur über Hintertüren möglich. Auch die selbständige Berufsausübung geht bislang nur über die Heilpraktikerhintertür. Dies könnte sich ändern. Ein wegweisendes Urteil des Oberverwaltungsgerichts Rheinland-Pfalz v. 21.11.2006 (Aktenzeichen 6 A 10271/06.OVG) hat erstmals in Deutschland der Klage von Physiotherapeuten, die sich auf diese Hintertür nicht einlassen wollten, stattgegeben. Der beklagte Westwaldkreis, dessen Gesundheitsamt für die Erlaubniserteilung zuständig ist, wurde „*dazu verpflichtet, ohne weitere Eignungsüberprüfungen den Klägern unter Freistellung von der Verpflichtung, die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker" zu führen, die Erlaubnis zu erteilen, die Heilkunde nach Maßgabe von § 1 Heilpraktikergesetz selbständig auszuüben, und zwar bezogen und beschränkt auf den Bereich der physikalischen Therapie und der Physiotherapie im Sinne der §§ 3 und 8 des Gesetzes zur Regelung der Berufe in der Physiotherapie mit Ausnahme der Behandlungen zur Traktion der Wirbelsäule und der Durchführung von Thermalbädern als Vollbäder incl. Stangerbäder*.". Das Urteil hat in Fachkreises erheblichen Wirbel gemacht. Im Newsletter Nr. 129 des Physiotherapieverbandes von Anfang März 2007 („Physiotherapeuten sollen nicht selbstständig arbeiten dürfen": http://www.physio.de/php/meldung.php3?id=6315; Zugriff am 3.3.2007) wird davon berichtet, dass nun Druck auf die Landesgesundheitsminister angekündigt wird. Diese sollen die Gesundheitsämter anweisen, Anträge von Physiotherapeuten auf Erteilung einer Erlaubnis zur selbstständigen Berufsausübung trotz des Urteils abzulehnen. Begründung: Für eine selbständige Berufsausübung fehle es den Physiotherapeuten an der nötigen Qualifikation.

[268] Bei der Physiotherapie reicht in Deutschland ein Hauptschulabschluss als Zugangsvoraussetzung. Gegenwärtig haben knapp 10 Prozent der Schüler einen Hauptschulabschluss, gut ein Viertel besitzt die Hochschulreife und das Gros einen mittleren Schulabschluss (Quelle: Bundesagentur für Arbeit November 2004: Berufskunde live - Gesundheits- und Pflegeberufe, S. 13)

startete, sich aber bald brach an der fehlenden Bereitschaft der deutschen Bildungselite, auf die Privilegien zu verzichten, die ein exklusiver Status verleiht. In Schweden, ebenso in Island[269] wurde die Akademisierung bereits ab den 70er Jahren vorangetrieben. Es liegen also genügend Erfahrungen vor. Umso erstaunlicher ist es, dass die von ärztlichen Standesvertretern geführte Abwehrdebatte diese Erfahrungen kaum würdigt. Die Höherqualifizierung der Pflege- wie Therapieberufe in den skandinavischen Ländern ging einher mit einer verstärkten wissenschaftlichen Fundierung pflegerischer und therapeutischer Tätigkeit. Für eine Gesellschaft, die beansprucht, den Übergang in eine Wissensgesellschaft zu bewältigen, ist dies von großer Relevanz. Sukzessive wurden die Spezialisierungsmöglichkeiten ausgebaut. Dabei durchlaufen alle „nurses" eine gemeinsame Grundausbildung.. Darauf aufbauend erfolgen Spezialisierungen (Internistik, Pädiatrie, Anästhesie, Psychiatrie, Zahnheilkunde usw.).

Wie bei gleichen Herausforderungen kulturelle Unterschiede zu anderen Antworten führen, zeigt sich beim relativ neuen Beruf des Dentalhygienikerns. In Schweden gab es dafür zunächst einen zweijährigen Studiengang, der im Kontext des Bologna-Prozesses auf drei Jahre erweitert wurde. Die Ausbildung verleiht den Abschluss „Bachelor of Science in Oral Health" („Mundgesundheitswissenschaftler"). Inwieweit sich daran Mastermodule mit der Möglichkeit der Promotion anschließen sollen, wird diskutiert. Aus einem gleichen Impuls heraus, nämlich der Verstärkung von Prävention, wurde auch in Deutschland das Berufsbild „DentalhygienikerIn" etabliert. Dies aber nicht im Sinne einer Profession mit eigener Wertigkeit. Geschaffen wurde nur eine Möglichkeit der Weiterqualifikation, die dem traditionellen deutschen Hierarchie- und Ausführungsdenken verhaftet bleibt. So liegt der entscheidende Unterschied auch zu denjenigen, die in Schweden nur ein zweijähriges Kurzstudium abgeschlossen haben, in der Kompetenzzumessung. In Deutschland ist die Tätigkeit rein delegationsabhängig. Dentalhygienikerinnen dürfen - zugespitzt formuliert - sowenig selbständig denken und handeln wie auch die Angehörigen der anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Sie führen nur aus, was Zahnärzte verordnen. Die Konsequenzen engstirniger Standespolitik sind in gewisser Hinsicht absurd. So findet in Altenheimen der Einsatz von Zahnärzten für die Mundgesundheitspflege der BewohnerInnen aus Kostengründen (zu teuer) kaum statt; der von DentalhygienikerInnen wäre bezahlbar und qualitativ nicht schlechter, ist aber untersagt. Ausgefüllt wird die Lücke nun durch

---

[269] Die Akademisierung der Physiotherapie folgte ab Mitte der 70er Jahre. Heute handelt es sich um ein universitäres Studium mit numerus clausus. Die Akademisierung der Pflegeberufe folgte später, geht bei den Hebammen heute aber so weit, dass (seit 1996) eine Nurse-Hochschulausbildung Zulassungsvoraussetzung für den zweijährigen Hebammenaufbaustudiengang ist (Halldorsson 2003: 62f.)

Personal, das für die Aufgabe zwar nicht qualifiziert ist, aber vom Bannstrahl der Standespolitik auch nicht erwischt wird. Derartige Absurditäten sucht man in Schweden, aber auch in den Niederlanden (Theobald 2004: S.16) vergebens. Nach einer Überweisung des Zahnarztes dürfen sie dort selbständig Diagnosen stellen, Behandlungsschritte planen und durchführen. Sie haben sogar das Recht, eine eigene Praxis zu errichten. In Schweden dürfen sie mittlerweile selbstständig Zahnkontrollen und einfache Kariesbehandlungen durchführen. Tendenziell werden damit Zahnärzte zu Spezialisten für kompliziertere Fälle, während die Aufgaben der Prävention und Primärversorgung (Beratung, Motivationsvermittlung, Zahnstein- und Plaqueentfernung, professionelle Zahnreinigungen und einfache Kariesbehandlungen) von DentalhygienikerInnen geplant und ausgeführt werden. Theobald äußert die Hoffnung, dass sich auch Deutschland nicht dauerhaft gegen eine Professionalisierung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe stemmen könne. Die Forderung nach einem effektiven, bedarfsorientierten und qualitätsgesicherten Einsatz medizinischer Dienstleistungen, so ihre Begründung, verlange nach der Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Berufspraxis bei gleichzeitig multidisziplinärer Teamarbeit und setzte eine kritisch-reflektierte Umgangsweise mit der alltäglichen Berufspraxis voraus. Dies werde in Deutschland derzeit auch nicht ansatzweise geleistet, da selbst die Lehrkräfte an Gesundheitsschulen meist Praktikerinnen ohne wissenschaftlich-fundierten Hintergrund seien, von denen Anleitung zu wissenschaftlich-reflektiertem Berufshandeln kaum zu erwarten sei. Anstöße erwartet sie aus dem europäischen Kontext heraus. Dass es in Deutschland von innen her Bewegung gibt, etwa weil eine nachwachsende Medizinergeneration weniger durch tradiertes Standes- und Statusdenken geprägt ist, wird sich zeigen. Die AG Medizinfachberufe, die sich schon lange für eine Akademisierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe einsetzt, konnte gegen die Machtbastion der ärztlichen Standesvertreter bislang noch nicht einmal einreichen, dass durch eine Öffnungsklausel im Berufsbildungsgesetz auch nur eine Tür in Richtung Akademisierung geöffnet wird (Theobald 2004: 18).

Bei der Interpretation der Beschäftigungsbefunde von Deutschland im Vergleich zu den skandinavischen Ländern trägt eine auf die traditionellen Kernberufe (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker) bezogene Untersuchung aus den genannten Gründen nicht. Die Akademisierung der pflegerischen und therapeutischen Gesundheitsberufe hat die starre Abgrenzung zwischen Ärzten und Nicht-Ärzten aufgelöst und die Berufsrollen in Bewegung gebracht. Bezogen auf die Pflegeberufe („Nurses") sind u.a. folgende Kompetenzerweiterungen oder gemischte Rollenwahrnehmungen dokumentiert (Buchan/Calman 2004; OECD 2004: 27; Kampf 2007):

- Nurses übernehmen Aufgaben bei der Behandlung chronischer Erkrankungen (Typ-II-Diabetes; Asthma): OECD 2004: 27
- Spezialisierte Nurses dürfen einfachere Narkosen legen (Schweden, u.a.): (Buchan/Calman 2004: 27)
- Nurses, die an Gesundheitszentren eigene Sprechstunden abhalten oder an Schulen tätig sind, dürfen Reihenuntersuchungen durchführen und in gewissen Umfang eigenhändig Rezepte ausstellen (Buchan/Calman 2004: 29ff.; Kampf 2007).

Die Aufgabe der scharfen Trennung zwischen den ärztlichen Professionen und den Professionen der anderen Gesundheitsdienstleister wird von ärztlichen Funktionären als Statusbedrohung wahrgenommen und abgewehrt. Argumentiert wird mit dem Wohl des Patienten, was es zu schützen gelte und das bedroht sei, wenn semi-akademisch qualifiziertes Pflegepersonal eigenständig denkt und Entscheidungen trifft. Wie wenig glaubwürdig die Befürchtungen sind, belegen die im Kapitel 4.2 dargestellten Outcome-Ergebnisse. Auch wird beim starren Festhalten an überkommenen Berufsrollen ausgeblendet, dass die Enthierarchisierung der professionellen Beziehungen sowohl die Versorgungsqualität wie das Betriebsklima verbessern kann. Neue resp. neu-alte Ansätze kommen unter diesen Gegebenheiten weniger aus Offenheit für innovative neue Ansätze als aus Not zustande und verblieben in den deutsch-typischen Grenzen. So erfährt die Gemeindeschwester der untergegangenen DDR eine gewisse Renaissance in Gebieten mit hausärztlicher Unterversorgung. Das Konzept wurde 2004 vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald entwickelt und läuft seit August 2005 als Projekt AGnES mit Unterstützung vom Landesministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern auf der Insel Rügen; im Juli 2006 startete in Lübbenau in Brandenburg ein weiteres Projekt (gefördert aus EU-Fonds und vom Land Brandenburg). Die Gemeindeschwestern (speziell ausgebildete Krankenschwestern) sind für Hausärzte zu deren Unterstützung unterwegs. Erste Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz der Gemeindeschwestern, die über einen berufsbegleitenden Weiterbildungsstudiengang Qualifikation "Community Medicine Nursing" erwerben sollen. Wenn die Übernahme in die Regelversorgung erfolgen sollte, wäre dies eine kleine Innovation. Allerdings: eine Anhebung auf Hochschulniveau ist auch hier nicht geplant. [270]

Drei zentrale Unterschiede zwischen Deutschland und Skandinavien schälen sich heraus:

1. Die medizinische Ausbildung ist stärker als in Deutschland auf die medizinische Betrachtung des ganzen Menschen ausgerichtet. Abgesehen von Island spielen Allgemeinmedizi-

---

270 Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; PM vom 27.02.2007 (http://idw-online.de/pages/de/news197798 ; Zugriff am 27.2.2007 mit mündlicher Auskunft bei einem Telefonat einige Tage später.

ner die Hauptrolle und Fachärzte ergänzende Rollen. Die Spezialisierung zum Allgemeinmediziner dauert in Finnland z. B. 6 Jahre mit Tätigkeiten an einer Klinik und einem Gesundheitszentrum. Eingeschlossen in diese Ausbildung ist Familienmedizin. Dies ist Basis der Verknüpfung von Gesundheits- und Familienpolitik in den kommunalen Gesundheitszentren. (Järvelin 2002: 65)

2. Während sich in Deutschland bei der Ausbildung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe hinsichtlich Zugangsvoraussetzungen, Qualifikationsniveau, Wertigkeit der Abschlüsse, und dem Tätigkeitsprofil über Jahrzehnte wenig bewegt hat und nach wie vor nur sehr zögerlich bewegt, wurden die pflegerischen und sonstigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in allen skandinavischen Ländern seit den 70er Jahre akademisiert. Diese Entwicklung erfolgte parallel zur Expansion des Bildungssystems. Zwar gibt es weiterhin pflegerische Berufe, die nur eine Kurzzeitausbildung auf sekundärem Niveau vorsehen. Aber der Standard heißt „collage trained" mit Abschlüssen auf Bachelor-Niveau.[271] 70 Prozent der Pflegekräfte verfügen in Schweden mittlerweile über einen Hochschulausbildung.
3. Die für Deutschland prägende starre Rollentrennung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen existiert nicht oder nicht mehr. Es gibt zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufen nicht eine Kultur der Anweisung (durch Ärzte) und der bloßen Ausführung ärztlicher Anweisungen/Verordnungen (durch Pflegefachpersonal und Therapeuten). Leitgedanke ist stattdessen die des multidisziplinären Teams, das im wechselseitigen Respekt vor der Profession des jeweils anderen für das Wohl von Patienten gemeinsam Verantwortung trägt.

b) Perspektive 2: Beschäftigungsrelevanz und Qualifikationsstruktur

Diejenigen, die für eine stärkere Vermarktlichung plädieren, argumentieren nicht zuletzt mit Gesundheitsmärkten als Jobmotor. Neben den kurativen, auf die Heilung von Krankheiten gerichteten Dienstleistungen gewinnen auf den Gesundheitsmärkten Vorsorge, Gesundheitsförderung und Rehabilitation steigende Bedeutung. Hinzu kommt der Pflegebereich. Mit der Alterung der Gesellschaft und dem weiteren Anstieg der Lebenserwartung nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen stark zu und erwartet professionelle Pflege. Die hohe Bindung von volkswirtschaftlichen Ressourcen im Gesundheitsbereich erscheint aus diesem Blickwinkel nicht als Nachteil, da sich ein Anteil von knapp 11 Prozent des BIP u.a. über die Beschäftigungsrelevanz rechtfertigt. Nun betreibt Deutschland ein Gesundheitssystem, das bereits traditionell relativ marktnah ist mit einer geringen staatlichen Eingriffstiefe. Der von vielen programmatisch beschworene Gewährleistungsstaat, der nur gewährleistet, dass Dritte bestimmte Leistungen erbringen, existiert im Gesundheitssys-

[271] Dem entspricht eine Ausbildung auf überwiegend tertiärem Niveau. In Finnland repräsentieren die „Practical Nurses" die unterste Qualifikationsstufe mit einer dreijährigen Ausbildung im sekundären Bildungssystem; die anderen Nurse-Ausbildungen setzen Abitur voraus und erfolgen im tertiären Bildungsbereich. Der Abschluss als registrierte „Nurse" oder „Public Health Nurse" entspricht dem Bachelor-Niveau. Von besonderer Bedeutung ist der Beruf der Hebamme mit integrierter Krankenschwesterausbildung. Das diesbezügliche Studium dauert 4 bis 5 Jahre. Fünf Universitäten bieten Studiengänge für Pflegeberufe, wobei auch Abschlüsse auf Magister- und Doktorniveau möglich sind. Bei den Pflegehelferinnen erfolgte eine Anhebung. So wurde die nur einjährige Ausbildung zu „assistant nurses" abgeschafft zugunsten einer 2,5-jährigen Ausbildung in

tem schon lange. Bei der Beurteilung der Beschäftigungsrelevanz relativ zu dem erheblichen Einsatz volkswirtschaftlicher Ressourcen (anteilig am BIP) ist dies mit zu berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten in Deutschland sehr ungleichgewichtigen Verteilung öffentlicher und privater Mittel auf Bildung und Gesundheit wäre zu erwarten, dass anders als bei Bildung die Beschäftigungsrelevanz des deutschen Gesundheitssystems deutlich höher ist als in den staatlichen skandinavischen Systemen mit ihren strikteren Ausgabenkontrollen. Tatsächlich kommt dem deutschen Gesundheitswesen eine hohe und steigende Beschäftigungsrelevanz zu. Ungefähr 4,235 Mio. Menschen entsprechend 10,9 Prozent der Erwerbstätigen sind 2004 (Vgl. Tab. A-8a) in einem weiten Sinne im deutschen Gesundheitssystem beschäftigt; davon über 70 Prozent Frauen. Gegenüber dem Jahr 2000 beträgt der Beschäftigungszuwachs 3,6 Prozent resp. 148 Tsd. Beschäftigte. Diese an sich erfreuliche Zahl relativiert sich jedoch deutlich bei Umrechnung in Vollzeit-Äquivalente. 2004 gab es in Vollzeit-Äquivalenten ausgedrückt 3,335 Mio. Beschäftigte. Da ein Großteil des realisierten Beschäftigungszuwachses auf vermehrte Teilzeitarbeit zurückgeht, beträgt die Steigerung bei den Vollzeit-Äquivalenten gegenüber dem Jahr 2000 nur 1,8 Prozent (+ 60 Tsd.). Die Differenz zwischen allen Beschäftigten und den rechnerischen Vollzeitbeschäftigten stieg zwischen 2000 und 2004 von 19,9 auf 21,3 Prozent. Mehr als ein Drittel der Dienstleistungsbeschäftigten sind im Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt.

Die Tabellen A-8a bis A-8d im Anhang stellen dar, wie sich die Berufe von 1999 bis 2004 nach Beschäftigtenzahlen, Vollzeit-Äquivalenten und Dichteziffern (Beschäftigte auf 1000 jahresdurchschnittliche Einwohner) entwickelt haben. Zu den von der amtlichen Statistik erfassten Berufen zählen nicht nur die Berufe der Gesundheitsdienstleister, sondern auch pharmazeutische Berufe, medizinisch-technische Berufe, die Berufe der Gesundheitshandwerker usw.

Da Norwegen einen vergleichbar großen Anteil des BIP wie Deutschland auf Gesundheit verwendet, wurde für diese beiden Länder untersucht, welche Beschäftigungszahlen damit verknüpft sind und auf welchem formalen Qualifikationsniveau sie angesiedelt sind. Der Qualifikationsaspekt öffnet ein Fenster in Richtung der Frage, wie Beschäftigungssysteme an die Bereitstellung höherer Qualifikationen aus dem Bildungs- und Ausbildungsbereich angepasst werden können. Die in Tabelle 11 zusammengetragenen Ergebnisse können nicht mehr sein als eine erste Annäherung an dieses Thema. Es war nicht Ge-

---

Basispflege (Järvelin 2002: 66). Der Abstand zu den Pracitacal Nurses mit 3-jähriger Ausbildung wurde so

genstand dieser Studie, den Unschärfen in den Systemabgrenzungen nachzuspüren. Denkbar ist, dass in Norwegen auch soziale Berufe zum Gesundheitspersonal gerechnet werden, die in Deutschland an anderer Stelle auftauchen. Insoweit könnte die ermittelte fiktive Beschäftigungslücke überzeichnet sein. Genauere Untersuchungen wären zur Klärung notwendig. Das größere Problem jedoch ist die Zuordnung von Berufen zu Qualifikationsniveaus. Während für Norwegen derartige Zurodnungen vorliegen und daher als gesichert angenommen werden, vereinen bei Deutschland einige Berufsgruppen von Tabelle A-8, auf die zurückgegriffen wurde, Berufe mit unterschiedlichen Abschlussniveaus. So gibt es Ingenieurausbildungen auf Fachhochschulniveau (Diplom-Ingenieur in Augenoptik, Medizintechnik usw.) wie auf Universitätsniveau (Medizingenieurwesen, z.B.). Hilfsweise wurde die Berufsgruppe der Gesundheitsingenieure dem hohen Universitätsniveau und die der Gesundheitstechniker und der gesundheitssichernden Berufe dem Fachhochschulniveau zugeordnet. Zu erwarten ist freilich, dass unten den gesundheitssichernden Berufen auch nicht-akademische Kurzzeitausbildungen wie der Beruf des Hygieneinspektors mit zweijähriger schulischer Ausbildung erfasst ist.[272] Ein relevanter Teilaspekt ist die überwiegende Nichtvergleichbarkeit der im Mittelfeld zwischen den ärztlichen Berufen an der Spitze und den bloßen Hilfsberufen am anderen Ende angesiedelten Berufe, zumal die Hilfsberufe nicht abgekoppelt sind vom Trend der Höherqualifizierung. Pflegehelferinnen durchlaufen in Deutschland (Landesrecht) nur eine einjährige Ausbildung; in den skandinavischen Ländern sind es zwei bis drei Jahre. Neben dem bereits angesprochenen Aspekt der Hochzoonung pflegerischer und therapeutischer Berufe auf ein akademisches Niveau und dem Nachzieheffekt für die darunter liegenden Berufe, begegnen wir auch Berufen, die es in Deutschland nicht gibt. Ein Beispiel ist der Child welfare officer (Kinderwohlfahrtsbeamte). Mit 4.398 rechnischen Vollzeitkräften haben sie ein stärkeres

---

eingeebnet.

[272] Kurzinfos zu allen Gesundheits- und Sozialberufen finden sich unter; http://infobub.arbeitsagentur.de/berufe/start?dest=profession&prof-id=27354

Tabelle 11: Gesundheitsbeschäftigte in Norwegen (VZÄ) und Deutschland im Jahr 2004: Formales Qualifikationsniveau und fiktive Beschäftigungslücke

	Norwegen	Deutschland	
	VZÄ	VZ+TZ	VZÄ
Einwohner am 1.1. 2004	4.577	82.532	82.532
Gesundheitsberufe insgesamt (in 1000)	**346**	**4.233**	**3.336**
Gesundheitsberufe ohne „Andere Berufe im Gesundheitswesen"	**209**	**2.779**	**2.205**
1) Erwerbstätige mit hohem Universitätsabschluss	**23**	**438**	**398**
Dar. Ärzte	15	306	279
Dar. Zahnärzte	3	63	62
Dar. Gesundheitsingenieure		13	12
2) Erwerbstätige mit niedrigem Universitätsabschluss unter 4 Jahren Dauer (Fachhochschulabschluss, Bachelorabschluss)	**104**	**92**	**75**
Nurses und Hebammen	70		
Physiotherapeuten	7		
Dentalhygieniker	1		
Child welfare officers und Sozialberufe	17		
Heilpädagogen		12	10
Ergotherapeuten und andere FH-Therapieberufe	2	61	48
Medizinisch-technische Laborfach- und andere Fachkräfte	7		
Gesundheitstechnische-/gesundheitssichernde Berufe		19	17
3) Erwerbstätige ohne Hochschulausbildung (oberer sekundärer Berufsabschluss: ISCED 3 + 4)	**83**	**2.249**	**1.732**
Arzthelfer / zahnmedizinische Fachang		512	393
Diätassistenten		14	10
Heilpraktiker		18	13
Gesundheits- und Krankenpfleger		713	526
Pflegehelfer	56	221	168
Altenpfleger		295	232
Heilerziehungspfleger		7	6
Physiotherapeuten		139	112
Careworkers	11		
Medizinsekretärinnen	5		
Medizinisch-technische Assistenten		68	50
Pharmazeutisch-technische. Assistenten		52	40
Gesundheitshandwerker		140	127
Pharmakanten + Pharmazeutisch-Kaufmänn. Berufe		51	38
Sonstige	10		
4. Andere Berufe im Gesundheitssystem (Ökonomen etc.) resp. keine Zuordnung zu Qualifikationsniveau möglich	**137**	**1.454**	**1.131**
Anteil der anderen Berufe an allen Berufen	39,6%	34,8%	34,4%
Qualifikationsstruktur (ohne Gruppe 4) in %			
VZÄ-Beschäftigte mit hohem Universitätsabschluss (ab ISCED 7)	**10,8%**	**15,8%**	**18,0%**
VZÄ-Beschäftigte mit niedrigem Universitätsniveau (ISCED 5+6)	**49,7%**	**3,3%**	**3,4%**
VZÄ-Beschäftigte mit postsekundärer Ausbildung (ISCED 3 + 4)	**39,5%**	**80,9%**	**78,5%**
Fiktive Beschäftigungslücke von Deutschland (VZÄ)			
Gesundheitsbeschäftige auf 1000 Einwohner	75,70	51,29	40,42
VZÄ-Beschäftigte bei norwegischer Dichteziffer		(6.247,33)	6.247,33
Fiktive VZÄ-Beschäftigungslücke		**(2.014,3)**	**2.911,3**

Erläuterung: Bei Johnsen (2006) ist nicht explizit erwähnt, dass es sich um Vollzeitäquivalente handelt. Da dies bei Norwegen Standard ist, wird davon ausgegangen, zumal der Gegencheck anhand einzelner Angaben von Berufsverbänden höhere Zahlen liefert. Zahlen in Klammern für den unwahrscheinlichen Fall, dass keine Vollzeitäquivalente

Quellen: Deutschland: Tabellen A-8 im Anhang; Norwegen: Statistics Norway, Health Care Personnel 2004, zit. nach Johnsen Tab. 5.2, S. 78; eigene Berechnungen

Gewicht als Zahnärzte (VZÄ: 3.402; Zahnärzte insgesamt: 4.005). Inwieweit es in Deutschland ein Pedant gibt und wo es statistisch erfasst ist, muss offen blieben. Trotz der vielen Unklarheiten, die einer Abklärung harren, muss die Größenordnung gesehen werden. Nur bei einigen Berufsgruppen sind Fehlzuordnungen zu erwarten. Ohne die anderen Berufe, in denen Personen versammelt sind, die als Betriebswirte, Bürohilfskräfte etc, auch in anderen Branchen Einsatz finden könnten, geht es größenordnungsmäßig um weniger als 5 bis max 7, 8 Prozent. Die Bereinigung von Fehlzuordnungen würde daher keine größeren Verschiebungen nach sich ziehen.

Mit aller gebotenen Vorsicht können als Ergebnis der in Tabelle 11 zusammengestellten Daten folgende Aussagen formuliert werden:

- Mit der Dichteziffer von Norwegen hätte es in Deutschland 2004 nicht 3,34 Mio. rechnerische Vollzeitarbeitskräfte in der Gesundheitsbranche gegeben, sondern 6,25 Mio. Selbst für den Fall einer Überzeichnung aufgrund der Miterfassung von Berufen, die in Deutschland anderweitig erfasst sind, liegt eine erhebliche Arbeitsplatzlücke vor. Sie zeigt sich schon dort, wo Dichteziffern bei tragenden Berufsgruppen verglichen werden. So liegen die Ärztedichten nahe beieinander. In Deutschland kamen 2004 auf 1000 Einwohner 3,38 Ärzte, in Norwegen 3,34 (ohne Psychologen) resp. 4,0 (mit Psychologen). Bei den Pflegekräften kamen in Deutschland auf 1000 Einwohner 12 Vollzeitkräfte (examinierte Krankenschwestern, Altenpfleger und PflegehelferInnen). In Norwegen waren es 15,2 VZÄ-Nurses mit Hochschulbildung und 12,22 Nurse-Helferinnen. Schon auf Basis der Untersuchung der Berufsgruppen von Ärzten und Pflegekräften errechnet sich ein deutsches Defizit von über einer Million Vollzeitarbeitsplätzen.

- Abgesehen von denjenigen, die mit nicht speziellen Gesundheitsberufen in der Gesundheitsbranche beschäftigt sind – die Gruppe macht in Deutschland etwas über ein Drittel der VZÄ-Beschäftigten aus und in Norwegen knapp 40 Prozent – unterscheiden sich die Anteile dadurch, dass der Schwerpunkt in Deutschland bei den postsekundären, nicht-akademischen Berufen und in Norwegen bei den gehobenen Qualifikationen mit niedrigem Universitätsabschluss (Studium unter 4 Jahren) oder Fachhochschulabschluss liegt. Die Qualifikationen unter Fachhochschulniveau stellen in Deutschland ca. die Hälfte der VZÄ-Beschäftigten gegenüber nur 24 Prozent in Norwegen. Die gehobenen Qualifikationen sind in Norwegen mit 30 Prozent stark vertreten, in Deutschland nur marginal.

- Lässt man die anderen Berufe, die sich auf unterschiedliche formale Niveaus verteilen, außen vor, zeigt sich für Deutschland ein polares Muster. Oben die Vollakademikergruppe, die mit 16 bis 18 Prozent einen deutlich höheren Anteil stellt als in Norwegen mit nur knapp 11 Prozent; unten die nicht-akademischen Berufe, die gut 3 von 4 Beschäftigten stellen. Das norwegische Muster ist nicht polarisiert. Es konzentriert die Beschäftigten auf dem gehobenen Qualifikationsniveau von nach deutscher Lesart Schmalspurakademikern. Jeder zweite Vollzeitbeschäftigte arbeitet hier, 2 von 5 leisten Assistenz- und Hilfsdienste und die Spitze ist schmaler und weniger eklusiv.

c) Perspektive 3: Gesundheitsdienstberufe als Kernbereich

Da die nationalen Angaben über das Personal im Gesundheitswesen zwischen den skandinavischen Ländern und Deutschland nur eingeschränkt vergleichbar sind, ist es sinnvoll, das Teilsegment der Gesundheitsdienstleister näher unter die Lupe zu nehmen. Trotz den

beschriebenen Unterschieden in der Qualifikation und damit auch in der Abgrenzung der Aufgabenzuordnungen erfüllen sie auf Patienten bezogen die gleiche Funktion.
In Gesundheitsdienstberufen waren in Deutschland im Jahr 2004 2,234 Personen (VZ-Äquivalente: 1,762 Mio.) beschäftigt. Davon entfällt ein Fünftel auf die Berufsgruppen der Ärzte, Apotheker und Zahnärzte sowie vier Fünftel auf die sogenannten übrigen Gesundheitsdienstberufe. Schon in der Wortwahl „Übrige" wird deutlich, wie das deutsche Gesundheitssystem aufgestellt ist, nämlich arztzentriert. Gesundheitsdienstleister, die keine Ärzte oder Apotheker sind, werden als nachrangig betrachtet. Die deutsche Statistik spiegelt diese Realität wider.
Die skandinavischen Gesundheitssysteme kennen eine derartige Zentrierung auf eine bestimmte Gruppe von Gesundheitsdienstleistern nicht. Die nationale Statistik spiegelt diese andere, von der Gleichwertigkeit ärztlicher und nicht-ärztlicher Professionen beprägte Realität. Abgesehen von Island, das sich faktisch wie Deutschland eine zweite Facharztschiene leistet, dominieren in der Primärversorgung „Nurses" und Allgemeinmediziner. Erst auf der nächsten Stufe kommen Spezialisten ins Spiel.

Finnland, Schweden und Island als Vergleichsländer

Für eine detailliertere Betrachtung wurden Finnland, Schweden und Island ausgewählt. Die drei Länder schneiden bei den gesundheitlichen Outcome-Indikatoren insgesamt besser ab als Deutschland. So ist die Lebenserwartung (Ausnahme: Männer in Finnland) höher, die Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen (Ausnahme: Frauen in Island) sind niedriger, die Kleinkindsterblichkeit ist geringer, die Eindämmung gesundheitlicher Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht) gelingt besser und bei der UNICEF-Studie 2007 zum Kinderwohlstand erzielten Schweden und Finnland unter den einbezogenen 21 OECD-Ländern (Island war nicht einbezogen) überdurchschnittlich gute Ergebnisse. Schweden schnitt sowohl auf der Dimension „Gesundheit und Sicherheit" wie bei der Dimension „Riskante Verhaltensweisen" am besten ab (jeweils Rang 1); Finnland kam auf Rang 3 und Rang 7. Deutschland rangiert jeweils auf einem mittleren 11. Platz. Die überdurchschnittlich guten Ergebnisse erzielen Schweden und Finnland, obwohl die Gesamtgesundheitsausgaben dort deutlich unter 10 Prozent des BIP liegen. Island und Deutschland gehören dagegen in die Gruppe mit den in Relation zum BIP weltweit höchsten Gesundheitsausgaben (über 10 % des BIP). Interessant ist im besonderen Maße Finnland. Während Schweden in den 90er Jahren unter einem unterfinanzierten Gesundheitssystem litt und ab Ende der 90er Jahre die Ausgaben wieder auf über 9 Prozent des BIP hochgefahren hat (2003: 9,3 % des BIP), gelang es Finnland, gleichzeitig die Gesundheitslage der Bevölkerung zu verbessern, die Patientenrechte auszuweiten (Ausweitung der öffentli-

chen Zahnpflege auf die über 18jährige Bevölkerung, garantierte Wartezeiten…) und die relativen Ausgaben bezogen auf das BIP stabil zu halten. Zu erwarten wäre, dass der verglichen mit Deutschland, aber auch mit den anderen skandinavischen Vergleichsländern weit geringere Einsatz finanzieller Ressourcen einher geht mit einem deutlich geringeren Beschäftigungsniveau. Es zeigt sich freilich, dass ein solcher Schluss nicht zwingend ist.

Die Befunde für die skandinavischen Vergleichsländer finden sich im Anhang in den Tabellen A-9 bis A-11. Erfasst sind für Deutschland, Finnland und Island die im privaten wie öffentlichen Sektor Beschäftigten, bei Schweden nur die Angestellten des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Folgende Befunde sollen hervorgehoben werden:

1. Für Finnland wurde eine *Längsschnittbetrachtung* über 26 Jahren (1980 bis 2006) vorgenommen. In diesem Zeitraum hat sich die Zahl von Ärzten (incl. Zahnärzte) und Apothekern knapp und die der Pflegekräfte mehr als verdoppelt. Bei den Pflegekräften stieg weit überproportional die Gruppe der HelferInnen, während der Beschäftigtenanteil bei den praktischen Nurses, denen assistierende Aufgaben zukommen, um mehr als ein Viertel zurückging. „Practical Nurses" repräsentieren unter den Nurses die unterste Qualifikationsstufe mit einer dreijährigen Ausbildung im sekundären Bildungssystem. Offensichtlich verliert dieser Nursebereich zwischen den hochschulgebildeten Nurses und den HelferInnen an Bedeutung, nach dem die Ausbildungsdauer der HelferInnen auf 2,5 Jahre angehoben wurde. Rd. die Hälfte der Pflegekräfte haben einen Studienabschluss; in Island (rd. 62 %) und Schweden (70 %) ist der Anteil der „registered nurses" deutlich höher.

2. Rechnet man in Deutschland zu den Gesundheitsdienstberufen die sozialen Pflegeberufe (Alternpfleger, Heilerziehungspfleger und Heilpädagogen) hinzu, entfallen auf Pflegeberufe zwischen 1999 und 2004 unverändert etwas unter 50 Prozent der Beschäftigten. In den skandinavischen Ländern ist das Gewicht stärker. In Island lag der Anteil 2004 bei 62,6 Prozent (1999: 64,1 Prozent), in Finnland bei über 80 Prozent (1999: 81 %; 2004: 82,6) und in Schweden stellen in öffentlichen Einrichtungen Pflegekräfte knapp 3 von 4 Gesundheitsdienstberufen. Allerdings sind damit nur Größenordnungen benannt, da die in die Tabelle A-8 bis A-11 einbezogenen Berufsgruppen nicht identisch sind. So fehlen bei Finnland die Therapieberufe und im Falle von Schweden ist bei den Angaben von Tabelle A-11 zwar plausibel, aber nicht eindeutig, ob es sich um VZ-Äquivalente handelt oder ob gewisse Berufe fehlen, denn abgebildet sind nur rd. 85 Prozent der tatsächlich in öffentlichen Einrichtungen beschäftigten Gesundheits-

dienstleister.[273] Zudem, die Gesamtzahl der Gesundheitsdienstberufe ist höher als ausgewiesen, da nicht alle Gesundheitsdienstleister öffentlich beschäftigt sind. Im zahnärztlichen Bereich ist dies von Relevanz, denn nur 57 Prozent der insgesamt 7.500 Zahnärzte arbeiteten 2004 im öffentlichen Bereich.[274] Zudem ist unklar, welchen Anteil an den Beschäftigten der staatlichen Apotheken die Berufsgruppe der Apotheker ausmacht. Trotz dieser die Vergleichbarkeit einschränkenden Aspekte kann gesagt werden, dass in Deutschland nur etwa jeder zweite Gesundheitsdienstbeschäftigte (incl. der sozialen Berufe) eine Pflegetätigkeit ausübt. In Island sind es knapp zwei von drei, in Schweden drei von vier und in Finnland liegt der Anteil noch höher. Der kräftige Anstieg, den im staatlich-kommunalen finnischen Gesundheitssystem die Berufsgruppe der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker in den zurückliegenden Dekaden erfahren hat, ging nicht zu Lasten der Pflegeberufe. Sie bilden weiter das Rückgrad des finnischen Systems.

3. Während des für Deutschland untersuchten *Fünf-Jahres-Zeitraum von 1999 bis 2004* gab es in allen Vergleichsländern einen deutlichen Beschäftigungszuwachs sowohl bei Ärzten wie bei Pflegekräften, bei Therapeuten dagegen unterschiedliche Entwicklungen (Zunahmen von über 10 Prozent in Deutschland und Island; Zunahme um nur 2 Prozent in Schweden). Der Beschäftigungszuwachs bei der Gruppe „Ärzte, Zahnärzte, Apotheker" lag in Deutschland ungefähr gleichauf mit Finnland (Finnland: + 4,7 %; Deutschland: + 4,9 %). Unterschiedlich dagegen die Entwicklung bei den Pflegekräften. Für Deutschland verweist die Beschäftigungsentwicklung auf die Vergrößerung des Qualifikationsgefälles gegenüber den skandinavischen Ländern. So gab es bei den examinierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen nur ein unterdurchschnittliches Beschäftigungswachstum (+ 2,59 %), das sich bei Betrachtung der VZ-Äquivalente in ein Minus verkehrt. Überdurchschnittlich gewachsen sind dagegen die Zahlen bei der Gruppe der Helferinnen als unterster pflegerischer Qualifikationsstufe (+ 8,4 % bei den VZ-Äquivalenten). Zwar gab es in Finnland bei den Helferinnen einen noch weit größeren Beschäftigungszuwachs (+ 68 %). Dies resultiert aber aus strukturellen Veränderungen. Das Bemühen um Qualitätshebung führt bei der untersten Qualifikationsstufe dazu, dass diese zu der nächsthöheren aufschließt. Gegenläufig zu Deutschland war auch das Beschäftigungswachstum bei den Nurses überproportional (+ 7,2).

---

[273] So waren 2002 in den von den Provinziallandtagen resp. Landkreisen betriebenen Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege ca. 230.000 Personen als Gesundheitsdienstleister beschäftigt. Tabelle A-11 weist aber nur 196.000 aus. Dies entsprach ungefähr 7 Prozent der Erwerbstätigen. Dabei die Beschäftigtenzahl in den Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege sank in den 90er Jahren aufgrund von finanziellen Kürzungen und struktureller Veränderungen drastisch. Seither fand jedoch wieder ein Personalaufbau statt. (Glenngard et al. 2005: 66)

[274] Der Anteil war 2004 in Finnland vergleichbar. Dagegen: In Deutschland arbeiteten 2004 95,2 % der praktizierenden Zahnärzte im Privatsektor, in Dänemark (incl. Grönland) waren es 72 %, und in Norwegen 60 %. Vgl. die Angaben der nationalen Zahnarztvereinigungen im Mundgesundheitsportal der WHO mit Sitz in Malmö/SE: http://www.whocollab.od.mah.se/index. (Aktualisierungsstand: 21. März 2007)

Tabelle 12: Pflegeberufsgruppen 1999 – 2004: Deutschland, Finnland, Island und Schweden (Angaben in 1000)

Jahr	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1. Deutschland (Bevölkerung am 1.1. d. J.)	82.037,0	82.163,5	82.259,5	82.440,3	82.536,7	82.531,7
Pflegeberufe (incl. Sozialberufe)	**1.148**	**1.166**	**1.202**	**1.226**	**1.246**	**1.249**
Gesundheits- und Krankenpfleger	695	699	697	709	713	713
Helfer in der Krankenpflege	207	208	223	222	224	221
Soziale Berufe (AltenpflegerIn u.a.)	246	259	282	295	309	315
Pflegeberufsgruppen pro 1000 Einwohner	**13,99**	**14,19**	**14,61**	**14,87**	**15,10**	**15,13**
Gesundheits- und Krankenpfleger	8,47	8,51	8,47	8,60	8,64	8,64
Helfer in der Krankenpflege	2,52	2,53	2,71	2,69	2,71	2,68
Soziale Berufe (Altenpfleger u.a.)	3,00	3,15	3,43	3,58	3,74	3,82
2. Finnland (Bevölkerung am 1.1. d. J.)	5.160	5.171	5.181	5.195	5.206	5.220
Pflegeberufe	**120,0**	**125,6**	**127,9**	**132,1**	**135,7**	**140,1**
Nurses/Sairaanhoitajia (Hochschulbildung)	57,8	59,1	59,9	60,9	61,3	61,9
Praktische Krankenschwestern/-pfleger	31,2	30,2	29,3	28,3	27,2	25,9
Krankenschwesterhelferinnen (Lähihoitajia)	31,1	36,4	38,7	42,9	47,2	52,3
Pflegeberufsgruppen pro 1000 Einwohner	**23,27**	**24,29**	**24,69**	**25,43**	**26,07**	**26,84**
Nurses (Sairaanhoitajia)	11,20	11,42	11,57	11,73	11,77	11,86
Praktische Krankenschwestern (Perushoitajia)	6,04	5,84	5,65	5,46	5,23	4,96
PflegehelferInnen (Lähihoitajia)	6,03	7,03	7,48	8,25	9,07	10,02
3. Island (Bevölkerung am 1.1. d. J.)	275,7	279,0	283,4	286,6	288,5	290,6
Pflegeberufe (2003/2004 ohne Hebammen)	**3,93**	**3,93**	**3,96**	**4,02**	**3,95**	**4,00**
Nurses (Hochschulbildung)	2,22	2,24	2,33	2,34	2,47	2,53
Pflegehelfelinnen	1,50	1,49	1,42	1,47	1,47	1,47
Pflegeberufsgruppen pro 1000 Einwohner	**14,2**	**14,1**	**14,0**	**14,0**	**13,7**	**13,8**
Nurses (Hochschulbildung)	8,8	8,8	9,0	8,9	8,6	8,7
Pflegehelfelinnen	5,4	5,3	5,0	5,1	5,1	5,1
4. Schweden (Bevölkerung 1.1. d. J.)	8.854,3	8.861,4	8.882,8	8.909,1	8.940,8	8.975,7
Pflegeberufe im ÖD (Stichtag: 1.11.)	**141.900**	**142.300**	**143.200**	**144.600**	**146.400**	**144.700**
Nurses und Hebammen (Hochschulbildung)	77.100	77.700	78.000	78.800	80.800	81.900
Pflegespezialisten/Psychiatrie (Skötare)	12.500	12.300	11.900	11.700	11.700	11.500
Dental Nurses (Tandsköterskor)	9.800	9.900	9.800	9.700	9.900	9.700
Gesundheitspflegeassistenten (Assistant nurses:	39.800	40.000	41.300	42.300	42.000	40.000
PflegehelferInnen (Sjukvardsbiträden)	2.700	2.400	2.200	2.100	2.000	1.600
Pflegeberufsgruppen pro 1000 Einwohner	**16,03**	**16,06**	**16,12**	**16,23**	**16,37**	**16,12**
Nurses und Hebammen	8,71	8,77	8,78	8,84	9,04	9,12
Pflegespezialisten/Psychiatrie)	1,41	1,39	1,34	1,31	1,31	1,28
Dental Nurses (Tandsköterskor)	1,11	1,12	1,10	1,09	1,11	1,08
Gesundheitspflegeassistenten	4,49	4,51	4,65	4,75	4,70	4,46
PflegehelferInnen (Sjukvardsbiträden)	0,30	0,27	0,25	0,24	0,22	0,18

Erläuterung: ÖD = Öffentlicher Dienst
Bei Finnland und Schweden ist unklar, ob es sich um rechnerische Vollzeitkräfte oder um Vollzeit- und Teilzeitkräfte handelt; Schweden erfasst unter der Gruppe der Dentalnurses auch Dentalhygieniker; bei Island sind die Nursezahlen für 2003 und 2004 zu gering ausgewiesen, weil die Hebammen fehlen.
Quelle: Tabellen A-8 bis A-11 (Anhang); bei Deutschland aufgrund besserer Vergleichbarkeit Umstellung auf Bevölkerungszahlen vom 1.1. eines Jahres

4. Die Betrachtung von Dichteziffern auf 1000 Einwohner ist nicht unabhängig von der Altersstruktur der Bevölkerung zu interpretieren. So liegt der Anteil der über 65-Jährigen - sie benötigen im Durchschnitt mehr an ärztlichen wie pflegerischen Leistungen als junge Menschen - in Deutschland unter den Vergleichsländern (vgl. Tabelle 5) am höchsten (1995: 15,4 %; 2000: 18,6 %) und in Island (1995: 11,1 %; 2000: 11,8 %) am niedrigsten. Die Arzt- und Pflegekraftdichte müsste daher in Deutschland tendenziell am höchsten und in Island am niedrigsten sein.

Diese Erwartung trifft nicht zu. Die höchste Arztdichte weist Island auf. 3,94 vollzeit- und teilzeitbeschäftigte Ärzte zuzüglich rd. ein Zahnarzt kamen 2004 auf 1000 Einwohner gegenüber 3,71 Ärzten und 0,76 Zahnärzten in Deutschland. Dies hat mehrere Gründe: einmal die teilweise sehr kleinen Siedlungen, für die trotzdem ärztliche Versorgung vorgehalten wird; dann die dem System eigentlich widersprechende doppelte Facharztschiene; schließlich als Sonderfaktor die große Bedeutung, die in Island schon seit Jahrzehnte Krebsfrüherkennung durch massenhaftes Screening einnimmt. Die Ärztebeschäftigung hat in Finnland und Schweden eine Bedeutung, die sich nicht wesentlich von der in Deutschland unterscheidet. 1980 kamen in Finnland nur 1,74 Ärzte und 0,7 Zahnärzte auf 1000 Einwohner; in den 90er Jahren stieg die Relation stark an von 2,35 Ärzten im Jahr 1990 auf 3,06 im Jahr 1999. Dieser Trend hat sich danach fortgesetzt, so dass im Jahr 2006 mit 3,52 Ärzten nur noch ein geringer Abstand zu Deutschland besteht. Direkt vergleichbar mit Schweden ist dies nicht, da Tabelle A-11 nur Auskunft gibt zum Gesundheitsdienstpersonal im öffentlichen schwedischen Gesundheitssystem. Die privat tätigen Ärzte sind nicht erfasst. Die Dichteziffer von 3 Ärzten auf 1000 Einwohner im Jahr 2004 (1998: 2,67) zeigt aber, dass die Personalausweitung im öffentlichen Gesundheitssystem nicht nur absolut, sondern auch relativ erfolgt ist. Da der Altenquotient 2005 um 0,3 Prozentpunkte niedriger lag als 1995 (vgl. Tabelle 5), hat sich die Versorgungslage verbessert.

5. Pflegeberufe wurden detailliert untersucht. Da die Abgrenzung zu den sonstigen Sozialberufen nicht immer klar ist, gibt Tabelle A-10 für Island auch die Gesamtzahl der Beschäftigten in Gesundheits- und Sozialberufen wieder. Es zeigt sich, dass die Gesundheitsdienstberufe an der übergeordneten Gruppe der Gesundheits- und Sozialberufe in Island knapp 30 Prozent stellen (1998: 30 %; 2004: 27,4 %). Die Dichteziffer pro 1000 Einwohner lag bei der übergeordneten Gruppe 1998 bei 73,5 und erreicht heute einen Wert von über 80. In Tabelle 12 wurden die deutschen Beschäftigten in Pflege- und Sozialberufen den Berufen gegenübergestellt, die in den skandinavischen Vergleichsländern als Pflegeberufe definiert sind. Ohne Berücksichtigung der Qualifikation zeigt sich, dass in den beiden skandinavischen Ländern, wo Gesundheitsdienstleistungen ganz überwiegend über öffentliche Einrichtungen erbracht werden, auf 1000 Einwohner bezogen deutlich mehr Pflegekräfte beschäftigt sind als in Island oder Deutschland. An der Spitze steht Finnland. 1980 gab es 12,9 Pflegekräfte auf 1000 Einwohner; aktuell sind es rd. 27. Zwar gab es in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2004 einen Anstieg von 14 auf 15,1 Dies liegt jedoch um fast 80 Prozent unter dem finnischen Niveau, obwohl dort die Ärztedichte mittlerweile nur noch wenig unter deutschem Niveau liegt. Auch Schweden beschäftigt relativ mehr Pflegekräfte in öffentlichen Gesundheitsreinrichtungen als Deutschland insgesamt. Die Differenz ist allerdings nicht ausgeprägt. Hier schlägt sich die Entwicklung der 90er Jahre wieder, wo die Zahl der Gesundheitsbeschäftigten stark abgebaut wurde. Gab es 1992 46,7 Gesundheitsbeschäftigte pro 1000 Einwohner; waren es 2002 nur noch 31,9 (Glenngard et al. 2005: 66). Glenngard sieht die Ursache vor allem in Verlagerungen von Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, was Bettenabbauten in den Kliniken und Liege-

zeitverkürzungen nach sich zog. Da diese Entwicklung jedoch von allen Ländern geteilt wird, reicht sie als Erklärung nicht. Immerhin, auch nach den erfolgten Personalkürzungen hat Schweden noch eine höhere Beschäftigungsdichte als Deutschland, wo 2004 auf 1000 Einwohner 27,2 Gesundheitsdienstleister kamen (in VZ-Äquivalenten: 21,4).

6. Da Deutschland bei der Akademisierung der Pflegeberufe den skandinavischen Vorreiterländern Schweden und Island um 30 Jahre hinterherhinkt, sind die Berufsgruppen nur eingeschränkt vergleichbar. Für die Frage, in welchem Umfang unterschiedliche Gesundheitssysteme Arbeitsplätze generieren, ist es unerheblich, dass die „Registered Nurses" in Qualifikation und beruflichen Selbstverständnis irgendwo zwischen deutscher Krankenschwester und deutschem praktischen Arzt angesiedelt sind. Bei der Frage nach dem Professionalisierungsgrad der Berufe, macht es aber einen großen Unterschied, ob nur wenige Prozent der Pflegekräfte über eine akademische Qualifikation oder ob dies für die Mehrheit zutrifft. Abgesehen von Island, wo die Dichteziffer bei den Nurses bis 2000 anstieg und dann etwas zurückging, was freilich auch die für 2003 und 2004 fehlenden Hebammenzahlen widerspiegelt, stiegen die Nursedichten. Besondere viele Arbeitsplätze für Nurses wie PflegehelferInnen bietet Finnland. 1980 kamen auf 1000 Einwohner 8,1 Nurses und 4,8 praktische Krankenschwestern, 2006 wurden 1000 Einwohner von 13,1 registrieren Nurses und 12 Pflegehelfer versorgt. Auch im Zeitraum 1999 bis 2004 (vgl. Tabelle A-9) gab es bei den Nurses und den Helferinnen einen Anstieg, während die Dichteziffer bei den praktischen Nurses von 6 auf 5 zurückging. Die größten Zunahmen verzeichneten in Deutschland die sozialen Berufe im Gesundheitswesen (1999: 3 pro 1000 EW; 2004: 3,8 pro 1000 EW) und die PflegehelferInnen. Werden Dichteziffern nach VZ-Äquivalenten berechnet (vgl. Tab. A-8d), zeigt sich eine leichte Verschiebung in Richtung weniger qualifizierter Kräfte; in den skandinavischen Ländern geht die Entwicklung dagegen in Richtung Höherqualifizierung.

7. Gesundheitsdienstberufe können ebenso wie Bildungs- und Erziehungsberufe als frauenaffin gelten. Sowohl in Deutschland wie in den skandinavischen Ländern stellen Frauen die Mehrzahl der Beschäftigten. So sind in Deutschland im Jahr 2004 weniger als 30 Prozent der 4,2 Mio. Gesundheitsbeschäftigten Männer und in Island stellen Männer nur 17 Prozent der Beschäftigten in Gesundheits- und Sozialdienstberufen (1998: 16 %). Trotz der überwältigenden Dominanz von Frauen, bilden Frauen vor allem das „Fußvolk" und weniger die „Häuptlinge". Generell gilt: je höher die Position, umso geringer der Anteil von Frauen. Dieses Muster finden wir in den skandinavischen Ländern wie in Deutschland. Bei verglichen mit Deutschland tendenziell noch stärkerer Segmentation entlang des Geschlechts ist die Geschlechterverteilung bei den höheren Qualifikationen gleichwohl ausgewogener. In Finnland z. B. lag 2005 die Frauenquote unter den 21.638 Ärzten und Zahnärzten bei gut 50 Prozent; in Deutschland (2004) nur bei rd. 39 Prozent (vgl. die Tabelle A-8a). Auch ist die Verteilung besser. In Deutschland gibt es noch ärztliche Bereiche, die sich als einseitige Männerdomänen darstellen. Darunter fallen nicht nur die chirurgischen Fächer, sondern auch der Bereich der Inneren Medizin. Von den derzeit (2006/2007) 2.500 leitenden Internisten sind nur beschämende 4

Prozent Frauen (absolut: ca. 100 Frauen).[275] Dass dies mit Strukturen in Krankenhäusern zu tun hat, die Frauen benachteiligen, liegt auf der Hand. Dazu kommt: Die Leitungsgremien von Krankenhäusern stehen mit ihrer Personalpolitik nicht unter öffentlicher Beobachtung. So gelingt es den meist männlichen Entscheidern Männerdomänen zu konservieren, ohne öffentlich unter Legitimationsdruck zu geraten. An Hochschulen, wo es noch vor einigen Jahren unter den Professoren ähnliche Verhältnisse gab, hat die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema über die Wissenschaftsminister der Länder einiges an Veränderung bewirkt.

Tabelle 13: Fiktive Beschäftigungslücke (in 1000) **bei Ärzten und Pflegekräften:** Vergleich mit Finnland, Schweden und Norwegen im Jahr 2004

Fiktive Beschäftigungslücke (in 1000)	**VZ+TZ-Bezug**	**VZÄ-Bezug**
a) Bezug Finnland (VZÄ?)		
Ärztedichteziffer in % von Deutschland (incl. Zahnärzte)	(91,1%)	99,3%
Fiktiv-Arztebeschäftigte (in 1000)	(338,4)	338,4
Fiktive Ärztebeschäftigungslücke (in 1000)	(-33,0)	-2,6
Pflegekräftedichteziffer in % von Deutschland	(177,4%)	237,7%
Fiktiv-Pflegekräfte (in 1000)	(2.179,8)	2.215,3
Fiktive Beschäftigungslücke bei Pflegekräften	(950,8)	1.283,3
Summe ET-Lücke (Ärzte und Pflegekräfte)	**(918)**	**1.281**
b) Norwegen (VZÄ)		
Ärztedichteziffer in % von Deutschland (incl. Zahnärzte)	(105,3%)	114,7%
Fiktiv-Arztebeschäftigte (in 1000)	(391,3)	391,3
Fiktive Ärztebeschäftigungslücke (in 1000)	(19,9)	50,3
Pflegekräftedichteziffer in % von Deutschland	(181,2%)	242,8%
Fiktiv-Pflegekräfte (in 1000)	(2.262,8)	2.262,8
Fiktive Beschäftigungslücke (in 1000) bei Pflegekräften	(1013,8)	1.330,8
Summe ET-Lücke (Ärzte und Pflegekräfte)	**(1.034)**	**1.381**
Schweden (nur öffentlicher Gesundheitsdienst)		
Ärztedichteziffer in % von Deutschland (incl. Zahnärzte)	(77,5%)	84,4%
Fiktiv-Arztebeschäftigte (in 1000)	(287,8)	287,8
Fiktive Ärztebeschäftigungslücke (in 1000)	(-83,6)	-53,2
Pflegekräftedichteziffer in % von Deutschland	(106,5%)	142,8%
Fiktiv-Pflegekräfte (in 1000)	(1.330,5)	1.330,5
Fiktive Beschäftigungslücke bei Pflegekräften	(81,5)	398,5
Summe ET-Lücke (Ärzte und Pflegekräfte)	**(-2)**	**345**

Erläuterung: Die Spalte VZ+TZ-Bezug ermittelt die fiktiven Beschäftitenzahlen für den Fall, dass die skandinavischen Bezugszahlen nicht die rechnerischen Vollzeitkräfte beinhalten. Die Indizien sprechen für rechnerische Vollzeitäquivalente (VZÄ), aber keine definitive Klarheit besteht in dieser Frage nicht.

Quelle: Tabellen A-8, Tabelle A-9, Tabelle A-11; Angaben für Norwegen: Statistics Norway, Health Care Personnel 2004, zit. nach Johnson 2006 (Tab. 5.2)

[275] Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften vom 3.4.2007 zur 113. jahrestagung der Deutchen Gesellschaft für Innere medizin vom 14. bis 18. April 2007 in Wiesbaden: Zitiert nach Informationsdienst Wissenschaft - Nachrichtenüberblick vom 03.04.2007: http://idw-online.de/pages/de/news202972

8. Für die Kerngruppe der Gesundheitsdienstberufe, die Ärzte (incl. Zahnärzte) und die diversen Pflegeberufsgruppen wurde anhand der Daten für 2004 ermittelt, wie groß die Besetzungsstärke nach Köpfe oder rechnerischen Vollzeitkräften in Deutschland unter Zugrundelegung der Dichteziffern (auf 1000 EW) von Finnland, Norwegen und Schweden wäre. Einbezogen in diese Betrachtung sind auch die Pflegekräfte, die in Deutschland zu den sozialen Berufen im Gesundheitssystem zählen (Altenpfleger, vor allem). Island wurde außen vorgelassen, weil diese Berufsgruppen fehlen.[276] Die Berechnung ergibt, dass bei Ärzten Finnland und Schweden gegenüber Deutschland eine fiktive Beschäftigugnslücke aufweisen. Sofern die finnischen Daten nicht wie angenommen VZÄ abbilden, gäbe es eine Lücke von 33 Tsd. Ärzten und Zahnärzten; sonst von 2,6 Tsd. Durch die weit höhere Besetzungsstärke beim Pflegepersonal kehrt sich dies um. Mit VZÄ als Basis gibt es bei Pflegekräften eine Lücke von rd. 1,3 Mio. resp. 950 Tsd. in der Alternativrechnung. Die Lücke fällt etwas höher aus, wenn die norwegischen Zahlen an deutsche Verhältnisse angelegt werden. Grund: Bei einer ähnlichen Pflege-Personaldichte wie in Finnland, hat Norwegen eine deutlich höhere Arztdichte. Als wesentliches Ergebnis aus der Bezugnahme auf finnische und norwegische Personalbesetzungsstärken schält sich für Deutschland eine fiktive Beschäftigungslücke zwischen im Minimum gut 900 Tsd. und im Maximum fast 1,4 Mio. Kräften heraus. Schweden muss separat gesehen werden, da nur der öffentliche Gesundheitsdienst abgebildet wird und auch die Frage „Köpfe oder rechnerische VZÄ" nicht geklärt ist. Als Tendenz kann gesagt werden, dass Schweden im öffentlichen Gesundheitsdienst relativ auf die Einwohnerzahl bezogen deutlich weniger Ärzte beschäftigt als Deutschland. Gäbe es nicht auch Ärzte in privater Praxis, läge die Lücke zu Deutschland zwischen 53 und knapp 84 Tsd. In der Gesamtbetrachtung „Ärzte und Pflegepersonal" beschäftigt das schwedische öffentliche Gesundheitssystem 2 Tsd. Fachkräfte weniger, wenn die in Deutschland Vollzeit- und Teilzeit-Beschäftigten als Bezugsbasis genommen werden, jedoch 345 Tsd. mehr wenn sich, wie angenommen, Vollzeitäquivalente als die korrekte Berechnungsgrundlage bestätigen.

d) Perspektive 4: Personal an Krankenhäusern und sonstigen stationären Einrichtungen

Tabelle A-12 im Anhang stellt anhand der amtlichen Statistik dar, wie sich in Deutschland im Jahr 2004 die 4,2 Mio. Gesundheitsbeschäftigten auf verschiedene Einrichtungen verteilt haben. Der Vergleichbarkeit mit skandinavischen Statistiken zum Gesundheitspersonal nach Einrichtungen sind sehr enge Grenzen gesetzt. Am ehesten mit Deutschland vergleichbar sind Dänemark und Norwegen. Sie bilden die skandinavische Untergruppe,

---

[276] Die Angaben von Tabelle A-10 umfassen von der Gesamtgruppe der Gesundheits- und Sozialdienstberufe nur 27 Prozent gegenüber 56 Prozent in Norwegen. Dies ist ein starker Beleg dafür, dass die Statistiken unterschiedlich abgegrenzt sind. Diese Studie kann mit diesem statistischen Problem nur umgehen, es aber nicht aufklären.

wo die Aufgaben der Gesundheitsprävention und primären/ambulanten Versorgung (vgl. die Länderdarstellungen) über eine Kombination aus Hausarztsystem, kommunalen Gesundheitsdiensten und ambulanter Versorgung an regionalen Krankenhäusern organisiert sind. In Finnland und Schweden existiert ein dreistufiges System aus kommunalen Gesundheitszentren, regionalen Krankenhäusern und Universitätskliniken. Abgesehen von Island dienen in allen skandinavischen Ländern die Krankenhäuser nicht nur der stationären Versorgung und der Notfallversorgung, sondern erbringen anders als in Deutschland in erheblichem Umfang ambulante Leistungen. Um das staatliche Gesundheitssystem herum gibt es einen privaten Sektor, der nicht nach dem Sachleistungs-, sondern dem Kostenerstattungsprinzip arbeitet und vor allem in Finnland eine stark ausgebaute betriebliche Gesundheitsfürsorge.

Die institutionelle Verfasstheit primärer resp. ambulanter Leistungserbringung in Deutschland ist vollkommen verschieden. Rückgrat sind hier die Praxen niedergelassener Ärzte. Sowohl die Apotheken wie die Praxen der Angehörigen therapeutischer Berufe sind wirtschaftlich abhängig von ärztlichen Verschreibungen resp. Überweisungen. Die ebenfalls zum ambulanten Bereich zählenden kommunalen Gesundheitsämter haben primär kontrollierende/überwachende und nur in bescheidenem Umfang (Kinder- und Jugendliche; Suchtkranke) weitergehende Aufgaben. Aus der Versorgung Erwachsener sind sie ausgegrenzt. Ein auf Einrichtungen bezogener Vergleich ist hier ohne Aussagekraft. Dies umsomehr als skandinavische Angaben zu den Gesundheitsberufen mit organisatorisch-administrativen Aufgaben spärlich sind. In Deutschland gab es 2004 bei einer Teilzeitquote von gut 25 Prozent rd. 1 Mio. Beschäftigte in ärztlichen und zahnärztlichen Praxen. Dies bei 125.317 niedergelassenen Ärzten und 64.997 Zahnärzten. Die größte Beschäftigungsgruppe in diesem Bereich sind Arzthelferinnen (2004: 315 Tsd.). Sie organisieren den Praxisbetrieb, üben also eine kaufmännische Tätigkeit aus (Organisation, Verwaltung, Dokumentation). Erforderlich ist dafür eine betriebliche Kurzzeitausbildung (bis zu zwei Jahren). Dafür gibt es nur teilweise (Dänemark, Island, Norwegen) ein Pedant. Verwaltung in kommunalen Gesundheitszentren wird von Verwaltungsfachkräften und nicht von Arzthelferinnen wahrgenommen. Anders die zahnärztlichen Fachangestellten (2004: 197 Tsd.). Sie haben ein anspruchsvolleres Tätigkeitsprofil. Zahnarztpraxen in Deutschland mit Zahnarztpraxen in den skandinavischen Ländern zu vergleichen ist möglich, stößt aber auf die Hürde, dass der Bereich in Deutschland privat ist und in den skandinavischen Ländern abgesehen von Island mit relevanten Anteilen zwischen 30 Prozent (Dänemark), 40 Prozent (Norwegen) und über 50 Prozent in Schweden und Finnland Teil des öffentlichen Gesundheitssektors. Zudem ist die Berufsstruktur durchweg eine andere. So kamen in Deutschland im Jahr 2004 auf 1000 Einwohner 1,7 ZahnarzthelferInnen und zahnärztli-

che Fachangestellte. In allen skandinavischen Ländern ist die Dichteziffer geringer. In Finnland lag sie im gleichen Jahr bei 1,2 und in Schweden bei 1,6. Dabei muss gesehen werden, dass es in Deutschland umgekehrt kaum Dentalhygieniker gibt. 2004 waren nur 208 erfasst verglichen mit jeweils über 1000 in Dänemark und Norwegen, 1.545 in Finnland und 2.900 in Schweden.[277] Ihr Aufgabengebiet umfasst sowohl Aufgaben, die in Deutschland zahnärztliche Fachangestellte wahrnehmen wie leichte Zahnarztaufgaben.

Krankenhauspersonal – ein Vergleich zwischen Deutschland und Norwegen

Der Krankenhausbereich ist weit eher vergleichbar. Für einen exemplarischen Vergleich bezogen auf das Jahr 2004 wird Norwegen herausgegriffen. Zusammen mit Island kommt Norwegen hinsichtlich der relativen Höhe der Gesundheitsausgaben (Anteil der gesamten und der öffentlichen Ausgaben am BIP; vgl. Abbildung 29) Deutschland am nächsten. Zwar sind die Ausgaben für den stationären Bereich relativ höher als in Deutschland, bei der Bettenzahl je 1000 Einwohner (Deutschland: 6,45; Norwegen: 5,24) gibt es jedoch wiederum eine größere Nähe zu Deutschland, als dies bei Finnland oder Schweden der Fall wäre. Auch liegen die Beschäftigtenzahlen für beide Länder in Vollzeitäquivalenten vor, womit Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Teilzeitquoten vermieden werden. Die Ergebnisse der Auswertung finden sich im Anhang in Tabelle A-13. Die Befunde zeigen für Norwegen eine weit höhere Beschäftigtendichte. Während in Deutschland auf 1000 Einwohner 9,8 VZÄ-Beschäftigte in Krankenhäusern kommen, sind es in Norwegen 18,4 VZÄ-Beschäftigte. Makroökonomisch errechnet sich daraus eine fiktive Beschäftigungslücke von Deutschland von 710 Tsd. VZÄ-Beschäftigten. Da die herangezogenen Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht erläutern, ob REHA-Einrichtungen einbezogen sind oder nicht, wird nachrichtlich dargestellt, was sich für Deutschland ungefähr verändern würde, wenn die REHA-Einrichtungen dazukämen. Die fiktive Beschäftigungslücke reduziert sich für diesen Fall auf rd. 570 Tsd. VZÄ-Beschäftigte und die deutsche Dichteziffer erhöht sich dann auf 11,5 VZÄ pro 1000 EW.

Im norwegischen Gesundheitssystem gab es in der zurückliegenden Dekade eine Verschiebung beim Einsatz von Personalressourcen von Ärzten zu Nurses. Bis 2004 stieg im gesamten Gesundheitssystem in Mannjahren betrachtet die Anzahl der Nuurses auf rd. 107.000 bis 2004. Expandiert ist der Public Health Bereich in den Gesundheitszentren und der Schulgesundheitsdienst. Der Rückgang bei Ärzten und Physiotherapeuten wur-

[277] Diesbezügliche Angaben liefert das Mundgesundheitsportal der WHO mit Sitz in Malmö/SE mit Links zu allen Ländern, die am WHO-Monitoringsystem teilnehmen: http://www.whocollab.od.mah.se/index. (Aktualisierungsstand: 21. März 2007

den durch eine stark gestiegene Anzahl von Nurses ausgeglichen. Die Entwicklung ging einher mit der Verstärkung von Qualitätsindikatoren für die Pflegearbeit.[278]

Nun muss bei diesem Vergleich berücksichtigt werden, dass Krankenhäuser in den skandinavischen Ländern eine etwas andere Funktion haben als in Deutschland (vgl. oben). Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, dass es die das deutsche System prägende relativ strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung nicht gibt. Gesundheitszentren erbringen leichtere stationäre Leistungen und Krankenhäuser erbringen ambulante Spezialistenleistungen. Der Umfang ambulanter Leistungen, die von norwegischen Krankenhäusern erbracht werden, dürfte deutlich höher sein als in Deutschland. Für einen in die Tiefe gehenden Vergleich müssten nicht nur die Arztkonsultationen, sondern auch die Variablen „Struktur der Patienten nach Alter, Geschlecht und Umfang der Vorerkrankungen", „Einweisungsgrund und Struktur der Diagnosen" sowie die durchschnittliche Krankenhausverweildauer mit herangezogen werden. Dies jedoch wäre eine eigenständige Untersuchung. Eher nachrichtlich kann hierzu für Deutschland Folgendes festgehalten werden:

- Die durchschnittliche Verweildauer sank zwischen 1991 und 2004 von 14,7 auf 8,7 Tage (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2006: 22)
- Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung gibt es das Muster, dass im Alter von 15 bis 49 Jahren mehr Krankenhaustage auf die Frauen als auf Männer entfallen. Beinahe die Hälfte der stationären Krankenhausaufenthalte von Frauen unter 50 Jahren hängen zum einen mit Schwangerschaft und Entbindung zusammen und sind zum anderen durch Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane bedingt. Zwischen dem 35. und dem 55. Lebensjahr sind Frauen dann häufiger als Männer von bösartigen Tumoren betroffen (Gesundheitsreport 2004 des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen (BKK)) Ab dem 50. Lebensjahr ist die Anzahl der Krankenhaustage der männlichen Versicherten höher. Es dominieren Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Der Abstand vergrößert sich mit dem Alter bis in den Bereich der durchschnittlichen Lebenserwartung von Männern. Wer als Mann länger lebt als die jeweilige Alterskohorte im Durchschnitt, findet sich seltener stationär im Krankenhaus.

Oft wird das Gesicht eines Krankenhauses durch sein Pflegepersonal bestimmt. Doch bei der Frage der Arbeitsbelastung von Gesundheits- und Krankenpflegern geht es um mehr: Angesichts der Aufgaben, die die Pflegekräfte je nach Ausbildung und Einsatzgebiet zu erledigen haben, liegt die Vermutung nahe, dass ihre Belastung auch Einfluss auf die Versorgungsqualität eines Krankenhauses hat. Mit anderen Worten: Wenn ein Krankenhaus zu wenige oder nicht ausreichend qualifizierte Pflegekräfte beschäftigt, könnte die

[278] Seit 2005 existiert dazu die Webseite: http://indikator.more.no/bedrekommune/ploindikator.jsp

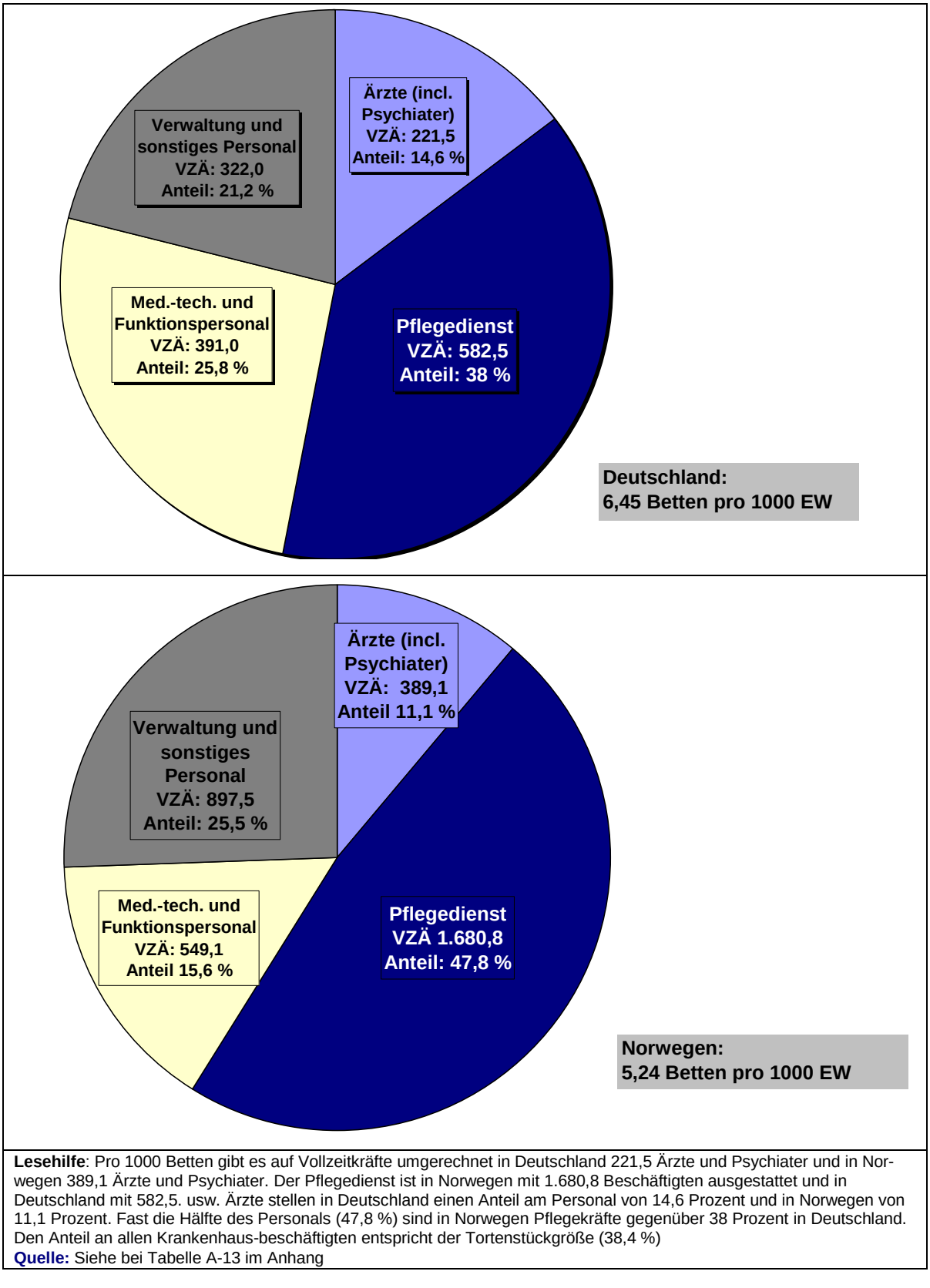
Überlastung des Personals gesundheitliche Folgen für die Patienten haben. Theoretisch denkbar ist eine sukzessive Verschlechterung der Pflegequalität, die peu a peu ein vermehrtes Auftreten vermeidbarer Komplikationen mit im Einzelfall gravierenden Folgen nach sich zieht. Eine grundsätzliche Frage für die Personalplanung aller Krankenhäuser ist deshalb, ob eine Mindestanzahl von Pflegekräften "pro Patient" vorhanden sein muss, um Nachteile zu vermeiden.[279] Die Frage besitzt für Deutschland besondere Relevanz, denn die etwa 2.150 Krankenhäuser sind schon seit Jahren dabei, die Zahl der Pflegekräfte zu verringern. Zwischen 1995 und 2004 hat die Zahl der Beschäftigten in der Pflege (umgerechnet auf Vollzeitkräfte) von über 350.000 auf 309.000 abgenommen. Gleichzeitig ist die Zahl der behandelten Patienten (genauer: Behandlungsfälle) angestiegen. Insgesamt hat sich das Verhältnis von Behandlungsfällen pro Jahr zur Zahl der Pflegekräfte zwischen 1995 und 2004 um fast 20 Prozent erhöht. Welche Auswirkungen diese Entwicklung auf die Pflege- wie Ergebnisqualität der Krankenhäuser hat, ist gleichwohl unbekannt. Es gibt dazu – angesichts der deutschen Rückständigkeit bei der Etablierung pflegewissenschaftlicher Studiengänge kaum verwunderlich – gar keine Forschungsergebnisse.[280] Die Verfasserin weiß aus eigener Tätigkeit als Krankenhausdezernentin, dass bei dem Versuch, die Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebes zu erhöhen, nicht unbedingt dort gespart wird, wo es am sinnvollsten, möglicherweise sogar nutzbringend wäre, sondern dort, wo die Widerstände am geringsten sind. So bleiben bestimmte Bereiche tabu, während andere Bereich über die Maßen liefern müssen. Privatisierungen vormals öffentlich oder frei-gemeinnützig betriebener Kliniken tun hier ein Übriges, denn mit einer Industrialisierung des Klinikbetriebs werden privat anzueignende Renditeziele verfolgt.

---

[279] Dabei muss gesehen werden, dass die tatsächliche Belastung je nach Einsatzgebiet - von der Intensivstation bis hin zu psychiatrischen Stationen - sehr unterschiedlich ausfallen kann.

[280] Wissenschaftler des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG 2006) konnten anhand der Auswertung von hauptsächlich aus den USA stammenden Studien Hinweise, aber keine eindeutigen Zusammenhänge finden. In einigen Studien zeigte sich eine mit den Fallzahlen pro Pflegekraft steigende Sterberate, andere Studien konnten solche Zusammenhänge nicht belegen. Ob manifeste und dokumentierte Komplikationen jedoch ein geeignetes Kriterium sind, darf bezweifelt werden. Die Qualität einer Klinik muss schon sehr tief gesunken sein, ehe sich Zusammenhänge anhand harter Zahlen belegen lassen. Leider liegen zu Deutschland keinerlei publizierte Daten und Forschungsergebnisse vor (IQWiG 2006: 58). Auch die strukturierten Qualitätsberichte nach § 137 SGB V, die Krankenhäuser seit Mitte 2005 veröffentlichen müssen, sind diesbezüglich nicht aussagekräftig. Der Schlussfolgerung des IQWiG, dass die Lücke dringend geschlossen und ein Dokumentationssystem geschaffen werden sollte, dass negative Rückwirkungen unzureichender Pflegekapazität auf die Behandlungsergebnisse anzeigt. kann nur zugestimmt werden (http://www.gesundheitsinformation.de/nl.243.de.html (Zugriff am 23.1.2007).

Abbildung 36: Struktur des Krankenhauspersonals 2004 in Deutschland und Norwegen (Personal in VZÄ pro 1000 Betten und relative Anteile)



Lesehilfe: Pro 1000 Betten gibt es auf Vollzeitkräfte umgerechnet in Deutschland 221,5 Ärzte und Psychiater und in Norwegen 389,1 Ärzte und Psychiater. Der Pflegedienst ist in Norwegen mit 1.680,8 Beschäftigten ausgestattet und in Deutschland mit 582,5. usw. Ärzte stellen in Deutschland einen Anteil am Personal von 14,6 Prozent und in Norwegen von 11,1 Prozent. Fast die Hälfte des Personals (47,8 %) sind in Norwegen Pflegekräfte gegenüber 38 Prozent in Deutschland. Den Anteil an allen Krankenhaus-beschäftigten entspricht der Tortenstückgröße (38,4 %)
Quelle: Siehe bei Tabelle A-13 im Anhang

Der Horizont ist ein kurz- bis mittelfristiger, kein langfristiger.

Der Abbau von Pflegepersonal wird in Deutschland mit dem Rückgang der Verweildauer gerechtfertigt. Wenn der Patient nach dem Eingriff so schnell wie möglich wieder entlassen wird, könne man den Pflegeaufwand reduzieren. Dass dies in Norwegen anders gesehen wird, machen die Zahlen deutlich. Die Anzahl der Pflegekräfte wie auch deren Qualifikation ist wesentlich höher als in Deutschland. Auf Betten bezogen gibt es dreimal so viele VZÄ-Nurses wie in Deutschland, und auf 1000 Einwohner gerechnet liegt die Dichteziffer bei 8,8 verglichen mit nur 3,8 in Deutschland. Fiktiv errechnet sich daraus eine Pflegekraftlücke von über 400 Tsd. VZÄ-Kräften. Auch die Relation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal ist zugunsten des Pflegepersonals verschoben. Die Kreisdiagramme von Abbildung 36 illustrieren die Unterschiede. Wenig Unterschiede gibt es beim Verwaltungspersonal. Bei den anderen Gruppen sieht es anders aus. Die Gruppe des medizinisch-technischen Funktionspersonals ist in Norwegen anteilig deutlich schwächer besetzt; die Ärztegruppe leicht schwächer, der Pflegedienst stärker. Bei der Interpretation der Beschäftigtenzahlen pro 1000 Betten muss freilich berücksichtigt werden, dass das ambulante Behandlungsfeld von Krankenhäusern in Norwegen eine weit größere Rolle spielt als in Deutschland.

4.3.3 Exkurs zu Dänemark: Pädagogisches und Gesundheitsdienstpersonal bei der Lokal und der Zentralregierung

Die amtliche dänische Statistik bietet Zugang zu Datenbeständen der Lokal- und Zentralregierung, aus denen sich die tatsächlich besetzten Stellen in tiefer Gliederung nach Berufsbereichen, Qualifikationsniveau, Geschlecht des Stelleninhabers, Arbeitszeit, Gehalt pro geleisteter Arbeitsstunde usw. herausfiltern lassen. Dieses Datenmaterial wurde für den Zeitraum 1999 bis 2005 mit Blick auf Stellen für pädagogische und Gesundheitsdienstberufe ab dem oberen Sekundärniveau (ab ISCED-Stufe 35) ausgewertet. Da die Datenquellen keine Einzelberufe (Kindergartenlehrer, Lehrer an Gemeinschaftsschulen, Freizeitpädagogen, Ärzte, Pflegepersonal usw.) unterscheiden, ist ein direkter Vergleich auf der Ebene von Berufen weder mit den anderen skandinavischen Ländern noch mit Deutschland möglich. Auch bezogen auf Institutionen verbietet sich ein direkter Vergleich, da unklar ist, in welchem Umfang das bei Lokalregierungen beschäftigte gesundheitsdienstleistende und pädagogische Personal Einsatz findet in Institutionen, die hier außer Betrachtung sind (Jugendfreizeiteinrichtungen, Weiterbildungseinrichtungen aller Art). Trotzdem sind die Ergebnisse – siehe Tabelle A-14 im Anhang und als komprimierte Version Tabelle 14 im Text - höchst aufschlussreich.

Der öffentliche Sektor von Dänemark hat die Stellen für pädagogisches Personal von 1999 bis 2005 um gut 48 Prozent aufgestockt. Der Anteil an allen abhängig Beschäftigten stieg damit von 4,2 auf 6,3 Prozent. In allen Qualifikationsgruppen gab es Zuwächse. Die Monopolstellung von Stellen auf niedrigem akademischen Niveau (ISCED 5) mit einem Anteil von 98,6 Prozent im Jahr 1999 wurde durch erhebliche Zuwäche sowohl bei geringer wie den höher qualifizierten Stellen auf 96,2 Prozent abgebaut. Auch die Stellenzahl für Gesundheitsberufe wurde stark ausgeweitet (+ 37,4 %). Erneut mit Aufstockungen in allen Qualifikationsbereichen. Mit + 43,4 Prozent erfolgte der stärkte Ausbau bei mittleren und höheren akademischen Berufen (ISCED 6 und 7), gefolgt von semi-akademischen Berufen (ISCED 5). Den geringsten Zuwach gab es bei den mittleren Qualifikationen mit 33,5 Prozent. Hatten die im dänischen Staatsdienst beschäftigten Pädagogen und Gesundheitsdienstleister 1999 einen Anteil von 9,3 Prozent an allen abhängig Beschäftigten, so lag ihr Anteil 2005 bei 13,2 Prozent.

Dies ist vor dem Hintergrund der in Abbildung 34 dargestellten öffentlichen Ausgaben anteilig am BIP zu sehen. Obwohl Deutschland im Jahr 2003 mit einem Anteil von 8,5 Prozent gut einen BIP-Prozentpunkt mehr aus öffentlichen Quellen für Gesundheit aufwandte als Dänemark, gibt es in Dänemark allein im öffentlichen Sektor und bei Betrachtung nur der Stellen ab ISCED 3 und 4 pro 1000 Einwohner mehr Arbeitsplätze für Gesundheitsdienstberufe als in Deutschland insgesamt. In Deutschland (Vgl. Tabelle A-8c) kamen im Jahr 2004 auf 1000 Einwohner 31 Beschäftigte in Gesundheitsdienstberufen (incl. Sozialberufe) verglichen mit 31,9 Arbeitsplätzen für mittel bis hochqualifizierte Gesundheitsberufe im dänischen öffentlichen Sektor (vgl. Tabelle 14). Hinzu zu rechnen sind die freiberufich Tätigen in der Primärversorgung; also die Hausärzte, die privaten Zahnärzte[281], private Fachärzte und Therapeuten mit eigener Praxis. Mit einem relativ geringeren Einsatz von finanziellen Ressourcen ist das öffentliche dänische Gesundheitssystem also beschäftigungspolitisch erfolgreicher als das deutsche Gesundheitssystem. Der Befund – er fügt sich in die Befunde zu den anderen skandinavischen Ländern – passt nicht zur These, Vermarktlichung wirke als Jobmotor.

Wählen wir abschließend noch die Betrachtungsperspektive „Beschäftigte im öffentlichen Dienst". Pro 1000 Einwohner gab es 1999 in Dänemark knapp dreimal so viel Beschäftigte im öffentlichen Dienst wie in Deutschland (178,3 gegenüber 60,5). Bis 2005 ist die Dichteziffer in Dänemark zwar etwas zurückgegangen (auf 171,8 pro 1000 EW), der Ab-

stand zu Deutschland gleichwohl größer geworden. Dies ist noch eine geschönte Betrachtung, denn die ÖD-Teilzeitquote stieg in Deutschland von gut 22 Prozent Ende der 90er Jahre auf heute (2005) knapp 30 Prozent; in Dänemark ist sie von 13 Prozent auf 10,5 Prozent zurückgegangen (Heintze 2007: Tabelle 1: 50f.). Wie aus den letzten Zeilen von Tabelle 14 ersichtlich, bietet der dänische öffentliche Sektor pro 1000 Einwohner mehr Arbeitsplätze für mittel- bis hochqualifizierte pädagogische Berufen und Gesundheitsberufen als es in Deutschland im gesamten öffentlichen Sektor Beschäftigte gibt.

Tabelle 14: Dänemark - Pädagogisches und Gesundheitsdienstpersonal (Stellen) 1999 – 2005: Lokal- und Zentralregierung

Jahr	1999	2002	2003	2004	2005
Bevölkerung am 1.1. d. J.: in 1000	5.313,6	5.368,4	5.383,5	5.397,6	5.411,4
Arbeitnehmer (Privatwirtschaft und Staat)	2.519.262	2.561.267	2.532.438	2.507.873	2.514.009
Staatsbeschäftigte (incl. Unternehmen)	947.248	946.646	925.964	925.410	929.558
Staatsbeschäftigte VZÄ (incl. Unternehmen)	887.265	892.510	879.284	877.895	880.568
Staatsbeschäftigte pro 1000 EW	**178,3**	**176,3**	**172,0**	**171,4**	**171,8**
Staatsbeschäftigte (VZÄ) pro 1000 EW .	**167,0**	**166,3**	**163,3**	**162,6**	**162,7**
Gesamtstellenzahl bei Lokal- und Zentralre-	735.890	829.838	833.145	869.329	873.901
abzüglich Stellen mit unklarer Zuordnung	722.497	816.296	819.538	855.806	858.514
Stellen für pädagogische Berufe insgesamt	**107.002**	**144.594**	**145.080**	**148.705**	**158.931**
Dar. ISCED ab 35 bis 40	861	2.449	2.520	2.966	3.628
ISCED 5020	105.450	141.408	141.822	143.959	152.856
ISCED 6520 und 7020	691	737	738	1.780	2.447
Anteil an allen abhängig Beschäftigten	4,2%	5,6%	5,7%	5,9%	6,3%
Stellen für Gesundheitsdienstberufe insgesamt	**126.617**	**146.021**	**155.508**	**172.046**	**173.968**
darunter: Dentaldienst der Gemeinden (VZÄ)		3.159,3	3.153,2	3.156,2	3.190,0
Dar. ISCED ab 35 bis 40	62.232	78.331	80.188	81.751	83.089
ISCED 5020	50.495	54.266	59.939	71.305	70.978
ISCED 6520 und 7020	13.890	13.424	15.381	18.990	19.901
Stellen für Pädagogische und Gesundheitsdienstberufe insgesamt	**233.619**	**290.615**	**300.588**	**320.751**	**332.899**
Anteil an abhängig Beschäftigten insge-	9,3%	11,3%	11,9%	12,8%	13,2%
Dichteziffern					
Pädagogische Berufe (pro 1000 EW)	20,1	26,9	26,9	27,6	29,4
Gesundheitsdienstberufe (pro 1000 EW)	23,8	27,2	28,9	31,9	32,1
Zusammen (pro 1000 EW)	44,0	54,1	55,8	59,4	61,5
Nachrichtlich: Beschäftigte in Deutschland im ÖD insgesamt (pro 1000 EW)	*60,5*	*58,3*	*57,9*	*56,6*	*56,0*

Quelle: Ausschnitt aus Tabelle A-14 (Anhang); Quellenangaben siehe dort. .

---

[281] Hinweis: Aus dem Nichteinbezug von Dentalleistungen für Erwachsene in das öffentliche System resultiert, dass 2004 72 Prozent der Zahnärzte in eigener Privatpraxis arbeiteten: Dänemark: http://www.whocollab.od.mah.se/euro/denmark/data/denmarkmanpow.html

4.4 Zusammenfassung und Bewertung

Die skandinavische Ausgestaltung des Bildungs- und Gesundheitssystems mit stärkerer Betonung des öffentlichen Gutscharakters und der öffentlichen Leistungserstellung ist auf der makroökonomischen Ebene mit einer weit höheren Beschäftigungsdichte, als sie Deutschland aufweist, verknüpft. Bildung als öffentliches Gut beginnt dort bereits bei den unter 3-Jährigen, wobei anders als traditionell in Deutschland zwischen Bildung und Erziehung schon begrifflich nicht unterschieden wird. Während in Deutschland auf 1000 Einwohner im Jahr 2002 – aktuellere Zahlen sind mittlerweile erhoben, aber noch nicht publiziert – bundesdurchschnittlich nur 4,5 Kita-VZ+TZ-Beschäftigte kamen mit einer Spannweite bei den untersuchten Bundesländern zwischen 3,9 (NW) und 6,0 (HB) haben sich die Zahlen in den skandinavischen Ländern so weit angeglichen, dass die drei näher untersuchten Länder Dänemark, Island und Norwegen 2004/2005 gleiche Dichteziffern von rechnerischen Vollzeitkräften knapp über 13 pro 1000 Einwohner (DK: 13,5; IS: 13,4; NO; 13,1) aufweisen. Dies kann als eine Facette von Konvergenz innerhalb der skandinavischen Ländergruppe interpretiert werden. Die Beschäftigungslücke, die Deutschland im Elementarbildungsbereich aufweist, bewegt sich zwischen mindestens 650 Tsd. bis über 900 Tsd. Beschäftigte. Sie resultiert nicht nur aus dem Entwicklungsrückstand beim quantitativen Ausbau von Kindertagesstätten für die unter 3-Jährigen. Eine doppelte Qualitätslücke tritt hinzu. In den skandiniavischen Ländern fließen Anforderungen, die von der frühpädagogischen Forschung formuliert werden, in die Personalbemessung ein. Quality Grants sind dafür das Instrument. Für Kinder unter 3 Jahren gilt eine Betreuungsrelation von maximal 4 Kindern und bei 3- bis 5-Jährigen eine Betreuungsrelation von maximal 7 Kindern pro Betreuungskraft als Bedingung für die Realisierung qualitativ hochstehender pädagogischer Konzepte.[282] Die Untersuchung ergab, dass diese Standards in der Praxis weitgehend erfüllt werden. Gleiches gilt für die Forderung, mindestens ein Drittel der Stellen mit Akademikern zu besetzen. Die praktische Umsetzung dieser Anforderung erfolgte über die Synchronisierung des Ausbaus tertiärer Bildung mit der Stellenentwicklung im Beschäftigungssystem. Einerseits wurde der Anteil derjenigen, die ein Hochschulstudium absolvieren, massiv gesteigert, andererseits wurde – dies vorrangig im öffentlichen Sektor - das Stellenangebot systematisch auf die Absorption höher qualifizierter Fachkräfte aus-

[282] In Deutschland dagegen wird der Kita-Ausbau teilweise auf einer Basis geplant, die zur weiteren Verschlechterung der heute schon unzulänglichen Betreuungsrelationen zu führen droht. So wird von Schleswig-Holstein gemeldet, dass es zukünftig altesgemischte Gruppen von bis zu 15 Kindern geben soll. Bis zu 10 Kinder dürfen dabei unter 3 Jahre sein. (TAZ 25.5.2007, S. 7)

gerichtet. Aufgrund der doppelten Qualitätslücke weisen in Deutschland auch die ostdeutschen Länder, die rein quantitativ betrachtet über eine gute Versorgungslage verfügen, gegenüber den skandinavischen Ländern eine erhebliche Beschäftigungslücke auf. Um auf einen skandinavischen Qualitätsstandard hinsichtlich der Personalausstattung zu kommen, müsste Sachsen das Kita-Personal um zwischen 25 Tsd. bis 36. Tsd. Kräfte aufstocken und Sachsen-Anhalt um zwischen 14 Tsd. bis 20. Tsd. Da sich der Personalanteil mit Hochschulbildung in den untersuchten neuen Ländern bei unter 2 Prozent bewegt, müsste ein Großteil der neuen Stellen auf Personal mit akademischer Ausbildung ausgerichtet sein. Nirgends gibt es in Deutschland auch nur eine Diskussion geschweige denn Perspektive für derartige Ausbauprogramme. Quality Grants, die aus pädagogischer Forschung resultieren, spielen bei der Stellenplanung für den Ausbau des Elementarbildungsbereichs keine Rolle. Bestenfalls fallen sie unter die Rubrik „wünschbar, aber nicht finanzierbar". Dass Finanzierbarkeit hergestellt werden kann, wenn der Finanzpolitik die Aufgabe zukommt, die Finanzierung anspruchsvoller Elementarbildungskonzepte sicherzustellen, zeigen die skandinavischen Länder. Notwendig wäre eine Verdreifachung des Anteils am BIP, der heute für institutionelle Kinderbetreuung aufgewandt wird. Eineinhalb Prozent des BIP sind eine realistische Größenordnung. Dies nicht einmalig, sondern dauerhaft. Solange der Wille fehlt, diese Aufgabe anzupacken, wird Deutschland den Entwicklungsrückstand, den es bei der Elementarbildung verglichen mit allen 5 skandinavischen Ländern hat, auch in den kommenden 10 bis 20 Jahren nicht aufholen können.

Auch im Schulbereich spielen pädagogische Erkenntnisse bei der Planung des Lehrerschlüssels und der Versorgung von Schulen mit sonstigem Personal (Schulpsychologen, Schulsozialarbeiter usw.) nur eine untergeordnete Rolle. In den allgemein bildenden Schulen kommen rechnerische Lehrer-Schüler-Relationen von unter 1:10 wie in Island oder Schweden nur in Sachsen-Anhalt und Thüringen vor. Der Bundesdurchschnitt liegt bei gut 14. Um skandinavische Standard bezüglich der Ausstattung von Schulen mit Lehrpersonal zu erreichen, müsste bundesweit eine Personalaufstockung in der Größenordnung von im Minimum ca. VZÄ-50.000 Stellen erfolgen. Werden Schulen insgesamt berücksichtigt erreicht die Lücke im Maximum fast die Größenordnung von 680.000. In dieser Zahl spiegeln sich die unterschiedlichen Strukturen (Ganztagsschulen contra Halbtagsschulen mit Zusatzangebot, Beratungsstaff in den Schulen contra Beratung über Schulämter; Nachhilfe als Aufgabe der Schulen contra privater Nachhilfemarkt) und die in den skandinavischen Ländern pädagogisch contra in Deutschland sparpolitisch begründeten Klassenstärken. Zudem, die skandinavischen Schulen sind als Lern –und Erziehungsraum ausgestaltet mit Funktionen auch in der Gesundheitsförderung und sozialen Integration. Damit sind sie in weit höherem Maße als deutsche Schulen Beschäftigungsort für

Schulpsychologen, Schulsozialarbeiter, Schul-Nurses usw. Bei Berücksichtigung der in Finnland geringen, in Schweden und Norwegen aber hohen Migrationsquoten, sind die skandinavischen Befunde zum Schulbereich relativ einheitlich. Größere Differenzen deuten sich für den Hochschulbereich an, der aber aufgrund des Fehlens von Vergleichsdaten nur für Island untersucht wurde. Im Vergleich zu Island ist die Personalausstattung in Deutschland besser. Zwar stieg in Island das VZÄ-Lehrpersonal der Hochschulen von 1999/2000 bis 2005/2006 um 28,4 Prozent. Die rechnerische Lehrer-Student-Relation hat sich trotzdem von 10,4 auf 13,3 verschlechtert. Über den Gesamtbereich von Schulen und Hochschulen betrachtet, weist Deutschland im Vergleich zu Island gleichwohl eine fiktive Beschäftigungslücke von gut 580 Tsd. Arbeitsplätzen auf.

Verschärfend kommt hinzu, dass das Ziel, die Studierendenquote zu erhöhen und Hochschulen wieder vermehrt für Abiturienten aus ärmeren Bevölkerungsschichten zu öffnen, durch die Einführung von Studiengebühren und unzulängliche Ausbildungsförderleistungen konterkariert wird. Mit einer gewissen Ausnahme bei Island (Ausbildungsförderung nur als Darlehen) sind in allen skandinavischen Ländern nicht nur Studiengebühren unbekannt, auch die Ausbildungsfördersysteme sind besser an den Bedarf der Studierenden angepasst und werden elternunabhängig gewährt.

Da Bund und Bundesländer fast 3 BIP-Prozent-Punkte weniger in Bildung investieren als die skandinvischen Länder im Durchschnitt ist es nur folgerichtig, dass Vorschulen, Schulen und Hochschulen nicht die Bedeutung als Arbeitgeber haben, die ihnen in den skandinavischen Ländern zukommt. Ansätze für eine Angleichung gibt es nicht. Statt die finanzielle Unterausstattung von Bildungsinstitutionen sukzessive abzubauen und so den Abstand zu weltweit führenden Bildungsnationen abzubauen, hat sich der Abstand seit Mitte der 90er Jahre sogar noch vergrößert. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis dies in ernsthafte Probleme für die wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit mündet. Diese basiert nämlich in der mittleren und langen Frist ganz wesentlich auf dem Bildungs- und Qualifikationsniveau der Bevölkerung. Hier bleibt Deutschland nicht nur unter seinen Möglichkeiten; der relative Abstand zu den skandinavischen Ländern ist heute höher als noch vor einigen Jahren. Die Ursache allein in der Bildungspolitik zu suchen, griffe freilich zu kurz. Die Finanzpolitik von Bund und Länder entscheidet letztlich über die Frage, ob der Anspruch, bei Bildungsinvestitionen aufzuschließen zu den führenden Bildungsnationen, ernst gemeint ist oder nur ein hohles Versprechen. Bislang ist Ernsthaftigkeit nicht zu erkennen. Voraussetzung wäre ein grundlegender Paradigmenwechsel der deutschen Finanz- und Haushaltspolitik. Anders als in den skandinavischen Ländern ist die in Deutschland praktizierte Finanzpolitik – zwischen Finanzministern der CDU/CSU und solchen der SPD gibt es diesbezüglich keinen ins Gewicht fallenden Unterschied – gerade nicht rückgekoppelt an inhaltliche

Qualitätsnormen der öffentlichen Produktion von Bildungsgütern. Sie folgt einer primär ordnungspolitischen Logik (neoliberale Logik der Staatsquotensenkung; Logik der Haushaltskonsolidierung einseitig über die Ausgabenseite, Logik von „privat kommt vor öffentlich", Logik der Minimierung der Personalausgabenquote). Die „Haushälter" wiederum denken in reinen Haushaltskategorien. Den Bildungsetat von sonstigen Kürzungen auszunehmen oder leicht überproportional wachsen zu lassen, erscheint aus dem beschränkten Blickwinkel von Haushaltspolitikern als Fortschritt, auch wenn das Ergebnis der reine Stillstand ist, weil der Anteil der öffentlichen Bildungsausgaben am BIP stagniert. Die Kriterien, nach denen in Deutschland Finanz- und Haushaltspolitiker bildungsbezogene Ausgaben planen, sind makroökonomisch irrelevant. Folge: Der Anspruch, einen Wandlungsprozess hin zu einem bildungsinvestiven Sozialstaat vollziehen zu wollen, wird durch die Fakten widerlegt. Dabei mangelt es nicht an fachpolitisch zukunftsweisenden Konzepten. In der Praxis werden sie jedoch zwischen den Mühlsteinen unzureichender finanzieller und personeller Ressourcen und den Restriktionen aufgrund antiquierter Strukturen und einer Kultur weniger der offenen Gestaltung von Lernprozessen als der Ausführung von Richtlinien der Kultusbürokratie zerrieben. Ohne einen doppelten Paradigmenwchsel sowohl in der Bildungs- wie in der Finanzpolitik wird Deutschland auch weiterhin auf die Realisierung von höchst möglicher Bildung für alle verzichten. Dies aber beinhaltet sowohl die Nichterschließung vorhandener Potentiale wie den Verzicht auf die Erschließung der Beschäftigungspotentiale, die mit einer solchen Bildungsoffensive über alle Lebensphasen vom Kleinkind bis zum Senior verknüpft wären.

Dass die skandinavischen Bildungssysteme auf allen Ebenen von der Elementarbildung bis zur Tertiärbildung weit mehr Arbeitsplätze bieten als das deutsche Bildungssystem überrascht nicht. Schließlich ist der Elementarbereich quantitativ und qualitativ ungleich stärker ausgebaut, existieren Schulen im Ganztagsbetrieb mit Integration dessen, was in Deutschland aussortiert wird von behinderten Kindern bis zur individuellen Nachhilfe und haben Hochschulen schon deshalb ein stärkeres Gewicht, weil die Anteile junger Menschen, die an Hochschulen ein Studium absolvieren mehr als doppelt so hoch sind wie in Deutschland. Dies alles dann gesteuert über Qualitätsgarantien, die es in Deutschland so nicht gibt und der Bereitstellung von finanziellen Ressourcen, die gemessen am BIP um mehrere Prozentpunkte über dem deutschen Niveau liegen. Eher überraschend ist dagegen, dass auch bei Gesundheitsdienstberufe eine je nach Wahl des skandinavischen Referenzlandes unterschiedlich große Beschäftigungslücke existiert. Dies nicht nur bezogen auf die skandinavischen Länder, wo die Gesundheitsausgaben am BIP eine ähnliche Größenordnung wie in Deutschland erreichen (Norwegen und Island), sondern auch mit

Bezug auf die Länder, denen es (Finnland, Schweden, Dänemark) gelingt, mit deutlich geringeren BIP-Anteilen eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung sicher zu stellen.
Mit dem arztzentrierten deutschen Blick kann die arbeitsmarktpolitische Bedeutung der skandinavischen Gesundheitssysteme nicht erschlossen werden. Die Berufsstruktur ist anders als in Deutschland nicht resp. weniger arztzentriert. Zwar stehen auch in den skandinavischen Gesundheitssystemen die Ärzte an der Spitze der Berufshierarchie, der Abstand zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsdienstberufen ist jedoch so weit eingeebnet, dass sich die verschiedenen Berufsgruppen im medizinisch-pflegerischen Prozess auf gleicher Augenhöhe begegnen. Dies wird unterstützt durch einen bereits in den 70er Jahren eingeleiteten Prozess der Akademisierung pflegerischer und therapeutischer Berufe. Diese sind heute auf einem semi-akademischen Niveau angesiedelt mit teilweiser Öffnung hin zur Voll-Akademisierung bei Physiotherapeuten, Hebammen und demnächst möglicherweise auch bei Dentalhygienikern. Die darunter liegenden Berufsgruppen („Pflegehelferinnen") sind qualifikatorisch aufgerückt. Während in Deutschland nicht-ärztliche Gesundheitsdienstleister nur ärztliche Anweisungen ausführen, verfügen die nicht-ärztlichen Gesundheitsdienstleister in den skadinavischen Ländern dort, wo sie eine eigene Profession ausgebildet haben („registered nurses", Physiotherapeuten, Dentalhygieniker), über einen eigenständigen Kompetenzrahmen mit in gewissem Umfang substitutiven Beziehungen zur ärztlichen Profession. Vergleiche, die sich auf Ärztedichten beschränken oder bei den Pflegeberufen nicht der Differenzierung dieser Berufsgruppe in den skandinavischen Ländern Rechnung tragen, gehen daher fehl. Betrachtet man nur die Ärztedichte (Ärzte pro 1000 EW), liegt diese in Norwegen und Island leicht über deutschem Niveau. Gleichzeitig ist in Norwegen die „Nurse"-Quote ungefähr doppelt so hoch wie in Deutschland, während sie in Island etwa auf deutschem Niveau liegt. In Island bietet das Gesundheitssystem in geringerem Maße als in den anderen skandinavischen Ländern Beschäftigungsmöglichkeiten für nicht-ärztliche Gesundheitsdienstleister. Einer der Gründe dürfte in der Absorption von Finanzmitteln durch die faktische Fortexistenz einer doppelten Facharztschiene zu suchen sein.
Unsicherheiten gibt es hinsichtlich der Abgrenzung zu Sozialberufen. Bezieht man die Pflegeberufe mit ein, die die deutsche Statistik der Berufe im Gesundheitswesen unter soziale Berufe erfasst (Altenpfleger, Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen), kommt Deutschland (2004) bei dieser weiten Abgrenzung auf 15,1 Beschäftigte pro 1000 Einwohner gegenüber 26,8 Beschäftigte in Finnland und 16,1 ÖD-Beschäftigte in Schweden. Gegenüber Norwegen weist Deutschland damit eine fiktive Beschäftigungslücke von pflegerischen Arbeitsplätzen zwischen einer guten Million und bis zu 1,3 Millionen auf, wenn auf Basis von rechnerischen Vollzeitkräften gerechnet wird. In Finnland, das von allen

Vergleichsländern den geringsten BIP-Anteil für Gesundheit verausgabt, liegt die Ärztedichte traditionell niedriger als in Deutschland, die Dichte bei den pflegerischen Berufen jedoch doppelt so hoch. Allerdings, dies spiegelt die Vergangenheit. Die Arztdichte lag im Jahr 2006 doppelt so hoch wie 1980 (1980: 1,74; 2006: 3,52). Damit hat Finnland in jüngster Zeit bei der Arztdichte, die in Deutschland 2004 bei 3,71 (VZÄ: 3,38) lag, gleichgezogen. Mit der finnischen Struktur und Dichte von Gesundheitsdienstberufen hätte es im Jahr 2004 in Deutschland zwischen 2 tsd. bis maximal 33 Tsd. Ärzte weniger gegeben, dafür aber zwischen 950 Tsd. bis 1,3 Mio. mehr an Pflegepersonal in der Spannweite von mittelqualifizierten bis zu vollakademisierten Pflegeberufen. Auch Dänemark fügt sich in das Bild, wobei sich die Analyse auf die beim öffentlichen Sektor in den Qualifikationsstufen ab ISCED 35 vorhandenen Arbeitsplätze für Gesundheitsberufe bezog. Hier erreichte Dänemark 1999 eine Dichteziffer von 23,8, die bis 2005 auf 32,1 anstieg. Da nicht klar ist, welche Gesundheitsberufe einbezogen sind, ist ein Vergleich mit Deutschland nur eingeschränkt möglich. Aussagekräftig ist, dass in Dänemark, wo die primäre ärztliche Versorgung über Hausärzte in Privatpraxen erfolgt, gleichwohl der öffentliche Sektor pro 1000 Einwohner tendenziell mehr Arbeitsplätze für Gesundheitsdienstberufe ab einer mittleren Qualifikation bietet als das deutsche System mit seiner ganz überwiegend privaten Leistungserbringung. Der Befund gilt auch für Finnland und Schweden, wo die öffentliche Leistungsproduktion ein stärkeres Gewicht hat als in Dänemark. Auch diese Länder erreichen mit einem bezogen auf das BIP geringeren Einsatz finanzieller Ressourcen höhere Beschäftigungseffekte als Deutschland.

5. Diskussion relevanter Einzelaspekte

5.1. Was wird gemessen? – Fragen der Methodik

Streng betrachtet, gibt es keine zwei Bildungs- und Gesundheitssysteme, die hinsichtlich Organisation, Finanzierung, Leistungsangebot und den Prozessen der Leistungserstellung identisch sind. Dies gilt nicht nur zwischen Nationalstaaten, sondern in föderalen Ordnungen wie der Bundesrepublik Deutschland auch zwischen den Bundesländern. Auf der anderen Seite dominieren zwischen den skandinavischen Ländern die Gemeinsamkeiten bei den Systemmerkmalen so stark, dass die Zuordnung zum gleichen Grundtyp mit zwei Untervarianten (Finnland und Schweden auf der einen; Dänemark, Island und Norwegen auf der anderen Seite) berechtigt ist. Auch für die Bundesrepublik Deutschland dominieren bei allem Bildungsföderalismus die Gemeinsamkeiten. Dies muss nicht so bleiben. Da der Bund im Rahmen der Föderalismusreform Bildungskompetenzen an die Länder abgegeben hat, ist theoretisch denkbar, dass das eine oder andere Bundesland bei Vorliegen einer entsprechenden politischen Mehrheit den Mut findet, wirklich neue Wege von der Kinderkrippe bis zu den Hochschulen einzuschlagen.

Was Schwierigkeiten bereitet und zwar bei Gesundheit mehr als bei Bildung, ist die Herstellung einfacher Kausalbeziehungen zwischen einer bestimmten Systemausprägung und dem objektiv messbaren Outcome (Niveau und Verteilung von Bildung und Gesundheit), den eingesetzten Finanzmitteln sowie der subjektiven Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Leistungen. Auf Gesundheit gibt es viele Einflussfaktoren angefangen bei Ernährung und Bewegung über die soziale Beziehungen bis zu medizinischen und pflegerischen Leistungen. Wo fängt hier Gesundheitssystem an und wo hört es auf? Eine exakte Antwort kann es darauf nicht geben. Auch das Verständnis von Volksgesundheit (Public Health) ist nichts Statisches, sondern unterliegt einem Veränderungsprozess. Ernährung und Bewegung standen vor einigen Jahrzehnten nicht im Focus von Gesundheitspolitik. Dies hat sich in dem Maße geändert wie sich aus schlechter Ernährung und mangelnder Bewegung massenhaft Gesundheitsprobleme ergaben. Nun entdeckte man, dass es zwischen der traditionellen Esskultur eines Landes und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung Zusammenhänge gibt. Bei Ländervergleichen können sich daraus Verzerrungen ergeben, wenn die eine Population durch eine Esskultur geprägt ist, die sich nachweisbar sehr günstig auf die Gesundheit ausprägt und die andere die Tradition einer Esskultur ohne gesundheitsfördernde Wirkungen einbringt. Bei den Vergleichsländern dieser Studie ist es plausibel, diesen Verzerrungseffekt auszuschließen. In besonderem Maße gesund-

heitsfördernd ist in Europa die Mittelmeerküche (mediterrane Kost) und ansonsten die traditionelle asiatische Küche. Dass Japan bei der durchschnittlichen Lebenserwartung und der Lebenserwartung von Frauen weltweit an der Spitze steht und in Europa die Mittelmeerländer (Spanien, Italien, auch Frankreich) ebenfalls im Spitzenbereich liegen, ist ohne den Rekurs auf die dortige Esskultur nicht zu verstehen. Nun wird, wer sich in Deutschland gesundheitsbewusst ernähren will, kaum die skandinavische Küche zum Vorbild nehmen. Gleiches gilt im Umkehrschluss. Und für alle gilt: Die größte Gefahr geht von industrieller Einheitskost aus.

Während der Einfluss der Ernährung auf Gesundheit durch epidemiologische Untersuchungen belegt und im Groben gut begriffen ist, gibt es zu der Frage, inwieweit die Bevölkerung verschiedener Länder ein unterschiedliches genetisches Risikoprofil aufweist, kaum Erkenntnisse.[283] Zugleich ist dies ein Bereich, der leicht in die Irre führt. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen. Bezogen auf Suchtverhalten als wichtigem Thema öffentlicher Gesundheitsprävention weiß man, dass Menschen ein genetisch unterschiedliches Risiko in sich tragen, einer Sucht (Nikotinsucht, Alkoholsucht, Spielsucht usw.) zu verfallen. Die populäre Vorstellung, die Gene seien schuld, geht jedoch fehl. Niemand mit subjektiv erhöhter Anfälligkeit muss süchtig werden. Allerdings, je stärker eine Population von einem in dieser oder jener Hinsicht erhöhten Risiko betroffen ist, umso wichtiger ist es, Menschen davon abzuhalten, einer bestimmten Sucht zu verfallen. Die Pubertät ist diesbezüglich eine kritische Lebensphase. Junge Menschen sind in dieser Phase auf der Suche nach der eigenen Identität und erliegen einem großen Gruppendruck. Der Einstieg in die Sucht erfolgt meist in der Phase, wo die eigene Persönlichkeit noch nicht ausgereift ist. Jugendliche mit genetisch erhöhtem Suchtrisiko, die in dieser Phase vom Rauchen oder sonstigem Drogenkonsum abgehalten werden, müssen später nicht den steinigen Weg einer Suchtentwöhnung durchlaufen. Ist eine Population Träger eines erhöhten genetischen Risikos für die Entwicklung dieser oder jener Erkrankung, erwachsen daraus spezi-

---

283 Zu den wenigen Erkenntnissen zählt, dass In Deutschland lebende deutsche Kinder und Jugendliche signifikant häufiger am Typ 1 Diabetes erkranken als in Deutschland lebende italienische Kinder und Jugendliche, während in Deutschland lebende italienische Kinder und Jugendliche gleich häufig am Typ 1 Diabetes erkranken wie in Italien lebende italienische Kinder. Dies sind die Ergebnisse einer Migrationsstudie von PD Dr. Stefan Ehehalt zur Pathogenese (Entstehung) des Typ 1 Diabetes. Zitiert nach: Pressemitteilung „*Untersuchung zur Diabetes-Häufigkeit*" des Universitätsklinikums Tübingen vom 19.6.2007 (http://idw-online.de/pages/de/news214593) Einerseits zeigt der Befund, dass deutsche Kinder und Jugendliche mit italienischem Migrationshintergrund die relativ geringere genetische Disposition ihres Herkuknftslandes beibehalten. Andererseits ist völlig offen, welchen Einfluss die Ernährung hat. Gilt der Befund auch für diejenigen, die in der zweiten oder dritten Generation deutsch-typische Ernährungsgewohnheiten adaptieren und wie ist es umgekehrt um die deutschen Kindern bestellt, in deren Familien meditteran gekocht wird. Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass die genetische Disposition keine Konstante ist, sondern ihrererseits abhängig vom Verhalten, sind derartige Fragen von großem Interesse.

fische Anforderungen an Prävention. Zunächst an die Primärprävention, dann aber auch an die sekundäre Prävention. Nehmen wir an, in den skandinavischen Ländern sei die genetische Disposition, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, stärker ausgeprägt als in Kontinentaleuropa. Nicht nur die traditionell strenge Antialkoholpolitik ist dann mehr als gerechtfertigt. Es bedarf auch nachhaltig angelegter psychologischer und sozialer Hilfen, denn wer qua genetischer Disposition anfällig ist für die Entwicklung einer Sucht braucht für ihre Überwindung mehr an Motivation, Willen und sozialer Unterstützung als jemand, bei dem Alkoholmissbrauch nur eine Gewohnheit ist, die sich eingeschliffen hat. Gelingt es einer Gesellschaft, riskantes Gesundheitsverhalten einzudämmen, also z.B. die Quote täglicher Raucher zu halbieren, was ja in nicht wenigen Ländern gelungen ist, wirken die Verhaltensänderungen, die damit einhergehen, zurück auf die Gene. Es ist nämlich nicht so, wie bislang gedacht wurde, dass nur die Gene das Verhalten beeinflussen; das Verhalten beeinflusst umgekehrt auch die Gene. Dass Gene keine Konstanten sind, sondern es zwischen Genen und Verhalten Wechselwirkungen gibt, ist eine relativ neue Erkenntnis. Nach heutigem Wissensstand kann sich die Aktivität von Genen sowohl verstärken wie abschwächen, je nach dem Verhalten des Menschen. Auch dies unterstreicht die Notwendigkeit, bei Gesundheitsrisiken am Verhalten anzusetzen und nicht Gene als Ausrede zu bemühen.

Die weit gefasste Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Gesundheit, die als "*state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*" beschrieben wird, hilft kaum weiter. Traditionelle Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung erfüllen die Kriterien dieser Definition ebenso wie Leistungen traditioneller Heiler oder die häusliche Versorgung von chronisch und akut Erkrankten. Auch andere indirekt der Gesundheit dienliche Maßnahmen, z. B. Verkehrssicherheit, Umweltschutz oder Müll- und Abwasserentsorgung können als Leistungen im Rahmen eines Gesundheitssystems aufgefasst werden. Der Erklärungsanteil des Gesundheitswesens im engeren Sinn an der Veränderung der Lebenserwartung beträgt nach nationalen und internationalen Studien lediglich 10 bis 40 Prozent (SVRKAiG, 2000/2001).

Gesundheit ist also ein hochkomplexes Thema. Der Versuch, die Leistungsfähigkeit oder die Effizienz eines Systems an einzelnen Inputindikatoren festzumachen, ist zum Scheitern verurteilt. Dies ist keine neue Erkenntnis. Weder die Zahl der Ärzte oder Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner (Cochrane et al. 1978), die Gesamtausgaben (Musgrove, 1996) noch die Ausgaben für bestimmte als erfolgreich geltende Therapien (Mackenbach 1991) stehen in einem eindeutigen Zusammenhang zum Gesundheitsstatus der Bevölke-

rung. Trotzdem ist an vergleichsweise schlicht argumentierenden Studien, die Glaubenssätze und ideologische Vorlieben zu Bewertungskriterien erheben, kein Mangel.

Während für das Bildungssystem mit den PISA-Studien ein Bewertungssystem vorliegt, das für den Bereich der zeitpunktbezogenen Überprüfung der Kompetenzen 15-jähriger SchülerInnen in bestimmten Feldern weitestgehend akzeptiert ist, gilt Gleiches nicht für das Gesundheitssystem. Die Beurteilung dessen, was das deutsche Gesundheitssystem für die Gesundheit der Bevölkerung tatsächlich leistet und ob dies einen Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von fast 11 Prozent rechtfertigt oder gleiche bis bessere Ergebnisse mit anderen Strukturen, einer anderen Gesundheitsphilosophie etc. erreicht werden könnten, ist hochgradig umstritten und nicht frei von sowohl wirtschaftlichen Interessen wie ideologischen Positionen. Die Performanz-Studie der WHO platzierte das deutsche Gesundheitssystem mit Bezug auf das Jahr 1997 auf Platz 25; Schweden (23), Norwegen (Platz 11) und Island (Platz 16) wurden besser platziert; Dänemark und Finnland schlechter. [284], In die Bewertung eingeflossen waren 4 Schlüsselindikatoren. Definiert wurden dafür die Zielbereiche Gesundheitsstand der Bevölkerung nach Niveau und Verteilung, Kosten und Finanzierung der Gesundheitsleistungen sowie die Leistungsfähigkeit und Patientenorientierung (Responsivität).Ideologische Verzerrungen kann man der WHO-Studie nicht vorwerfen. Allerdings ist das Raster sehr grob. So kam Italien auf einen hervorragenden zweiten Platz und Kolumbien brachte es knapp hinter der Schweiz und vor Schweden und Deutschland auf Platz 22. Natürlich drängen sich hier Fragen auf. Wurde vielleicht bei Italien eher die italienische Küche als das italienische Gesundheitswesen mit Krankenhäusern, die alles andere als auf der Höhe der Zeit sind, bewertet? Auch wurden langfristige Entwicklungen nicht berücksichtigt, was aus Sicht der Autorin eine zentrale Schwäche ist. Die Leistungsfähigkeit von Bildungs- und Gesundheitssystemen zeigt sich nämlich weniger in Momentaufnahmen als in der Betrachtung über einen langen Zeitraum. Um die Begabungs- und Gesundheitsressourcen der eigenen Bevölkerung möglichst optimal zu entwickeln, muss bereits vor der Geburt darauf geachtet werden, dass Einflüsse, die nachweislich negativ auf den Gesamtorganismus einschließlich der Gehirnentwicklung einwirken (schlechte Ernährung, kontraproduktiver Stress, Zigarettenkonsum, übermäßiger Konsum von Alkohol), vermieden resp. minimiert werden. Gleichheitspolitik beginnt so betrachtet bevor der zukünftige Erdenbürger das Licht der Welt erblickt. Und danach haben wir es beim Gut Bildung wie beim Gut Gesundheit mit

---

[284] Beim Indikator, der die "Volksgesundheit" misst, kam Dänemark nur Platz 28. Schweden dagegen auf Platz 4; Norwegen auf Platz 15 und Finnland auf Platz 20 (WHO 2000: Tab. S. 152ff.).

kumulativen Effekten über Jahrzehnte zu tun. Heute Prävention im Sinne einer salutogenetischen Orientierung zu vernachlässigen oder Krankmeldungen durch sozialen Druck künstlich niedrig zu halten, kann in der kurzen Frist scheinbar effizienzsteigernd wirken, wird einige Jahrzehnte später jedoch bezahlt mit dann höheren Morbiditätsraten, schwereren Krankheitsverläufen und erhöhten Kosten. All das hat die WHO nicht berücksichtigt. Trotzdem, es war die Stärke der Studie, mehrere Bewertungsebenen zusammenzuführen.

Dagegen stehen all die Studien, die Bewertungen aus nur einem Blickwinkel vornehmen und/oder Kriterien wählen, die Ausdruck von Traditionen, Glaubenssätzen und ideologischer Vorlieben sind. Über die tatsächlichen Wohlfahrtsergebnisse und die Relation von Ergebnissen zu Kosten sagen vereinseitigte Analysen wenig bis nichts. Ein besonders schlimmes Beispiel für eine ideologisch vorbelastete Vorgehensweise liefert *Lange 2006*. Jenseits empirischer Evidenz werden bei ihm a priori gesetzte normative Postitionen zu „Prüfparametern" für die Beurteilung von Gesundheitsreformen oder auch von Gesundheitssystemen. „Individuelle Vorsorge muss Priorität vor staatlicher Fürsorge haben", lautet ein Prüfparameter. „Privatwirtschaftlichem unternehmerischem Wettbewerb ist im Rahmen staatlicher Wettbewerbsregulierung Vorrang einzuräumen", lautet ein anderer Prüfparameter. (Lange 2006: 14). Dies kann man sowohl als neoliberal wie auch als „sehr deutsch" betrachten, folgt es doch der deutschen Vorliebe für die Ableitung von Lösungen nicht aus komplex angelegten empirischen Vergleichsstudien, sondern aus normativen Postulaten, hinter denen sich Glaubenssätze verbergen, deren Realitätsgehalt nicht kritisch überprüft wird. Hier gibt es eine Parallele zur Kinderbetreuung, wo die Glaubenssätze der überkommenen Familienpolitik das eine sind, die empirischen Forschungsergebnisse zu den Faktoren, die tatsächlich wesentlich sind für gelingende Erziehung und Reifung eines Menschen das andere. Beides hat miteinander nichts zu tun. Die Verfechter einer traditionellen Familienpolitik stützen sich auf persönliche Werteorientierungen, die eigene Geschichte und Anekdoten. Für die Ergebnisse moderner Forschung und die Ergebnisse des in den skandinavischen Ländern tatsächlich stattgefundenen Feldversuchs zur flächendeckenden außerhäuslichen Erziehung und Elementarbildung interessieren sie sich nur im Muster von Abwehr.

Wie vertrackt die Dinge selbst dort sind, wo vermeintlich eindeutige Befunde vorliegen, zeigt sich bei der näheren Beleuchtung des Aspektes Kundenfreundlichkeit/Responsivität. Die WHO-Performanzstudie hatte Deutschland zwar ein Missverhältnis zwischen hohem Mitteleinsatz und mäßigem Outcome attestiert, die Leistung des deutschen Gesundheitssystems auf der Zielebene der Responsivität (freie Arztwahl, prompte Aufmerksamkeit im

Sinne von u.a. geringen Wartezeiten) jedoch als sehr gut beurteilt (Rangplatz 5 hinter den USA, der Schweiz, Luxemburg und Dänemark gegenüber lediglich Platz 22 beim Niveau der Volksgesundheit). Die nähere Analyse enthüllt Ungereimtheiten.

Ungereimtheiten von Bewertungen aus der Kundenperspektive

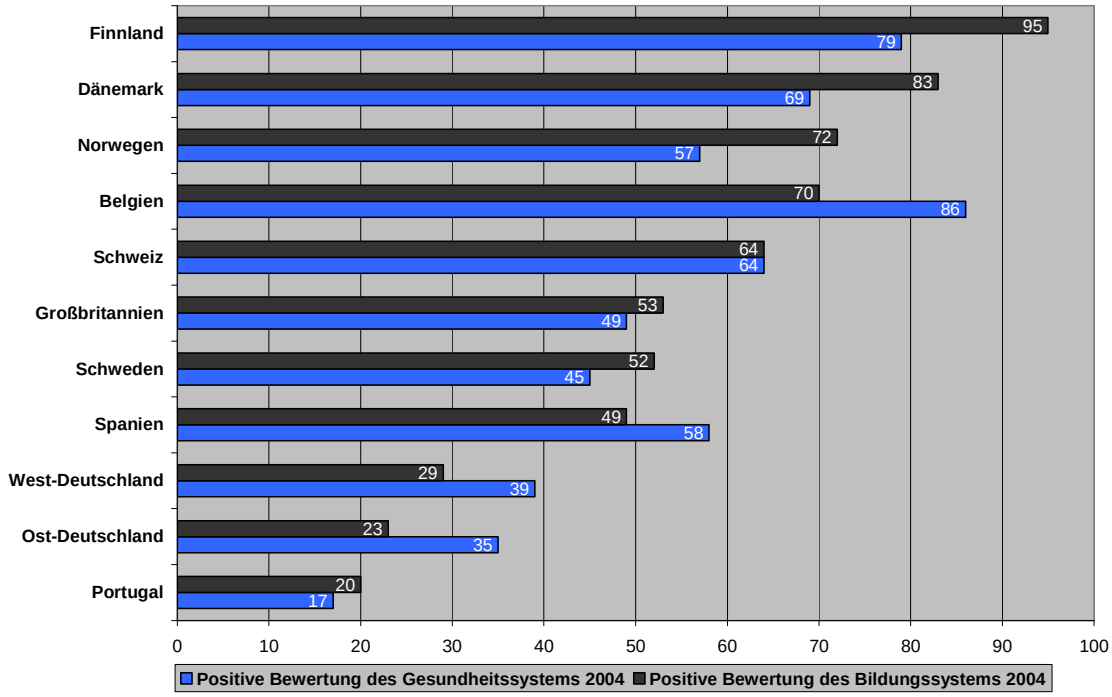
Der in Brüssel ansässige Think-Tank "Health Consumer Powerhouse" gibt den verbraucherorientierten *Euro Health Consumer Index* (EHCI 2005) heraus. Das deutsche Gesundheitssystem erhält dabei beste Noten, da die Arztwahl frei ist, direkter Zugang zur Facharztbehandlung besteht, die Wartezeiten gering sind usw. Unter 12 untersuchten Ländern erreichte das deutsche Gesundheitssystem 2005 (mit 46 von 60 möglichen Punkten) hinter den Niederlanden und der Schweiz Platz 3. Nun ist auch die Wahl der Patientenperspektive methodisch nicht anspruchslos. Maßstab können bei dieser Perspektive sinnvollerweise nur Kriterien sein, die von den BürgerInnen länderübergreifend geteilt werden. Divergieren die Präferenzen, entsteht ein Problem. Divergierend zwischen Deutschland und den skandinavischen Ländern ist die Bedeutung, die der freien Arztwahl und dem jederzeitige Zugang zu einem Facharzt beigemessen wird. In den skandinavischen Ländern reicht ganz offensichtlich die theoretische Möglichkeit. Sowohl in Dänemark wie in Norwegen können sich Bürger entweder für das Hausarztsystem (Sachleistungsprinzip) oder für freie Arztwahl (Kostenerstattungsprinzip) entscheiden. Das Faktum, dass sich weniger als 2 Prozent für freie Arztwahl entscheiden, zeigt, dass für die überwältigende Mehrheit andere Kriterien wichtiger sind. Möglicherweise wird – der Verfasserin liegen dazu keine Erkenntnisse vor - die den Hausärzten obliegende Lotsen- und Beratungsfunktion für wichtiger erachtet als freie Arztwahl. Oder es ist den Bürgern lästig, bei der Sozialversicherung zwecks Kostenerstattung Rechnungen einzureichen. In Deutschland und auch der Schweiz dürften die Präferenzen andere sein. Deutsche Bürger machen von kleinauf die Erfahrung, dass es selbstverständlich ist, bei einem Halsproblem den HNO-Arzt zu konsultieren, bei Rückenschmerzen einen Orthopäden aufzusuchen usw. Dahinter steht der Glaube, dies diene in besonderer Weise der Gesundheit. Die doppelte Facharztschiene des deutschen Systems ist der Struktur gewordene Ausfluss dieses Glaubens. In den skandinavischen Ländern gibt es eher gegenteilig den Glauben, dass Fachärzte resp. Spezialisten nur bei einer geringen Anzahl von medizinischen Problemen wirklich benötigt werden. Es gilt das NEIN-Prinzip. Danach können sich Menschen bei 900 von 1000 medizinischen Problemen im Grunde selbst helfen, da der Körper die Heilung alleine bewerkstelligt. Verhaltenshinweise und kleine Hilfestellungen können sie von „Nurses" erhalten; für professionelle Zahnpflege und leichte zahnerhaltende Maßnahmen sind Dentalhygieniker die bessere und auch kostengünstigere Adresse als Zahn-

ärzte. Nur bei 9 von 1000 gesundheitlichen Befindensstörungen sollte nach dem NEIN-Prinzip ein Spezialist eingesetzt werden. Eine Facharztdichte wie in Deutschland ist aus einem solchen Blickwinkel – Island bildet eine Ausnahme - kein Qualitätsausweis, sondern ein Indikator für Ineffizienz, für politisches Steuerungsversagen und für unzulängliche Integration der Zielstellung „Gesundheitserziehung" in das Bildungssystems. Aufgabe des Bildungssystems ist es nämlich auch, den Menschen Gesundheitskompetenz zu vermitteln, wozu mehr als Wissen gehört. Es gehört dazu die Ausbildung der Ressourcen, die Menschen benötigen, um eigenverantwortlich mit ihrer Gesundheit umzugehen. An dieser Stelle wird deutlich: Gesundheitssystemvergleiche werden zusätzlich erschwert durch unterschiedliche Gesundheitskulturen. In Deutschland sind Gleichsetzungen der Art „viel Medizin = viel Gesundheit", „viele Arztkontakte = gute Versorgung", „direkter Facharztkontakt = besonders gute Versorgung" starkt ausgeprägt. Dies gilt für die skandinavischen Länder nicht. Wertgeschätzt wird zunächst einmal der Generalist. Der Spezialist ist für Spezialaufgaben da. Man kann sagen, die skandinavischen Gesundheitssysteme mit ihrer gestuften Struktur aus Primärversorgung, Sekundär- und Tertiärversorgung sind Ausdruck einer Philosophie, die den Spezialisten auf der Sekundärebene sieht und den Allgemeinmediziner als Lotsen und erste Anlaufstelle auf der Primärebene.

Die sehr gute Plazierung, die das deutsche Gesundssystem bei den Studien findet, die Kundenorientierung in den Vordergrund rücken, lässt erwarten, dass die Patientenzufriedenheit besonders hoch ist. Dies ist jedoch nicht der Fall. Deutsche sind mit ihrem Gesundheitswesen weitaus unzufriedener als Patienten in anderen Ländern.[285] So führt der Commenwealth Fund (CMF: www.cmwf.org/publications und www.cmwf.org/usr) seit 1999 regelmäßig Erhebungen in vorrangig angelsächsischen Ländern durch. Bei den aktuellen Erhebungen war Deutschland einbezogen. Befragt wurden Patienten mit schlechtem Gesundheitszustand aufgrund chronischer Erkrankung oder Behinderung und Patienten, die in den letzten 2 Jahren stationär behandelt wurden. 1.474 Männer und Frauen beantworteten in Deutschland 55 Fragen. Die Ergebnisse liefern keine Bestätigung für die angeblich hohe Kundenorientierung. Fast jeder dritte Befragte war der Meinung, das Gesundheitssystem sei so schlecht, dass es von Grund auf umgestaltet werden sollte. In den USA und Australien fanden sich ähnliche Zahlen, in Neuseeland, Kanada und Großbritannien war die Zufriedenheit aber größer. Beklagt wurden auch unzureichende Informationen: Bei Klinikaufenthalten sei man nicht vollständig über die Risiken informiert worden; der Hausarzt habe selten oder nie über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten

aufklärt. Schließlich, die Versorgung bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde als nicht gut organisiert beschrieben; es gab nach den Angaben selten Nachsorgetermine und keine Aufklärung zu Behandlungsfehlern. Wohl wird die Möglichkeit geschätzt, direkt zum Facharzt gehen zu können; gleichzeitig aber über die dabei entstehenden Doppeluntersuchungen geklagt. Man könnte argumentieren, Deutsche seien nun einmal Nörgler und kranke Deutsche besonders. Damit würde man es sich zu einfach machen. Die Dimension Patientenfreundlichkeit/Patientenzufriedenheit hängt nun einmal stark an subjektiven Einschätzungen. Anders gesagt, man kann nicht auf Grund objektiver Merkmale, die als relevant für Kunden- resp. Patientenzufriedenheit erachtet werden, einem Gesundheitssystem das Etikett „kundenfreundlich" resp. „patientenfreundlich" verpassen, wenn sich die vermeintlich so zufriedenen Kunden gar nicht zufrieden äußern. Auch die Differenz zwischen den Meinungen der Gesunden und den Meinungen derjenigen, die mit der Rolle; Patient zu sein, bereits ausgiebig Erfahrungen gemacht haben, ist dabei von Relevanz.

Abbildung 37: Bildungs- und Gesundheitssystem im Bürgerurteil



Erläuterung: Angegeben sind die Anteile positiver Bewertungen
Quelle: European Social Survey 2004, Datenübernahme aus: Roller (2006); eigene Darstellung

[285] Gleiches gilt im übrigen auch für die Ärzte.

Drehen wir den Blick um, zeigen Ärztebefragungen, dass jenseits der Klagelitanei über angeblich zu wenig Geld das Urteil über das deutsche Gesundheitsssytem zumindest bei den Allgemeinmedizinern/Hausärzten auch nicht das Beste ist. In der Befragung „2006 International Survey of Primary Care Doctors" von HarrisInteractice waren Hausärzte der angelsächsischen Länder und von Deutschland und den Niederlanden einbezogen. Die Aussage „On the whole the health care system works pretty well and only minor changes are necessary to make it work better" wurde nur von 4 Prozent der deutschen Ärzte unterstützt gegenüber zwischen 13 Prozent (USA) und 52 Prozent (Niederlande) in den anderen Ländern. Dagegen stimmten 42 Prozent der Befragten aus Deutschland der Aussage zu: „Our health care system has so much wrong with it that we need to completely rebuild it". Abgesehen von den USA (16 Prozent) stimmten dem in den anderen Ländern jeweils weniger als 10 Prozent der Befragten zu. Auch in anderer Hinsicht unterschieden sich die Antworten aus Deutschland dramatisch von denen der anderen Länder. So lautete eine Frage: „In general, do you think your ability to provide quality medical care to your patients has improved, has become worse or is it about the same as it was five years ago?" Mit Ausnahme von Neuseeland und Großbritannien sehen die Hausärzte der anderen befragten Länder zwar eher eine Verschlechterung als eine Verbesserung. Dieses Muster ist in Deutschland jedoch extrem ausgeprägt. 83 Prozent der deutschen Hausärzte sehen eine Verschlechterung, nur 5 Prozent eine Verbesserung, demgegenüber sehen in Großbritannien 48 Prozent eine Verbesserung und nur 27 Prozent eine Verschlechterung.

Aufschlussreich für die Analyse von Bürgerurteilen sind die vom European Social Survey (ESS) 2002/2003 und 2004[286] gelieferten Daten. Abbildung 37 visualisiert, dass die Bevölkerung verschiedener europäischer Länder das Bildungs- und Gesundheitssystem in einen interdependenten Bewertungszusammenhang stellt. Roller (2006: 27) errechnete eine hohe Übereinstimmung (Pearson´s r: 0,67) zwischen der Rangfolge der 22 Teilnahmeländer bei den Urteilen zum Bildungs- und Gesundheitssystem. Westdeutsche und noch mehr die Ostdeutschen sind mehrheitlich sowohl mit dem Bildungssystem wie mit dem Gesundheitssystem unzufrieden. Nur 29 Prozent der Westdeutschen und 23 Prozent der Ostdeutschen äußerten sich 2004 positiv über das deutsche Bildungssystem. In den skandinavischen Ländern waren es dagegen jeweils Mehrheiten von in der Spitze bis zu

[286] Der ESS liefert Daten zu 22 Ländern. Die Länderdaten der Erhebung 2002/2003 sind seit Ende September 2003 über die vom Norwegian Social Science Data Service (NSD) eingerichtete Homepage http://ess.nsd.uib.no oder über einen Link auf der internationalen ESS-Projekthomepage www.european-

83 Prozent in Dänemark und 95 Prozent in Finnland. Dass sich hierin auch die Ergebnisse von PISA sowie die hierüber in der Öffentlichkeit breit geführte Debatte widerspiegeln, liegt auf der Hand. Insoweit überrascht die überwältigende Zufriedenheit der Finnen mit ihrem Bildungssystem nicht. Sehr wohl überraschend und erklärungsbedürftig ist die Ähnlichkeit der Urteile über das Gesundheitssystem. Da die staatlichen Gesundheitssysteme mit den Etiketten keine Wahlfreiheit, lange Wartezeiten, Tendenz zur Rationierung von Leistungen behaftet sind, hätte man erwarten können, dass sich dies in den Urteilen stärker niederschlägt. Auch der PISA-Effekt, d.h. die Prägung des eigenen Urteils durch eine weithin akzeptierte Performanzstudie, scheidet als Erklärung für die schlechten Noten, die Westdeutsche wie Ostdeutsche dem Gesundheitssystem geben, aus. Offensichtlich sehen viele BürgerInnen beide Systeme in einem Zusammenhang oder fühlen einen Zusammenhang. Im Hintergrund dürfte eine Rolle spielen, dass in Deutschland das politische Vertrauen generell niedriger ist als in den skandinavischen Ländern. Nach einem von *Gabriel/Zmerli 2006* entwickelten Index, der allerdings nur das Vertrauen in Politiker, das nationale Parlament, Gerichte und Polizei in 17 Ländern (ohne Norwegen und Island) abbildet, hatten im Jahr 2004 in Dänemark und Finnland über 80 Prozent der Bevölkerung politisches Vertrauen. In Schweden, Luxemburg, den Niederlanden und der Schweiz lag der entsprechende Bevölkerungsanteil bei immerhin noch 60 bis 70 Prozent. Werte in diesem Bereich können als relativ stabiles Grundvertrauen interpretiert werden. In einer Reihe von Ländern, zu denen auch Deutschland zählt, hat die Bevölkerungsmehrheit dieses Grundvertrauen nicht. Am meisten Vertrauen genießt in Deutschland die Polizei (Westdeutschland: 71 Prozent; Ostdeutschland: 62 Prozent), während sich die Politiker auf eine Vertrauensbasis von nur 14 Prozent „stützen" können. Zwar steht es auch in anderen europäischen Ländern mit dem Ansehen der Politiker nicht zum Besten. Die Spannweite ist jedoch enorm: Sie reicht von nur 3 Prozent in Polen bis zu 51 Prozent in Dänemark. Dänemark schneidet damit beim Politikervertrauen am besten ab, gefolgt von Finnland mit immerhin noch 42 Prozent. Dass es sich in Dänemark nach der "*Weltkarte des Glücks*", die von der englischen Universität Leicester erstellt und gerade (28.7.2006) in London veröffentlicht wurde, unter 178 Ländern am glücklichsten lebt, während Deutschland einen bescheidenen Platz 35 einnimmt, korrespondiert damit.[287] Nun schneidet Dänemark beim

---

socialsurvey.org/archive verfügbar, die Daten der zweiten Welle des ESS 2004/2005 seit Ende September 2005.

[287] Der vom Sozialpsychologen Adrian White erarbeiteten Weltkarte liegen Daten aus 100 Untersuchungen und Befragungen von mehr als 80.000 Menschen in 178 Ländern zugrunde. Gesundheit hatte für die individuelle Zufriedenheit mit einer Pearson-Korrelation von .62 eine größere Bedeutung als Bildung und der materielle Wohlstand (.51 und .52). Daher schafften es auch Schwellenländer (islamische Länder wie Malaysia und

gesundheitlichen Outcome unter den Vergleichsländern dieser Studie am schlechtesten ab. Die Gründe liegen im dänischen Lebensstil und einer Gesundheitspolitik, die vor Interventionen in die Freiheitsrechte der BürgerInnen zurückschreckt. Mit der Gesundheitsversorgung und den Pflegeleistungen ist die Bevölkerung sehr zufrieden und vertraut darauf, dass es immer besser wird.

Bei der vorliegenden Studie wurde eine Linie verfolgt, die nicht die Selbstwahrnehmung der Akteure widerspiegelt, sondern sich konzentriert auf das, was „hinten rauskommt" an Bildungsdynamik, an Volksgesundheit, an Arbeitsplätzen. Verzerrungseffekte minimieren sich bei diesem Vorgehen und es werden Komplementärbeziehungen deutlich, die ansonsten verdeckt bleiben. Beispiel. Das deutsche Gesundheitssystem ist medizin- und arztzentriert; die skandinavischen Systeme sind eher pflege- und nursezentriert. Bei Wahl allein der Arztdichte als Güterkriterium wird daher ein tautologisches Ergebnis produziert, das die Substitutionsbeziehungen, die es in Finnland, aber auch in Schweden zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen gibt, ausblendet. Beispiel: Anzahl diagnostischer Untersuchungen und Einzelleistungen. Dies ist ein Outputindikator, der über den Outcome wenig sagt. Interessant ist die Frage, ob es sich für die Gesundheit der Bevölkerung positiv auszahlt, wenn ein großer diagnostischer Aufwand betrieben wird oder ob es nicht eher darauf ankommt, Diagnoseverfahren auf das zu konzentrieren und zu beschränken, was nötig und aussagekräftig ist. Wer mit der deutschen Denke: Wo viele Einzelleistungen erbracht werden, wird viel geleistet, den Outcome verschiedener Systeme zu beurteilen versucht, landet im Abseits. Dies wäre so ähnlich, wie wenn aus skandinavischem Blickwinkel die Quote der jährlichen Sitzenbleiber zu einem Kriterium für die Güte eines Schulsystems gemacht würde. Skandinavische Länder würden bei derartigen Schulsystemvergleichen hervorragend und deutschsprachige Länder schlecht abschneiden. Grund: In den deutschsprachigen Ländern hängt die Versetzung in die nächsthöhere Klasse vom Erreichen gewisser Zensuren ab. Wer dies nicht schafft, muss die Klasse wiederholen. Zwei, drei Sitzenbleiber pro Klasse sind keine Seltenheit.[288] Dagegen wiederholen in Finnland weniger als 0,5 Prozent der SchülerInnen eine Klasse. Und dies

---

Brunei in Asien; Costa Rica in Südamerika) unter die 20 Bestplazierten. Von den europäischen Ländern finden sich alle skandinavischen Länder sowie Österreich, die Schweiz, Irland, die Niederlande, Luxemburg und Malta in der Spitzengruppe. Vgl. http://www.le.ac.uk/pc/aw57/world/sample.html

[288] Bei deutllichen Diskrepanzen zwischen Bundesländern und Schulformen liegt die durchschnittliche Wiederholerquote an allgemein bildenden Schulen bei rd. 3 Prozent. Im Schuljahr 2004/2005 reichte die Quote von 1,9 Prozent in Baden-Württemberg bis 4,1 Prozent in Bayern. Bayern brachte es teilweise auf Klassen-Wiederholeranteile von bis zu 8,6 Prozent (5. Klassenstufe). Quelle: Statistisches Bundesamt Pressemitteilung „Eine viertel Million Wiederholer an allgemein bildenden Schulen" vom 1. Februar 2006.

dann aus eigenem Entschluss, weil z. B. eine längere Krankheit vorgelegen hatte oder es aus anderen Gründen sinnvoll erscheint. Von Lehrern verfügtes Sitzenbleiber gibt es in den skandinavischen Ländern nicht oder kaum, da die Bildungsphilosophie dahin geht, dass Instrumente wie das Sitzenbleiben Kinder beschäme, damit demotiviere und ergo pädagogisch nicht sinnvoll sei. In Deutschland dagegen ist das Sitzenbleiben ein Instrument, von dem man sich die Förderung des Leistungswillens von SchülerInnen verspricht. Die Wahl von Indikatoren wie der Sitzenbleiberquote ist aufgrund dieser unterschiedlichen Bildungskultur für einen Vergleich Deutschland – skandinavische Länder methodisch unzulässig; Deutschland würde durch eine solche Indikatorenwahl diskriminiert. Entscheidend ist, ob es mit oder ohne Sitzenbleiben besser gelingt, die in Kindern und Jugendlichen angelegten Bildungs-Potentiale zur Entfaltung zu bringen und eine Motivationsbasis für lebenslanges Lernen zu legen. In diesem Sinne den Outcome in den Vordergrund zu rücken, kann freilich nicht bei Momentaufnahmen stehen bleiben, sondern benötigt den langen historischen Blick. Nur hier zeigt sich, in welchem Maße Länder in der Lage sind, langanhaltende Dynamiken in Ganz zu setzen und ob es ihnen gelingt, bei neuen Herausforderungen zukunftsgerichtet Neues zu lernen und zu implementieren. Dort, wo erforderliche Lernprozesse gegen tradierte Glaubenssätze und kulturelle Selbstverständlichkeiten stehen, gelingt dies nur schwer. In der langen historischen Betrachtung kommt es aber genau darauf an.

Die vorstehenden Überlegungen münden in die Zurückweisung von Systemvergleichen, die einzelne Inputfaktoren oder bestimmte Systemmerkmale zu Bewertungskriterien erheben. Da Gesundheitssysteme wie Bildungssysteme von unterschiedlichen Traditionen, Glaubenssätzen und Prinzipien aus geprägt sind, ist es nicht seriös, die Glaubenssätze des einen Systems zur Messlatte für die Bewertung des anderen Systems zu machen. Messlatte kann nur sein, was diese Systeme für Bildung und Gesundheit der Bevölkerung tatsächlich leisten, ob sie gleichen Zugang für alle gewährleisten oder nicht, wie sie Qualitätsstandards sichern, wie zufrieden die Bevölkerung mit den Leistungen ist und welche volkswirtschaftlichen Ressourcen für die Erbringung der Leistungen eingesetzt werden. Beim Einsatz volkswirtschaftlicher Ressourcen stellt sich makroökonomisch dann auch noch die Frage nach dem beschäftigungspolitischen Ertrag. Dies nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ hinsichtlich der Qualifikationen und des Einkommens.

5.2 Produktion von Bildungs- und Gesundheitsgütern aus einem Guß – Warum Finnland Spitze ist.

Seit den PISA-Studien hat sich Finnland in der deutschen Wahrnehmung als die weltweit führende Bildungsnation etabliert. Mit nicht weniger Berechtigung darf dieses Urteil erweitert werden: Finnland verfügt unter allen untersuchten Ländern über das bei weitem effektivste und effizienteste Gesundheitssystem. So lag Finnland 1960 bei der durchschnittlichen Lebenserwartung deutlich unter den anderen skandinavischen Ländern und hinkte auch Deutschland etwas hinterher. Mit Island, Schweden und Norwegen hat es bei der Lebenserwartung zwar nicht gleichgezogen, wohl aber Dänemark überrundet und sich vor Deutschland platziert. Bei Outcome-Indikatoren, die üblicherweise im Mittelpunkt der Betrachtung stehen wie die durchschnittliche Lebesnerwartung von Männern und Frauen, die Geringhaltung von gesundheitlichen Risiken (Raucherquote, Quote der Adipösen) reicht Finnland noch nicht an Island und Schweden heran, die hier die besten Werte aufweisen. Aber die Fortschritte sind überdurchschnittlich und bei weniger beachteten Indikatoren wie dem Anteil von über 65-Jährigen mit schweren gesundheitlichen Einschränkungen hat sich Finnalnd international an die Spitze gearbeitet und Schweden hinter sich gelassen. Die Analyse zahlreicher Einzelaspekte (Entwicklung von Krankheits-Prävalenzen, Reduktion von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter, Wissenstransfer…) ergab so zwar teilweise für Schweden, teilweise für Norwegen, teilweise für Island und teilweise (Selbstmordhäufigkeit) für Deutschland bessere Ergebnisse. Insgesamt jedoch platziert sich Finnland nicht nur unter den Vergleichsländern, sondern auch im weiteren OECD-Kontext gut. Die insgesamt guten Ergebnisse werden mit finanziellen Ressourcen anteilig am BIP von nur knapp 8 Prozent erreicht. Das „Preis-Leistungs-Verhältnis" ist daher sehr gut, denn Deutschland erreicht mit relativ wesentlich höheren Ausgaben nicht mehr, tendenziell sogar weniger für die Gesundheit der eigenen Bevölkerung.[289] Der Gesundheitsoutcome von Schweden und Island ist überwiegend besser; der von Norwegen teilweise besser. Island und Norwegen setzen dafür jedoch finanzielle Ressourcen ein, die dem deutschen Niveau entsprechen. Als Kandidat für ein ähnlich gutes Preis-Leistungsverhältnis wie in Finnland kommt damit nur noch Schweden in Frage. Die Entscheidung zwischen den beiden skandinavischen Ländern ist nicht eindeutig, neigt sich bei Betrachtung der Trends, die sich seit Mitte der 90er Jahre abzeichnen, je-

[289] Die Lebenserwartung ist in Deutschland etwas niedriger, die Kindersterblichkeit höher, es gibt weit mehr mehr Krankenhausinfektionen, geringere Erfolge bei der Senkung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und eine höhere Häufigkeit von krebsbedingten Todesfälle. Im Gegenzug gibt es in Finnland mehr Alkoholismus und eine weit höhere Selbstmordhäufigkeit.

doch in Richtung von Finnland. Es gibt zwei große Problemfelder, wo die Prognose schwierig ist. Das eine Thema sind die traditionell hohen Selbstmordraten. Trotz deutlicher Fortschritte gehört Finnland innerhalb der EU27 zu der Ländergruppe mit bei Männern überproportionalen Selbstmordraten. Das andere Thema ist die in den letzten Jahren wieder stark zugenommene Alkoholproblematik, die mit der Selbstmordhäufigkeit positiv korreliert ist. Dieses in allen skandinavischen Ländern untergründig virulente Problem war praktisch unter Kontrolle. Für die Anpassung an die Regeln des EU-Binnenmarktes (Freiheit des Warenverkehrs…) zahlt Finnland jedoch einen Gesundheitspreis, während Schweden mit schwindendem Erfolg das staatliche Alkoholmonopol (noch) gegen Liberalisierungsvorgaben aus Brüssel zu verteidigen sucht. So steht die Einschätzung, dass Finnland in der Gesamtbetrachtung nicht nur über das beste Bildungssystem, sondern unter den Vergleichsländern auch über das effektivste und effizienteste Gesundheitssystem verfügt unter dem Vorbehalt, dass das Alkoholismusproblem trotz der ungünstigen Rahmenbedingungen innerhalb der EU erfolgreich angegangen werden kann.

Die geringe Höhe an Finanzmitteln, mit denen es in Finnland gelingt, im internationalen Vergleich gute Outcome-Ergebnsise zu erreichen, zeigt, wie interessengeleitet die Klagen der Leistungserbringer im finanziell wesentlich besser ausgestatteten deutschen System über eine angebliche Unterfinanzierung sind. Anlass zum Nachdenken bietet auch der Befund, dass die Verbesserungen unter den Rahmenbedingungen von demografischem Wandel und medizinischem Fortschritt erfolgt sind. Der demografische Wandel hat in einigen Regionen von Nord- und Ostfinnland zu erheblichen demografiebedingten Kostensteigerungen geführt. Trotzdem gelang es bisher, mit relativ stabilem finanziellen Ressourceneinsatz (öffentliche und private Mittel) gleichzeitig die Effektivität der Leistungen und die Qualitätssicherung zu verbessern. Manche Ansätze, die dabei entwickelt wurden, sind außerordentlich innovativ und auch in den Systemkontext des stärker marktnahen deutschen Systems übertragbar. So verfolgt Finnland eine Priorisierungsstrategie, die nicht Leistungen oder Krankheiten priorisiert, sondern krankheitsbezogen Leitlinien zu Diagnose und Behandlung zur Anwendung bringt. Abgerundet wird das Bild durch die verglichen mit Deutschland weit höhere Beschäftigungsintensität. Zwar gibt es in Deutschland relativ mehr Ärzte; diese Differenz ist jedoch geringer als vermutet und aktuell (2006) fast verschwunden. Bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die analog den anderen skandinavischen Ländern in einem hohen Maße auf einem semi-akademischen Niveau gegesiedelt sind, besteht eine fiktive Beschäftigungslücke von Deutschland im Vergleich zu Finnland in der Größenordnung von über einer Million Arbeitsplätze. In der Saldierung von Ärzten und Pflegekräften errechnet sich im Minimum eine Lücke auf deutscher Seite von noch gut 900.000 Arbeitsplätzen. Bei Gegenrechnung der im deutschen System hö-

heren Verwaltungskosten, damit eines höheren Anteils von Verwaltungskräften, würde sich die Lücke etwas vermindern. In welchem Umfang bleibt offen. Zudem: Ein Gesundheitssystem sollte so strukturiert sein, dass die Erbringung von Gesundheitsleistungen zwar gut geplant wird, überflüssige Verwaltungstätigkeit, die nur der Beschäftigung des Systems mit sich selbst dient, aber möglichst vermieden wird. Derartig überflüssige Verwaltungstätigkeiten dürfte es im deutschen Gesundheitssystem reichlich geben.

Sowenig wie das gute finnische Abschneiden bei Bildungsindikatoren, wobei die PISA-Ergebnisse nur ein Aspekt sind, auf einen einzigen Faktor zurückgeführt werden kann, so wenig gibt es einen einzigen Schlüssel, um die hervorragende Relation zwischen Gesundheitsoutcome und knappem Einsatz finanzieller Ressourcen zu erklären. Als wesentlich wurden die grundlegenden Strukturen und die Prozesssteuerung in diesen Strukturen identifiziert. Finnland ist unter den Vergleichsländern das Land mit den am stärksten integrierten Strukturen. Der beschäftigungspolitische Erfolg resultiert aus einer anderen Mittelverwendung. Während in Deutschland erhebliche Mittel darauf verwandt werden, die komplizierten Strukturen eines korporatistisch-selbstverwalteten Systems mit einigen tausend hochverdienenden Gesundheitsfunktionären (Vorstände von 241 GKV-Kassen, Vorstände von PKV-Kassen, Vorstände der KVen usw.), eine doppelte Facharztschiene, Spitzengehälter bei einem Teil der Ärzte (männliche niedergelassene Fachärzte und Klinikchefärzte) und zunehmend auch noch die private Gewinnaneignung von Krankenhauskonzernen zu finanzieren, arbeitet das finnische System mit schlank-vernetzten Strukturen ohne große Einkommensunterschiede. Mit dem durchschnittlichen Bruttogehalt eines niedergelassenen deutschen Facharztes können in Finnland, aber auch in Schweden und im dänischen öffentlichen Sektor die Personalkosten eines Teams aus Arzt, akademisch ausgebildeter Public Health Nurse und mittelqualifizierter Practical Nurse finanziert werden. Bei einem männlichen niedergelassenen Fachtarzt, kann in der Gegenrechnung das Team noch um eine Pflegehelferin aufgestockt werden. Die Studie hat zu diesem Aspekt nur eine grobe erste Sichtung vorgenommen. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, der auch das Thema „Overhead- und Verwaltungskosten" mit einschließen sollte. Die Verwaltungskosten liegen in Finnland sehr niedrig. Ein Vergleich mit Deutschland ist aber schwer möglich, da nur die GKV rechtlich verpflichtet ist, ihre Verwaltungskosten offen zu legen. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Jahrbuch 2006: 248) belaufen sich die Ausgaben für Verwaltungsleistungen auf 5,5 Prozent (2004) der Gesamtausgaben gegenüber 2,8 Prozent in Norwegen und knapp 2 Prozent in Finnland.

Die Zurückweisung monokausaler Erklärungen kann nicht bedeuten, additiv alles aufzulisten, was irgendwie Einfluss hat. Es ist wie bei einem Netz. Die Knoten im Netz halten das Netz zusammen. Ohne sie bricht alles zusammen. Es war nicht Gegenstand dieser Studie, Erklärungsfaktoren und ihre wechselseitige Abhängigkeit zu identifizieren. Trotzdem ergaben sich starke Hinweise auf zwei Faktoren, die als zentral angesehen werden können.

Langfristig strategische Anlage im Rahmen von transparenten und verlässlichen Strukturen.

Während das deutsche Gesundheitssystem aufgrund von Überkomplexität fast bewegungsunfähig ist, hat das finnische System eine hochintegrierte, einfache Struktur. Neuen Herausforderungen begegnet man eher durch Binnendifferenzierung als durch die Schaffung von Parallel- und Doppelstrukturen. Derartige Parallel- und Doppelstrukturen finden sich in Deutschland zuhauf, bei der Darstellung des deutschen Systems habe ich einen besonderen Blick darauf geworfen. Die dem deutschen System fehlende Transparenz lässt sich gleichwohl allein über die undurchsichtige Struktur mit ihren Black Boxen nicht zureichend erklären. An Transparenz fehlt es in Deutschland durchgängig. Ob Lebensmittelüberwachung, Nebeneinkünfte von Parlamentariern, Vorstandsbezüge börsennotierter Unternehmen, das Gezerre um das am 01.01.2006 schließlich in Kraft getretene Informationsfreiheitsgesetz (IFG) oder eben der nicht offene Umgang mit Fehlerketten in Krankenhäusern; in allen erdenklichen Bereichen stoßen wir auf eine Kultur der Abschottung, des Misstrauens und der Geheimhaltung. Hier liegt ein kulturelles Muster der Angstregulation vor, das sich in unterschiedlichsten Zusammenhängen Geltung verschafft. Langfristige strategische Planung wie sie in Finnland, aber auch in Norwegen und Schweden über Fristen von 4 Jahren (Budgetpläne) bis zu einer Dauer von 10 Jahren und länger (Rahmenpläne zur Erreichung von Gesundheitszielen, von Weiterbildungszielen usw.) existieren und über die Parallelschaltung eines Monitoringsystems bei Verknüpfung von inhaltlichen Zielen mit der Bereitstellung von Ressourcen in der Praxis unterschiedlich gut funktionieren, gibt es in Deutschland kaum. Strategische Planung ist in Deutschland weniger auf den wohlfahrtsstaatlichen Outcome, damit auf die Quantität und Qualität öffentlicher Güter bezogen, als auf die Realisierung ordnungspolitischer und stabilitätspolitischer Prinzipien (Prinzip der Subsidiarität, Sicherung der Beitragsstabilität usw.) Langfristig angelegte strategische Planung wächst in Finnland von unten, ist also keine Kopfgeburt von Bürokraten. In den Strategiebildungsprozess sind unterschiedliche Akteure (öffentliche, private, zivilgesellschaftliche) eingebunden. Nur so lässt sich Bildung und Gesundheit für alle realisieren. Es bedarf langfristiger Planung und nachhaltig finanzierter Strukturen. Mit den Gesetzmäßigkeiten privater Wohlfahrtsmärkte (kurzfristige Renditeorientierung; Ausrichtung an kaufkräftigen Kunden…) ist die Aufgabenstellung der Produktion und Finanzierung eines öffentlichen Gutes kaum kompatibel. Dass private Anbieter einbezogen werden, schließt dies nicht aus. Ihnen das Geschäft zu übertragen, begründet jedoch eine Dynamik, bei der der Staat sukzessive an Steuerungsfähigkeit einbüsst, weil er Know-how verliert und die Definition der Spielregeln an die mächtigen Gruppen unter den privaten Akteuren übergeht.

Leistungs-, Gewährleistungs- und Regulierungsebene stützen sich beim Staatshandeln wechselseitig

Der zentrale Knoten im Netz sowohl bei Bildung wie bei Gesundheit ist der Staat als Leistungsstaat. Er übernimmt direkt Verantwortung für eine zielwirksame, hohen Qualitätsnormen entsprechende und dabei möglichst kosteneffiziente Güterproduktion. Im Kern leistet er selbst. An den Rändern überträgt er Aufgaben (Verantwortung der Betriebe für Gesundheitsförderung) und kauft Flexibilität von privaten Dienstleistern ein. Möglicherweise gibt es zukünftig auch ein Mehr an Kooperationen mit Privatunternehmen, wie es teilweise gefordert wird, bislang aber nur wenig zustande kam. Dadurch, dass der Staat als Leistungsstaat das Geschäft

selbst beherrscht und laufend weiterentwickelt, ist er unabhängig von Partikularinteressen. Dies ist eine wesentliche Bedingung für „political governance" als Form der Entscheidungsfindung und Politikgestaltung innerhalb eines legitimen und verlässlichen Staatswesens. In Deutschland gibt es diese Unabhängigkeit theoretisch und der Tendenz nach im Schulsystem. Kultusministerien können, müssen aber Know-how nicht aus dem Privatsektor einkaufen. Sie können Wissen unabhängig generieren, z.B. mit unterschiedlichen Klassenstärken unterschiedliche Unterrichtskonzepte erproben und die besten Ergebnisse dann flächendeckend implementieren. Oder probeweise Sonderschulen abschaffen und an Grundschulen bei gleitendem Übergang vom Kindergarten Integration über Individualförderung realisieren. Für die Gesundheitspolitik gilt dies nicht. Hier agiert der deutsche Sozialstaat als Gewährleistungsstaat, der in seiner Entscheidungsfindung nicht unabhängig ist, über wenig eigenes Know-how verfügt und bei der Politikimplementation davon abhängig ist, dass die Vertreter von Partikularinteressen mitspielen. Die deutsche Staatsüberforderung ist weniger eine Überforderung des Leistungsstaates als eine Überforderung des Gewährleistungsstaates, der mit hohem Steuerungsaufwand nur bescheidene Steuerungserfolge erzielt. Der Umfang der Gesetze und Verordnungen, die von den für Gesundheit zuständigen Ministerien von Bund und Ländern während der letzten 15 Jahre verabschiedet wurden, beläuft sich auf zehntausende von Seiten. Dem stehen auf skandinavischer Seite einige hundert Seiten gegenüber. Zwar ist die Verfasserin nicht in der Lage, die finnischen Texte zu lassen. Dass hier ein völlig anderer Steuerungstyp staatlichen Handelns vorliegt, ist jedoch offensichtlich. Im historischen Rückblick liefern die 80er Jahre eine Erklärung für die Divergenz. New Public Mangement kam in Deutschland verspätet an und wurde danach überwiegend rein technokratisch als ein Instrument staatlicher wie kommunaler Sparpolitik aufgegriffen wie umgesetzt. In den skandinavischen Ländern wurde ein breiter Experimentierraum eröffnet, um im Rahmen einer wertebasierten Steuerung einen ganzheitlichen Reformansatz zum Tragen zu bringen, der zu mehr Effizienz und mehr Bürgernähe öffentlicher Leistungserstellung führt. Dieser Prozess, der in der Literatur unter Begriffen wie „free communal experiments" (Baldersheim 1993; Harisalo/Niiranen 1994; Martin et al. 2005) behandelt wird, setzte einen enormen Innovationsschub frei. Statt die Strategie „Ökonomisierung durch Privatisierung" einzuschlagen, wurden Strategien der Effizienzsteigerung öffentlicher Dienstleistungsproduktion entwickelt. In Finnland wie in den anderen skandinavischen Ländern.

Beide Aspekte sind nicht unabhängig voneinander, sondern bedingen sich wechselseitig, Dazu kommt, dass bei der Politikausrichtung nicht der fachspezifische, sondern der integrative Blick dominiert. Dies wiederum materialisiert sich in den Strukturen, die die Entwicklung von systemischen Eigenlogiken dadurch begrenzen, dass die Systeme ineinander verschränkt sind. Gesundheitspfleger/-innen arbeiten eben nicht nur in Gesundheitszentren und Krankenhäusern, sondern auch in Schulen und Kindergärten. Ärzte sind eben nicht nur medizinisch gebildet, sondern haben auch Familienplanung gelernt. Usw. Obwohl die Philosophie des „*ein Rad greift in das andere*" (Matthies 2004) auch in den anderen skandinavischen Ländern angetroffen wird, deutet sich an, dass die Umsetzung in Finnland besonders gut funktioniert. Wo unter Überschriften wie „Holistic Governance" (Dingeldey 2006) andernorts darüber diskutiert wird, wie unterschiedliche Politiken besser koordiniert werden können, zeigen die finnischen kommunalen Gesundheitszentren wie auch das dort hoch-integrierte Bildungssystem, dass ganzheitliche Politik nach mehr verlangt als lediglich der besseren Koordinierung von Ressortinteressen und Akteursgruppen. Wirkmächtig kann ein ganzheitlicher Politikansatz nur dann werden, wenn es bei der

Leistungserstellung selbst zu einer Rücknahme funktionaler Differenzierung kommt. Dadurch kann dem Luhmannschen Steuerungspessimismus (Luhmann 1981) ein Schnippchen geschlagen werden.
Die gleichzeitige Betrachtung von Bildung und Gesundheit eröffnet Vergleichsmöglichkeiten, die sonst verdeckt blieben. In Finnland wie tendenziell auch in den anderen skandinavischen Ländern werden die Systeme von Bildung und Gesundheit weitgehend aus einem Guß heraus gestaltet. Träger gleichermaßen für die gesundheitliche Primärversorgung wie das primäre Bildungssystem von der vorschulischen Bildung bis zur Sekundärstufe II sind die Kommunen und Regionen. Sie unterliegen einer zentralstaatlichen Globalsteuerung mit relativ wenig Detaileingriffen. Entscheidend ist, dass grundlegende Werte gelebt und Bildungs- wie Gesundheitsziele erreicht werden. Die Verantwortlichen vor Ort müssen selbst entscheiden, wie sie Ressourcen dafür am besten einsetzen, erhalten Staatszuschüsse aber nicht voraussetzungslos. Die auf der Primär- und Sekundärbildung aufbauende tertiäre Bildung liegt in der Zuständigkeit der Zentralregierung; die auf die medizinisch-pflegerische Primärversorgung aufbauende fachärztliche Versorgung und die Vorhaltung einer spezialisierten Klinikinfrastruktur ist innerhalb des skandinavischen Länderblocks dagegen unterschiedlich geregelt. In Dänemark, Finnland und Schweden sind die Zuständigkeiten dezentralisiert, in Norwegen und Island wurden sie rezentralisiert. Um den öffentlich gestalteten und finanzierten Kernbereich herum gibt es an der Peripherie einen privaten Markt. Die Träger öffentlicher Leistungserstellung binden Anbieter von dort teilweise in ihre Leistungserstellung ein. So ist es in Finnland nicht unüblich, dass Ärzte mit eigener Privatpraxis zur Aushilfe oder auf Teilzeitbasis zugleich in den öffentlichen Gesundheitsdienst mit eingebunden sind. Die Ärzte haben dadurch ein von ihrer selbstständigen Tätigkeit unabhängiges Grundeinkommen und die kommunalen Gesundheitszentren gewinnen an Flexibilität.

Der Gestaltung aus einem Guß steht auf deutscher Seite entgegen, dass das Gesundheits- und das Bildungssystem völlig unterschiedlich aufgebaut, organisiert, finanziert und gesteuert sind. Das Bildungssystem ist ein öffentliches System primär in der Zuständigkeit der Bundesländer. Hier am ehesten gäbe es Möglichkeiten einer integralen Politik. Einmal auf das Kita-, Schul- und Hochschulsystem bezogen; in der Weiterung dann aber auch mit Blick auf Landeskrankenhäuser und die in der Länderzuständigkeit angesiedelten Gesundheitsämter. Abgesehen von diesen Teilbereichen ist das Gesundheitssystem kein öffentliches System, sondern ein dual aufgebautes Versicherungssystem. Die auf Arbeitnehmer unterhalb der Versicherungspflichtgrenze gerichtete gesetzliche Krankenversicherung mit immer noch um die 240 verschiedenen Kassen ist umlagefinanziert und basiert

auf dem Prinzip der Solidarität. Die private Vollversicherung folgt den Strukturprinzipien einer ganz normalen Versicherung mit einigen Besonderheiten. So steigt bei einer Hausratsversicherung das Schadensrisiko nicht, je älter der Inhaber der Police ist. Bei einer Krankenversicherung steigen dagegen die durchschnittlichen Leistungsausgaben von einer Alterskohorte zur nächsten. Damit die Beiträge der älteren Mitglieder nicht ins Unermessliche steigen, werden Altersrückstellungen gebildet. Da diese bislang bei einem Versicherungswechsel nicht portabel sind, gibt es faktisch nur sehr beschränkte Möglichkeiten des Versicherungswechsels. Daran wird sich auch nach der jüngsten Reform wenig ändern. Volle Portabilität der Altersrückstellung findet zukünftig nur dort statt, wo ein PKV-Versicherter innerhalb seiner Versicherung in einen anderen Tarif wechselt. Von der PKV als freiwillig Versicherter in die GVK zurückzukehren, bleibt ausgeschlossen. Bei den umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenkassen besteht dagegen freie Kassenwahl und oberhalb der Versicherungspflichtgrenze die Möglichkeit des Wechsels zur PKV. Das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Systeme bei der Finanzierung, findet sich auch auf Seite der Leistungserstellung. Das System der ambulanten Versorgung mit niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und nicht-ärztlichen Heilberufen folgt anderen Regeln und einer anderen Logik als das stationäre System. Entsprechend groß sind die Reibungsverluste an den Schnittstellen der Teilsysteme. Zwar ist die Schaffung integrierter Versorgungsangebote schon lange ein Thema, mit der Gesundheitsreform 2000 sollten solche Ansätze verstärkt Realität werden.[290] Fakt ist jedoch, dass wenig in dieser Richtung umgesetzt wurde. Dass integrierte Konzepte, die die gesamte Versorgungskette umschließen, realisiert werden, hängt an Zufälligkeiten und Einzelfaktoren. Strukturen, die flächendeckend eine bessere Verzahnung von ambulantem und stationärem System vorsehen, gibt es nicht. Auch von der Finanzierungsseite her stehen die Anreize eher gegen Integration. Die politische Steuerung dieses Systems erweist sich als außerordentlich schwierig bis unmöglich. Zugespitzt formuliert: Das deutsche Gesundheitssystem ist ein System organisierter Verantwortungslosigkeit mit vermachteten Strukturen, wo jenseits demokratischer Legitimation Verbandsfunktionäre den ihnen zugänglichen Teilbereich steuern und prägen. Angesichts der erheblichen Finanzressourcen, die in dieses System fließen, bleibt der Outcome bescheiden.

---

[290] Die Reform gab den Krankenkassen Instrumente an die Hand, um ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anbieten zu können, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer , ambulanter und stationärer Bereich koordiniert zusammenwirken sollen. In den Erläuterungen zur Gesundheitsreform 2000 wird die richtige Erkenntnis formuliert „*Man muss das System so umgestalten, dass Kooperation sich für die Beteiligten mehr lohn als gegenseitige Abschottung und Konkurrenz. Dies ist der Sinn der integrierten Versorgung*." (Bundesministerium für Gesundheit 2000: 4)

5.3 Von der Bildungsschicht zur Bildungsgesellschaft? Deutsche Bildungspolitik auf Siegfrieds Spuren

Die skandinavischen Länder sind auf dem Weg zu Bildungsgesellschaften gut vorangekommen. Finnland gilt geradezu als Musterbeispiel einer Bildungsgesellschaft. Nicht weniger strebt freilich auch Schweden schon seit den 70er Jahren in diese Richtung. Der Ende der 60er Jahre von den regierenden Sozialdemokraten unter dem Vorsitz von Alva Myrdal erstellte Alva-Myrdal-Report benannte das Entstehen einer Bildungsgesellschaft als ein Ziel schwedischer Gleichheitspolitik. In einem reformierten Bildungssystem, das die Weichen in Richtung Bildungsgesellschaft stellt, sah man „ein *wirksames Mittel, um die Gleichheit in der Gesellschaft zu fördern.*" Die Bildungsplanung müsse zukünftig „*das ganze Leben des Staatsbürgers als eine Einheit zu sehen*", denn werde erst das bestehende geschlossene Bildungssystem verlassen und ein ständiges „*Wechselspiel zwischen Ausbildung und Beruf*" eingeführt, könnten die traditionellen Bewertungen verschiedener Berufe überwunden und das wechselseitige Verständnis der verschiedenen Gruppen und Generationen gefördert werden (Menningen 1971: 65ff). Die Bildungsdynamik, die die skandinavischen Länder seit dem in den 70er Jahren eingeleiteten Paradigmenwechsel erfasst hat, folgte diesen programmatischen Ansagen. Die Strukturen wurden auf das Ziel hin ausgerichtet, die Finanz- und Personalausstattung angepasst, die Rolle des Lehrers neu definiert usw.[291]

Keine Frage, verspätet ist auch das deutsche Schulsystem in Bewegung geraten.[292] Es wurde erkannt und ist zwischenzeitlich breit akzeptiert, dass das Fundament für Bildungskarrieren in den ersten Lebensjahren gelegt wird. An der Aufwertung der Elementarbildung wird gearbeitet. Tabelle 1 gab einen Überblick über die Vielzahl von Baustellen, die die Bundesländer auf diesem Felde errichtet haben. Auch im allgemeinbildenden Schulsystem sind allerhand Reformbaustellen errichtet worden von der Einführung eines Zent-

---

[291] Im Report heißt es dazu: „Die Individualisierung muss weitgehen und dazu beitragen, die verschiedenartige Herkunft der Schüler zu neutralisieren…Das setzt voraus, dass der Lehrer einen guten Kontakt zu jedem Schüler und dessen sozialem Milieu erreicht. Die pädagogische Funktion des Lehrers wird sich damit wesentlich ändern. Die erste Aufgabe des Lehrers wird nicht mehr sein, als Fachmann seines Gebietes aufzutreten, sondern als Inspirator und Ratgeber der Schüler…" (zitiert nach Menningen 1971: 79)

[292] So konnten beim *Bildungsmonitor 2006 der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM)* Verbesserungen registriert werden. Zwischen den Bundesländern fielen sie unterschiedlich aus. Im föderalen Ranking arbeitete sich Sachsen an die Spitze, während Bayern von Platz 1 auf Platz 3 und Hessen gar von Platz 10 auf Platz 15 abrutschte, was auffällig kontrastiert mit dem Anspruch der Hessischen Landesregierung, bald zum innerdeutschen Bildungssieger aufzusteigen. Für sich allein betrachtet, sind die Fortschritte erfreulich. Dass andere Länder weit größere Fortschritte machen, Deutschland international also nicht aufholt, sondern im Gegenteil den Anschluss zu verlieren droht, wird dabei nur zu gerne übersehen. (Der jährlich erscheinende Bildungsmonitor der INSM nimmt mit einem bildungsökonomischen Leitbild eine laufende Bestandsaufnahme der Entwicklung in den 16 Bundesländern vor. Für den Bildungsmonitor 2006 wurden die Daten bis 2003 berücksichtigt.)

ralabiturs bis zur Aufwertung der Schulleiterposition. Ist es also nur eine Frage der Zeit, bis all die Reformen, die sich im gegliederten Schulsystem in der Umsetzung befinden, derart Früchte tragen, dass Deutschland international zu den derzeit führenden Bildungsnationen, zu denen unbestreitbar die skandinavischen Länder gehören, aufschließt? Die in dieser Studie zusammengetragenen Befunde lassen diese Erwartung als illusionär erscheinen. Auch wenn sich in Deutschland einiges nach vorne bewegt, ist doch die Dynamik gebremst. Der Reformstress, mit dem die Institutionen des deutschen Bildungssystems seit einigen Jahren überzogen werden, steht in einem eklatanten Missverhältnis zum Outcome. Bei der Frage nach den Gründen, lohnt es sich bei einem grundlegenden Widerspruch zu verharren. Die deutschen Bildungspolitiker nennen als Ziele des deutschen Bildungssystems bestmögliche Bildung für alle, die Gewährung von gleichen Bildungschancen, die breite Entfaltung der Potentiale und Talente der eigenen Bevölkerung, die Integration von Kindern/Jugendlichen mit Migrationshintergrund usw. Auch volkswirtschaftlich könne man es sich „*gar nicht leisten, auch nur eine Begabung zu verschleudern*", heißt es.[293] Gleichzeitig halten die politischen Entscheidungsträger an einem System der Verschleuderung von Begabungen fest; an einem System, dessen Strukturen auf soziale Schichtung im Sinne einer mehrstufigen sozialen Segmentierung hin angelegt sind. Dort, wo die bewussten und die unbewussten Ziele nicht übereinstimmen, wo nach außen Ziele verkündet werden, deren Erreichung gar nicht wirklich beabsichtigt ist, zeigt sich der Widerspruch am Verhalten der Akteure. Die diversen Delegationen von deutschen Politikern, Gewerkschaftsfunktionären, Lehrern, die in den letzten Jahren Bildungseinrichtungen in Finnland besucht haben, waren stets erstaunt wie locker-entspannt es dort zugeht, wie wertschätzend sich Lehrer, Schüler, Eltern und das ganze weitere Schulpersonal begegnen, wie wenig Lehrer unter überforderungsbedingten Burn-out-Symptomen leiden, weil sie im Team arbeiten und sich auf das Unterrichten von Kindern konzentrieren können; für Schulgesundheitsfragen, für Erziehungsprobleme etc. stehen andere Fachkräfte bereit. Die entspannt-lockere Athmosphäre und das kooperative Miteinander zeigen an: Hier deckt sich die Logik der Strukturen, innerhalb derer Lernprozesse organisiert werden, mit den verkündeten bildungspolitischen Zielen. In Deutschland dagegen geht beides auseinander. Wie Siegfried im Nibelungenepos versucht man es mit einer Tarnkappe, Beobachter von außen fallen darauf aber nicht immer herein. Dies wiederum löst aggressive Abwehrreaktionen aus. Man möchte sich nicht mit den Augen der

---

[293] So die SPD-Bundestagsabgeordnete und Vorsitzende des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung Ulla Burchardt in einem Beitrag für die Rubrik Standpunkte der FR. Burchardt, Ulla

anderen sehen müssen, denn dies würde die Konfrontation mit den unbewussten, den wahren Zielen des deutschen Bildungssystems nach sich ziehen. Davor aber wollen sich nicht nur konservative, sondern auch das Gros der sozialdemokratischen Bildungspolitiker bewahren. Die Angst vor einem neuen Kulturkampf um die Grundstruktur des deutschen Bildungssystems und die Angst vor dem Infragestellen der seit über einer Dekade auf Ebene des Bundes wie einiger Länder sozialdemokratisch verantworteten Finanzpolitik, die einen bildungsinvestiven Sozialstaat deklamiert, aber finanzpolitisch nicht wirklich verfolgt, ist weit größer als die Angst vor dem Festhalten an einer Gesellschaft, die Bildungschancen auch weiterhin nach sozialem Status ungleich zuteilt und damit nicht nur wirtschaftliche Potentiale verspielt, sondern Ausgrenzungen aus der Gesellschaft über Prozesse der Langfristarbeitslosigkeit, der Prekarisierung von Erwerbsarbeit und der Nicht-Integration von Migrationskindern organisiert. Zuletzt lieferte der Bericht, den der UN-Inspektor und Menschenrechtsbeauftragte Vernor Munoz im März 2007 nicht vor irgendeinem UN-Gremium, sondern vor dem Menschenrechtsrat zum deutschen Schulsystem abgab, ein psychologisch aufschlussreiches Lehrstück. Das dreigliedrige deutsche Schulsystem diskriminiere arme Kinder, Kinder mit Migrationshintergrund und Behinderte, lautete die Anklage. Deutschland habe Defizite bei der Erfüllung des Menschenrechts auf Bildung, stand dahinter. Da die Frage, ob er vielleicht Recht hat, nicht zugelassen werden dürfte, reagierte das Gros der deutschen Bildungspolitiker, angefangen bei Jürgen Zöller (SPD), dem Präsidenten der KMK, über den hessischen Ministerpräsidenten Roland Koch (CDU) bis zu den Gralshütern des deutschen Gymnasiums (Philologenverband etc.) aggressiv und überheblich. Der Bericht sei kalter Kaffee (Heinz-Peter Meidinger, Vorsitzender des Philologenverbandes), der Herr selbst „Teil des internationalen Gesamtschulkartells" (Josef Kraus, Präsident des deutschen Lehrerverbandes) und er habe das komplexe deutsche Schulsystem einfach nicht verstanden (Roland Koch), hieß es.[294] Angesichts der empirisch belegten extremen Selektionswirkungen des deutschen Schulsystems, der Abhängigkeit des Bildungserfolgs vom sozioökonomischen Status der Eltern gibt es für die harsche Abwehr wenig gute Argumente. Sich mit dem Blick von außen ernsthaft zu befassen, ist unerlässliche Voraussetzung für den bisweilen schmerzlichen Weg zur Selbsterkenntnis. Mehrheitlich ist die politische Elite Deutschlands offensichtlich (noch) nicht bereit, sich darauf einzulassen. Das neue Argument lautet: Schulstrukturen sind

---

(2007): Auch Hans kann noch was lernen, in: FR Nr. 77 v. 31.3.2007, S. 8

[294] Zitiert nach „Gegenwind für den Inspektor" von Andreas Friedrich, in: LVZ v. 22.03.2007, S. 2 und „UN-Bericht wirft deutschen Schulen Diskriminierung vor" in: FTD.de, 21.03.2007: http://www.ftd.de/politik/-deutschland/:Uno%20Bericht%20Schulen%20Diskriminierung/176359.html

nicht wichtig; es geht um Lernprozesse. Dass es um Lernprozesse geht, ist unstreitig. Bezweifelt werden muss jedoch, dass die Realisierung von Chancengleichheit in Strukturen möglich ist, deren Logik gerade in der Verhinderung von Chancengleichheit besteht. Dort wo im Einzelfall günstige Umstände zusammenkommen, dürfte es möglich sein, gegen die verdeckte Logik des überkommenen Systems auch sozial benachteiligte SchülerInnen so zu fördern, dass sie ihre Potentiale voll entfalten können. Dies bleiben notwendigerweise Einzelfälle ohne Breitenwirkung. Sie haben eine Legitimierungsfunktion. Gleiches gilt für die Einzelbeispiele von hervorragenden Kindertagesstätten und hervorragend arbeitenden Schulen. Sie beweisen lediglich, dass dort, wo weit überdurchschnittlich fähige, motivierte und belastbare LehrerInnen mit anderen Glücksfällen zusammentreffen, auch innerhalb der deutschen Strukturen exzellente pädagogische Arbeit möglich ist. Der Normalfall sind aber nicht Helden und das glückliche Zusammentreffen bestimmter Umstände. Durchschnittlich fähige, begrenzt motivierte und nicht über die Maßen belastbare LehrerInnen sind die Regel. Nach den Erkenntnissen der Potsdamer Lehrerstudie (http://www.dbb.de/dbb-beamtenbund-2006/3151_3629.phlogie) bilden sie die überwältigende Mehrheit. Politik muss sich an den real existierenden Lehrern und Lehrerinnen orientieren. Sie benötigen unterstützende und entlastende Strukturen. Diese aber gibt es eher ausnahmeweise und nicht als Regelfall.

Stellen wir also noch einmal die im deutschen Schulsystem wirksamen Ideen und Prinzipien klar heraus. Grundlegend für das deutsche Bildungssystem ist die Mehrgliedrigkeit der Allgemeinbildung. Dieser Mehrgliedrigkeit mit unterschiedlichen Bildungswegen, denen unterschiedliche Schularten (Hauptschule, Realschule, Gymnasium) zugeordnet sind, liegt das Ideal einer ständisch geprägten Gesellschaft zugrunde, in der jeder die seinem Stand entsprechenden Begabungen so entfalten kann, dass er anschließend im Erwerbssystem eine Berufsposition einnehmen kann, die einen dem Bildungsweg entsprechenden Status verleiht. Die dem System zugrunde liegende Begabungsidee[295] ist wissenschaftlich längst widerlegt. Kinder verfügen nicht über feststehende Begabungen, die früh erkannt und zur Grundlage für die Einweisung in unterschiedliche Bildungswege gemacht werden können. Auch sind derartige Vorstellungen stark mit vergangenen, vordemokrati-

---

[295] Bei genauer Betrachtung findet sich die Begabungsideologie auch in einigen Länderverfassungen. Während es in Artikel 4 I der Nds. Verfassung einfach heißt: „Jeder Mensch hat das Recht auf Bildung", findet sich in anderen Landesverfassungen eine Legitimation für „begabungsgerechte" Selektion. So heißt es in Artikel 8 der Verfassung von Mecklenburg-Vorpommern vom 23. Mai 1993: „Jeder hat nach seiner Begabung das Recht auf freien Zugang zu allen öffentlichen Bildungseinrichtungen" Siehe Niedersächsische Verfassung vom 19. Mai 1993 (Nds. GVBl. S. 107), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Januar 2006 (Nds. GVBl. S. 58 und GVOBl. M-V 1993, S. 372.

schen Epochen verknüpft. Offen vertreten werden sie daher nur noch selten.[296] Was die Begabungsidee zur Ideologie macht, ist die starre Einteilung in eine »praktische« und eine »theoretische« Begabung. Menschen mit praktischen Begabungen landen über die Bildungswege von Haupt- und Realschule in praktischen Berufen (Facharbeiter, Handwerker, mittel qualifizierte Dienstleister), Menschen mit theoretischen Begabungen machen Abitur und studieren. Hier genau spiegelt sich das Ideal einer ständischen Gesellschaftsordnung. Auf einem anderen Blatt steht, dass gleichverteilte Begabungen bei Menschen eher selten sind und es natürlich auch so etwas wie Spezialbegabungen (für Sprachen, für Musik, für Mathematik, für Tanz usw.) gibt, die besonderer Förderung bedürfen. Nur dort jedoch, wo für alle Kinder ein gleicher Zugang zu Bildung und Förderung realisiert ist, haben sie herkunftsunabhängig eine Chance, ihre Begabungen zu entdecken und zu entfalten. Frühe Selektion verhindert dies. Damit erreicht die Begabungsidee genau das Gegenteil von dem, was sie zu erreichen vorgibt. Wer akzeptiert, dass historisch ausgeprägte Institutionen die materiellen Substrate sind von grundlegenden Ideen, die in ihnen historisch zur Entfaltung gebracht wurden mit Hauptzweigen und gewissen Verästelungen, kann anhand des Blickes von außen auf die Strukturen besser als derjenige, der mit den Strukturen verwachsen ist, erkennen, was hier zur Entfaltung gebracht werden soll und was nicht.

Die Begabungsidee paart sich mit dem im 19. Jahrhundert ausgeprägten bürgerlichen Familienmodell. In der historischen Formung vorschulischer und schulischer Bildung resultieren daraus Vorstellungen der Trennung statt Integration. Die Trennung und wechselseitige Abschließung realisiert sich auf allen Stufen des deutschen Bildungssystems. Dazu gehört, dass Förderung nicht in einem gemeinsamen Rahmen stattfindet, sondern je separat. Behinderte Kinder etwa werden zu fast 90 Prozent einer Separatsparte mit der Bezeichnung Sonder- oder Förderschule zugewiesen; in Schweden und Finnland werden sie ganz überwiegend mittels integrativer Pädagogik an normalen Regelschulen unterrichtet. Die Abschließung ist nicht absolut. Im Einzelfall kann aus einem ehemaligen Sonderschüler noch ein Professor werden. Es bestehen also Durchlässigkeiten, aber sie sind aufgrund der fehlenden Systemintegration und der damit einher gehenden mangelnden Transparenz restringiert.

---

[296] So von Karin Wolff, der Kultusministerin von Hessen. Nachdem die Wiesbadener Heinrich-von Kleist-Schule, wo Haupt- und Realschüler gemeinsam unterrichtet werden, den Hauptschulpreis der Hertie-Stiftung gewonnen hatte, antwortete sie in einem FR-Interview auf die Frage, wie sie das an der preisgekrönten Schule praktizierte Modell des gemeinsamen Lernens bis Klasse 9 bewerte: „*Dies ist nicht das Zukunftsmodell, wie ich es mir vorstelle*" Spätestens nach der Jahrgangsstufe 6 müsse sich der Weg von Haupt- und Realschule

Für die Bereiche der Elementar-, Primar- und Sekundarbildung konstituieren folgende Trennungen das deutsche System.

a) Trennung von Bildung und Erziehung

Die Trennung und arbeitsteilige Zuweisung ist eng verknüpft mit bürgerlich-konservativen Vorstellungen von Ehe und Familie. Das Modell des konservativen Wohlfahrtsstaates mit Deutschland als Prototyp weist den Familien eine zentrale Funktion für die Erbringung von Reproduktionsleistungen zu. Frühkindliche Bildung wird nicht als öffentliche Aufgabe betrachtet. Die Rückständigkeit von Deutschland beim Ausbau einer verlässlichen und Wahlmöglichkeiten überhaupt erst bietenden Kinderbetreuungsinfrastruktur verweist auf den Versuch, dieses Familienmodell zu erhalten. In Westdeutschland hat ein Umdenken erst in den letzten Jahren eingesetzt. Weder das Faktum fortbestehender Diskriminierung erwerbstätiger Mütter noch die Vernachlässigung frühkindlicher Bildung hat dafür wesentliche Anstöße geliefert. Es ist die Demografie, die dem konservativen Teil der deutschen Gesellschaft vor Augen führt, dass das Diktum von Adenauer, wonach die Menschen Kinder sowieso bekommen, nicht mehr zutrifft. Logischerweise folgt der geplante Ausbau der Kinderbetreuung deshalb auch nicht dem Bildungsgedanken. Maßgebend sind andere Ziele. Insbesondere das Ziel einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Auch die Erkenntnis, dass ein zunehmender Anteil der Eltern objektiv gar nicht in der Lage ist, die ihnen im konservativen Familienmodell zugedachten Erziehungsaufgaben wahrzunehmen, begründet ein gewisses Abrücken von den tradierten Trennungsvorstellungen. Nun soll das in Westdeutschland nur rudimentäre Angebot an Krippenplätzen so ausgebaut werden, dass für Eltern, die aus beruflichen Gründen zur Nutzung außerfamilialer Kleinkindbetreuung gezwungen sind resp. sich mit der Erziehungsaufgabe überfordert sehen, eine Wahlmöglichkeit besteht. In Kraft ist seit 2004 das Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG).[297] Für den Ausbau der Kinderbetreuung stellt der Bund den Kommunen jährlich 1,5 Mrd. Euro aus den Einsparungen zur Verfügung, die sich aus der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe im Rahmen von „Hartz IV" ergeben sollen. Auf rd. 230.000 zusätzliche Plätze bis 2011 wird gehofft; verbindlich ist dies nicht. Da der tatsächliche Bedarf weit höher ist, brachte Bundesfamilienministerium Ursula von der Leyen (CDU) Anfang 2007 einen Ausbau um rd. 500.000 auf dann 750.000 Plätze bis zum Jahr 2013 ins Gespräch. Damit soll die Versorgungsquote so angehoben werden, dass bundesweit für knapp ein Drittel der unter 3-Jährigen ein Angebot existiert. Eine Mehrheit der deutschen Bevölkerung unterstützt dieses Ziel.[298] Andererseits ist die Debatte, die die ideologischen Grundpfeiler des konservativen deutschen Sozialmodells tangiert, noch so weit im Fluß, dass von einem konkreten Ausbauplan mit institutionell gesicherten Qualitätsstandards derzeit noch keine Rede sein kann.[299]

---

trennen. Begründung: „*Mir kommt es darauf an, dass wir für unterschiedliche Fähigkeiten der Schüler auch unterschiedliche Lernwege bereit halten.*" (Zit. nach FR Nr. 95 v. 24.4.2007, S. 20).

[297] Gesetz zum qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Ausbau der Tagesbetreuung für Kinder (Tagesbetreuungsausbaugesetz – TAG). Vgl. Bundesgesetzblatt 2004, Teil I, Nr. 76.

[298] In einer repräsentativen Erhebung von Infratest dimap äußerten am 26. und 27. Februar 2007 52 Prozent der Befragten die Einschätzung, dass der Ausbau der Kinderbetreuung den Familien am meisten nutzen würde und 65 Prozent waren gar der Meinung, früher Krippenbesuch tue den Kindern gut. („Kinderkrippen sind wichtiger als Bares, in: FR Nr. 72 v. 2. März 2007, S. 7)

[299] Während die ideologischen Grashüter der traditionellen Trennung den Bedarf bezweifeln, wissen Praktiker, dass dieser mit einem Angebot für nur ein Drittel der Kleinkinder eher nicht befriedigt werden kann. So sieht Maria Elisabeth Thoma, Bundesvorsitzende Sozialdienst Katholischer Frauen, einen ganz erheblichen unbefriedigten Bedarf. In einem Leserbrief schreibt sie: „Wo immer wir Plätze für unter Dreijährige anbieten, wickelt sich die Schlange der sich bewerbenden Eltern um den nächsten Häuserblock." (abgedruckt in Nr. 61 v. 13.3.2007, S. 7) Gerd Landberg, Hauptgeschäftsführer des Städte- und Gemeindebundes, ortet den Bedarf bei „mindestens 40 Prozent" („897.000 Krippenplätze notwendig", Interview in der 3./4. März 2007, S.3). Dazu

Auch für die Entwicklung des allgemeinbildenden Schulsystems selbst spielt das konservative Familienmodell eine tragende Rolle. Es war Leitgedanke für die Abkehr vom Ganztagsschulsystem und die Etablierung der Halbtagsschule im frühen 20 Jahrhundert. Seither, damit in einer Traditionslinie vom Kaiserreich bis heute ist es ein fester Bestandteil der spezifischen deutschen Sozialstaatsausprägung (Gottschall 2001). Als konstitutive Merkmale identifizieren Gottschall/Hagemann (2002: 13) die Trennung der politischen Zuständigkeit für Kindererziehung und Bildung, den verfassungsrechtlichen Vorrang der Familie bei der Kindererziehung, die Dreigliedrigkeit des Schulsystems sowie Unterschiede in Status und Professionalisierungsgrad des Personals in Kindertagesstätten verglichen mit dem schulischen Lehrpersonal an Schulen. Auch in der DDR, die einen Bruch mit der überkommenen Schultradition vollzogen hatte, erfolgte der Unterricht üblicherweise nur Halbtags. Aufgrund flächendeckender Versorgung mit Horten bestand jedoch faktisch eine Ganztagsbetreuung (Cortina et al. 2003: 26).

b) Trennung der Sekundarstufe I in unterschiedliche Schularten

Während in allen skandinavischen Ländern eine Aufteilung der SchülerInnen auf unterschiedliche Schularten erst nach einer langen Phase gemeinsamen Lernens in der Vorschule und dann Gemeinschaftsschule resp. Pflichtschule erfolgt, ist es ein Spezifikum des deutschen Systems – nach dem Untergang der DDR wurde es auch in den östlichen Bundesländern eingeführt - dass SchülerInnen nach einer Grundschulzeit von je nach Bundesland nur 4 bis maximal 6 Jahren aufgeteilt werden auf unterschiedliche Schularten. Vom „dreigliedrigen Schulsystem" ist überwiegend die Rede. Abgesehen von der Sonder- resp. Förderschule existieren jedoch vier bis fünf unterschiedliche Schularten (Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Gesamtschule). Die stark gegliederte Struktur des allgemeinbildenden Schulsystems entstand in der Take-Off-Phase der Industrialisierung Ende des 19 Jahrhunderts mit der Funktion, die oberen Bildungswege von einer breit angelegten Zugänglichkeit abzutrennen. Dies ist insoweit interessant als Deutschland im 19 Jahrhundert mit der Durchsetzung der allgemeinen Schulpflicht und einem durchlässigen Sekundarschulwesen bei der Etablierung eines staatlichen Schulsystems eine Vorreiterrolle eingenommen hatte. Diese Vorreiterrolle wurde zugunsten der Statussicherung derjenigen, die über das Gymnasium die zukünftige Elite (Staat, Wirtschaft, Militär) stellen sollten, aufgegeben. Für die vom Aufstieg über Bildung ausgeschlossenen Arbeiter und Kleinbürger wurden spezielle Bildungs- und Ausbildungswege geschaffen (Facharbeiterausbildungen). Frühe Selektivität, geringe Durchlässigkeit und Ausbildungswege entsprechend dem Status der Herkunftsfamilie waren für dieses System funktional. (Gottschall 2001: 14f) Nach dem 2. Weltkrieg bot sich die Chance, den im Kaiserreich eingeschlagenen und in der Weimarer Republik mit Fortführung im „Dritten Reich" vollendeten bildungspolitischen Sonderweg zu verlassen, um in der Orientierung an den gestuften Schulstrukturen der westlichen Siegermächte ein modernes, durchlässiges Schulsystem zu schaffen. In den ersten Nachkriegsjahren gab es einige Ansätze in dieser Richtung (Baumert et al. 2003: 54ff), die sich jedoch nicht flächendeckend durchsetzen konnten und in den 50er Jahren der Restauration überkommener Strukturen geopfert wurden. Im Ergebnis wurde der Zusammenbruch des nationalsozialistischen Terrorregimes nicht für einen Neuanfang genutzt, sondern die überkommenen Organisationsstrukturen eines gegliederten Schulsystems wieder hergestellt.

c) Trennung von Allgemeinbildung und Beruflicher Bildung

Die Abschlüsse von Haupt- und Realschule fungieren als Zugangskriterien für betriebliche Berufsausbildungen und Arbeitsplätze im industriellen Sektor, im Handwerk und im mittleren Dienstleistungsbereich. Angelehnt an die traditionelle Handwerksausbildung verbindet die

---

passt, dass bei einer im Frühjahr 2007 vom Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführten repräsentativen Umfrage knapp drei Viertel der Befragten den von der Bundesfamilienministerin vorgeschlagenen Ausbau befürworten; nur eine Minderheit von 16 Prozent findet dies keine gute Idee (zitiert nach FR Nr. 81 v. 5./6. April 2007)

duale Berufsausbildung die praktische Ausbildung in einem Betrieb oder einer Verwaltung mit dem Besuch öffentlicher Berufsschulen. Der im angelsächsischen Raum sehr marktnah angelegten „Training-on-the-Job-Praxis", die es in einem gewissen Umfang in zurückliegenden Jahrzehnten auch in Schweden und Finnland gegeben hat, war das deutsche Ausbildungssystem mit seiner Koppelung von Beruflichkeit und Sozialpolitik lange eindeutig überlegen. Über Jahrzehnte hat sich dieses System auch als sehr anpassungsfähig erwiesen. Dies sowohl mit Blick auf den berufsstrukturellen Wandel[300] wie auf die Herausforderung, gestiegene Qualifikationsanforderungen aus der Arbeitswelt aufzufangen und in auf mittlerem Niveau angesiedelte Berufsabschlüsse zu integrieren. Obwohl die berufliche Bildung auch heute noch ein Bereich ist, wo das deutsche Bildungs- und Ausbildungssystem Vorteile gegenüber anderen Systemen aufweist, sind diese nicht mehr so ausgeprägt, wie sie es in der alten Bundesrepublik bis in die 80er Jahre hinein waren. Die Würdigung als Pluspunkt sollte daher nicht blind machen für die Krise, in der sich das System seit längerem befindet. Jahr für Jahr gibt es zu wenige Ausbildungsplätze; in Ostdeutschland funktioniert das System nur eingeschränkt; die seit über 20 Jahren geführte Debatte um die Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen durch Einführung einer Ausbildungsplatzabgabe oder andere Instrumente ist zu einem Ritual mit Reflex und Gegenreflex verkommen, ohne den geringsten Fortschritt in der Sache. Schließlich, die große Selektivität des deutschen Bildungssystems setzt sich auch im beruflichen Ausbildungssystem fort. Sie geht hier einher mit einer wenig durchlässigen Strukturierung der Zugangswege zum Arbeitsmarkt. Das System ist Teil der großen Sortiermaschine, als die sich das deutsche Bildungssystem insgesamt darstellt. Berufliche Mobilität und Offenheit der Berufskarrieren sind in diesem System begrenzt. Der Hinweis darauf, dass auch über die berufliche Bildung Wege zur Hochschule führen[301], ist richtig, bleibt aber ohne Nennung der Hürden, die dabei zu meistern sind, unvollständig. Es dominiert eindeutig der Schließungseffekt nach oben. Zudem, die Weigerung, das Bildungssystem aus einem Guß heraus neu zu denken, führt auch beim Berufsausbildungssystem dazu, dass nur systemimmanente Reformen angepackt werden. Die sachlich gebotene Frage nach der Herauslösung bestimmter Berufsbilder und ihrer Neuansiedelung im Hochschulsektor, wird tabuisiert. Die Vorstellung, dies diene der Stabilisierung des Systems beruflicher Bildung, könnte sich als irrig erweisen.

Mit fortschreitender Wissensabhängigkeit aller ökonomischen und sozialen Prozesse ist das deutsche gegliederte Schulsystem längst zum Hemmschuh geworden. Die Stagnation der Hochschulexpansion, die Mängel in der Heranbildung von Spitzenqualifikationen und von Fachspezialisten, das Zurückfallen im durchschnittlichen Bildungsgrad der Bevölkerung auf einen Mittelplatz unter den OECD-Ländern können als Ausdruck dieser Schwäche gelten. Die Vorstellung, man könne die dem System innewohnende Chancenungleichheit signifikant vermindern durch ein Mehr an Individualförderung in den Einzelsparten des Systems selbst, wird sich als Illusion erweisen. Auch sollte man an die sich abzeichnende Zusammenführung von Haupt- und Realschule nicht zu hohe Erwartungen knüpfen. Zwar steckt Potential im Wegfall der Hauptschule. Der Trend

---

[300] Wegweisend war in dieser Hinsicht die Konzentration der Lehrlingsausbildung auf eine kleinere Zahl von Grundberufen, die Anhebung und Differenzierung der Profile in den einzelnen Ausbildungsbereichen und die Entwicklung neuer Berufsbilder (technische Berufe im Umweltsektor, Dienstleistungsberufe im Bereich neuer Medien wie im sozialen Bereich…)

[301] Vgl. FR Nr. 49 v. 27.2.2007, S. 5

resultiert jedoch nicht aus einer zukunftsgerichteten strategischen Entscheidung, sondern ist Antwort darauf, dass die Hauptschule als „Restschule" kaum noch gesellschaftliche Akzeptanz findet. Auf die eingesetzte Abstimmung mit den Füßen müssen auch die reagieren, die die Hauptschule gerne erhalten möchten. Die ideologische Verbissenheit, mit der jeder Gedanke an integrierte Bildungseinrichtungen, die den gymnasialen Bildungsweg einschließen, fortgesetzt bekämpft wird, zeigt, dass am Zwei-Klassen-Bildungssystem festgehalten wird. Dies verweist auf eine gesellschaftliche Machtkonstellation, die absehbar weiterhin dafür sorgt, dass Deutschland eine Gesellschaft bleibt, die eine privilegierte Bildungsschicht hat, aber Bildungsgesellschaft nicht ist und nicht sein will. Damit aber vollzieht diese Gesellschaft den Weg in die Wissengesellschaft gerade nicht. Eine Wissensgesellschaft kann nicht an Strukturen und Prozessen festhalten, die einem ständisch gestuften Ordnungsmodell folgen, das Bildungschancen nach Status zuteilt und damit die Privilegierung der oberen Milieus über das Ziel stellt, allen gleiche Bildungschancen zu gewähren.

Auf keiner untersuchten Dimension ist der Bildungsrückstand von Deutschland gegenüber den skandinavischen Ländern so ausgeprägt wie auf dem Felde des lebenslangen Lernens. Bei dem von Eurostat im Rahmen der Arbeitskräfteuntersuchung erhobenen Indikator liegen die skandinavischen Quoten im Jahr 2005 im Minimum (Norwegen-Männer) mehr als doppelt und im Maximum (Schweden-Frauen) knapp fünfmal so hoch. Werden nicht nur Erwerbtätige bis zum 65 Lebensjahr, sondern auch Senioren, Arbeitslose und Erwerbsunfähige betrachtet, zeigt sich, dass in Skandinavien in der Tendenz mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung jährlich Weiterbildungs-aktivitäten von 1 bis 2 Wochen durchläuft. Pfadabhängiger deutscher Entwicklung entspricht es, die Weiterbildung in einer engen Verknüpfung mit berufsspezifischer Weiterqualifizierung zu lassen, was dann in die Verantwortung primär der Arbeitgeber fällt. Der skandinavische Ansatz ist breiter. Er zielt auch auf die Förderung des Erwerbs nachholender höherwertiger Schulabschlüsse bei benachteiligten Erwachsenengruppen und fördert die Bereitschaft, noch einmal etwas völlig Neues zu lernen. Dass Finnland laufend die Weiterbildungsaktivitäten der bis 74-Jährigen ermittelt, zeigt, dass der Ansatz weit über eine eng ökonomische Verwertung hinausreicht. Dass Norwegen Strategien der Hebung des Bildungsniveaus von Gefangenen als einen Ansatz zur Senkung der Gesundheitsungleichheit verfolgt, zeigt, dass Bildung und Gesundheit als öffentliche Güter in ihrer wechselseitigen Abhängigkeit gesehen werden mit Konsequenzen für die Ausformung von Poliy-Mix-Strategien. Auch das Hinterherhinken von Deutschland beim Thema „Lebenslanges Lernen" fügt sich somit in die Grundausrichtung des deutschen

Bildungssystems und die bestehenden funktionalen Beziehungen zum Beschäftigungssystem. Umgekehrt gilt für die skandiniavischen Länder, dass die gute Entwicklung des Bereichs nicht für sich alleine steht, sondern integraler Bestandteil einer die gesamte Gesellschaft durchziehenden Bildungsexpansion ist.[302] Rat und EU-Kommission würdigten dies in ihren Mitteilungen zum Fortschritt des Lissabon-Prozesses. In der Mitteilung vom 1. April 2006 wird das Fehlen stimmiger Strategien in den meisten EU-Ländern beklagt.

> *„Sie sind entweder zu stark auf die Beschäftigungsfähigkeit oder auf die Wiedereingliederung derjenigen ausgerichtet, die sich außerhalb der Systeme bewegen." Andererseits jedoch: „Einige Länder, beispielweise Schweden, Dänemark, Finnland und Norwegen, sind auf dem besten Wege, ein kohärentes und umfassendes nationales Konzept zu verwirklichen, und sie machen beachtliche Fortschritte bei der Umsetzung."* [303]

Gerne erklingt in Deutschland der Ruf nach Flexibilität. Überwiegend richtet er sich an Erwerbstätige wie an Arbeitslose. Wie steht dazu das starre Festhalten an einem Bildungssystem, dass Menschen nach Herkunft so auf Schularten verteilt, dass nur die Kinder ab Mittelschicht ihre Potentiale gut entwickeln können, während sich Kinder aus der Unterschicht, der unteren Mittelschicht und aus bildungsfernem Migrationsmilieu mit Schließungseffekten konfrontiert sehen? Für die skandinavischen Länder hat die Analyse eine Parallelität zwischen der Steigerung der Produktion höherer Bildungsabschlüsse im Bildungssystem und der Steigerung der Nachfrage nach diesen Qualifikationen im Beschäftigungssystem ergeben. Die Darstellung der Beschäftigungsrelevanz des Bildungs- und Gesundheitssystems offenbarte für Deutschland nicht nur eine quantitative Lücke in der Größenordnung von mehreren Millionen Arbeitsplätzen. Sie offenbarte auch ein Defizit an Arbeitsplätzen im unteren akademischen Bereich. Während in den skandinavischen Ländern mehr als ein Drittel der KITA-Beschäftigten über einen Hochschulabschluss verfügen, sind es in Deutschland nur knapp über drei Prozent. Während in den skandinavischen Ländern nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in den Bereichen Pflege und Therapie auf akademischem Niveau (semiakademisch bis

---

[302] Bei einer Anhörung im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zu Angeboten der beruflichen Bildung in Deutschland wurde auf skandinavische Erfahrungen positiv Bezug genommen. Professor Dieter Timmermann, Vorsitzender der früheren Expertenkommission "Finanzierung Lebenslangen Lernens", hob Schweden als positives internationales Beispiel hervor. Er verwies darauf, dass Schweden die berufliche Weiterbildung in ein "System des Lernens" eingebunden hat. Arbeitnehmer könnten sich dabei vom Betrieb freistellen lassen und würden teilweise vom Staat finanziell unterstützt, wenn sie Kurse besuchen wollten. Zitiert nach: http://www.bundestag.de/aktuell/hib/2007/2007_024/01.html (Zugriff am 15.2.2007

[303] Modernisierung der Allgemeinen und beruflichen Bildung: Ein elementarer Beitrag zu Wohlstand und sozialem Zusammenhalt in Europa, Gemeinsamer Zwischenbericht 2006 des Rates und der Kommission über die Fortschritte im Rahmen des Arbeitsprogramms „Allgemeine und berufliche Bildung 2010", in Amtsblatt der Europäischen Union 2006/C79/01: S. 3)

vollakademisch) angesiedelt sind, was das Gefälle zu Ärzten nicht einebnet, aber stark mindert, sind in Deutschland bislang nur wenige Berufe für eine Hochschulbildung geöffnet worden. Dies mit negativen Konsequenzen für pflegerische und therapeutische Prozesse wie auch für die Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen; diese wird dominiert durch eine Kultur von Anordnung und Ausführung, während in Skandinavien kollegiale Kooperation im multidisziplinären Team angesagt ist. Befund daher: Es existieren in Deutschland parallele Mechanismen im Bildungs- und im Beschäftigungssystem, die zwecks Aufrechterhaltung der Privilegierung der höchsten Statusgruppen bewirken, dass sowohl die Produktion von Bildungskapital wie die Nachfrage danach gedrosselt wird. Deshalb wird am dreigliedrigen Schulsystem festgehalten; deshalb werden die staatlichen Bildungsausgaben nicht auf ein Niveau angehoben, wie es u.a. die skandinavischen Länder realisiert haben; deshalb auch wird die Akademisierung eines Teils der erzieherischen Berufe und der Pflege- wie Therapieberufe abgewehrt und erwogen, diese Schließungsstrategie dadurch zu vertuschen, dass für bestimmte duale Ausbildungsberufe eine irreführende „Bachelor-Berufsbezeichnung" eingeführt wird.

Auch das Gesundheitswesen, das Karl Lauterbach (2007) als „Zweiklassenstaat" beschreibt, ist von dieser Unehrlichkeit geprägt. „*Die Unehrlichkeit hat bei uns System*", schreibt er, denn der Ehrliche gelte als Spielverderber. Dem ist beizupflichten. Zwischen den tatsächlichen Motiven ärztlicher Standespolitik, wie sie im konkreten Handeln deutlich werden, und den vorgetragenen Argumenten, bei denen scheinbar das Wohl des Patienten im Vordergrund steht, klafft ein enormer Widerspruch. Hierin deckt sich das Bildungssystem mit dem Gesundheitssystem. Der Stress, dem die Akteure in der Folge ausgesetzt sind und der sich im nicht frei zugänglichen Internetportal www.facharzt.de in menschenverachtenden Verunglimpfungen der gesetzlich Krankenversicherten niederschlägt,[304] ist Sympotom des Widerspruchs zwischen offiziellem Reden und tatsächlichem Denken und Tun. Die rechtlich-institutionellen Weichenstellungen sichern das Ganze ab Schon Max Weber hatte das Fortwirken ständischer Strategien als Ursache dafür kritisiert, dass die soziale Hierarchie nicht allein durch Leistungskonkurrenz, sondern als ständische Rangordnung reproduziert wird. Für eine Gesellschaft, die wie die deutsche den Leistungsgedanken sehr hoch hängt, ist dies nicht unproblematisch. Auch die jährlich wiederkehrenden Ausbildungspakte erscheinen vor diesem Hintergrund eher als Bemäntelung einer Fehlentwicklung als dass sich daraus

eine zukunftsweisende Perspektive ergäbe. Das System der beruflichen Bildung ist nicht ausgenommen von der Aufgabe, eine stärkere Kompetenzausrichtung, eine größere Durchlässigkeit zwischen den Berufen und in Richtung des Hochschulsystems herzustellen. Diese Herausforderungen anzupacken, wird nicht ohne Konsequenzen hinsichtlich der Aufgabenverteilung zwischen Staat und Ausbildungsbetrieben bleiben. Die Rolle des Staates würde sich verstärken müssen, wenn die Engführung auf eine bestimmte ökonomische Verwertung reduziert würde.

5.4 Bildungsflut hebt alle Boote oder Bildungsflut bedroht die Statussicherung der traditionellen Bildungselite?

Wer in Deutschland dafür eintritt, einen weit höheren Anteil der Bevölkerung zu Abitur und Studium zu führen als dies heute und absehbar der Fall ist, sieht sich mit dem Argument konfrontiert, damit würde nur für Arbeitslosigkeit qualifiziert. Die Vorstellung, statt heute 22 Prozent könnten bald wie in den skandinavischen Ländern bis zu 40 Prozent über einen Studienabschluss verfügen, erscheint aus dieser Perspektive nicht als erwünschter Übergang in eine Bildungsgesellschaft, sondern als Bildungsinflation. Nach der Bildungsinflationsthese werden höhere Bildungsabschlüsse im Berufssystem durch die Konkurrenz um wenige Stellen entwertet. Das Argument wird immer wieder vorgetragen, obwohl sich empirisch zeigen lässt, dass das Arbeitslosigkeitsrisiko umso geringer ist je höher der Bildungsabschluss. Akademiker weisen im Durchschnitt eine geringere Arbeitslosenquote auf als Absolventen mittlerer Bildungsabschlüsse und diese wiederum stellen sich besser als Unqualifizierte. Hochqualifizierte benötigen vielleicht eine gewisse Anpassungsphase, sind dann aber weit weniger von Arbeitslosigkeit bedroht als die Absolventen niedrigerer Abschlüsse. Dies umso mehr, als deren Qualifikationen meist spezifischer und damit auf eine bestimmte Tätigkeiten hin orientiert sind. So eröffnen die korporativ geregelten Ausbildungswege des dualen Systems beschränkte Beschäftigungsperspektiven. Damit sich dies ändert, müsste die Vielzahl der Berufe zu Grundberufen mit Spezialisierungsmöglichkeiten gebündelt und die derzeit nur „lückenhaft" (Berufsbildungsbericht 2006: 316) vorhandenen Möglichkeiten einer an Hochschulen angesiedelten Weiterbildung systematisch ausgebaut werden. Dies freilich berührt die traditionelle

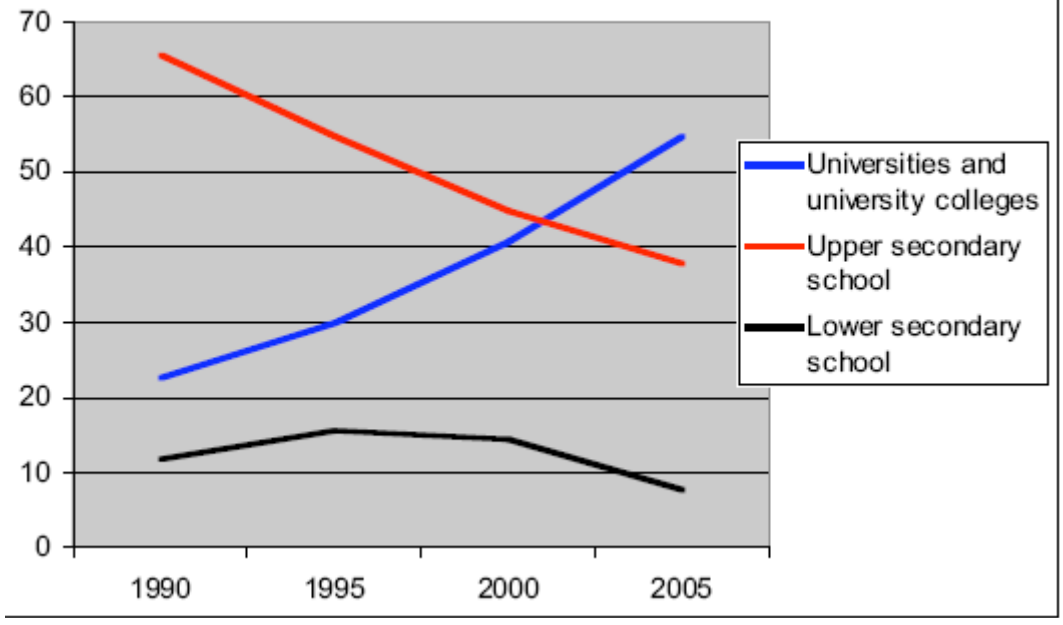
---

304 Nachdem einige Einträge von Herrn Lauterbach (2007) und dem Politmagazin Monitor publik gemacht wurden, was nicht folgenlos blieb, da sich das Bundesgesundheitsministerium eingeschaltet hat, kann davon ausgegangen werden, dass das Portal als Ärzte-Stammtisch ausgedient hat.

Aufgabenteilung zwischen Staat und Privatwirtschaft. Auch deshalb dürfte es bis dahin noch ein weiter Weg sein.

Die Haltlosigkeit der These von der Bildungsinflation belegen die skandinavischen Erfahrungen. Obwohl in der jüngeren Generation der Anteil mit Bildungsabschlüssen ab ISCED-5-Niveau doppelt so hoch ist wie in Deutschland, liegt die Arbeitslosenquote bei allen Qualifikationsgruppen unter dem deutschen Niveau. Hintergrund ist eine Synchronisierung der Prozesse von allgemeiner Bildungshebung einerseits und der Hebung qualifikatorischer Anforderungen im Beschäftigungssystem. Heintze 2007 zeigte für Dänemark, dass dem Staatssektor bei der Anhebung der Qualifikationstruktur eine quasi Hebelwirkung zukam. Eindrucksvoll ist in dieser Hinsicht auch die Änderung der Qualifikationsstruktur auf Ebene der norwegischen Regierung, wie sie Abbildung 38 verdeutlicht. Berücksichtigt werden muss, dass ehemals bei der Regierung angesiedelte Betriebe wie die Norwegische Staatsbahn oder die Post heute die Rechtsstellung staatseigener Konzerne haben, deren Beschäftigte nicht mehr zum Personalkörper der Regierung zählen. Bei Berücksichtigung dieses Faktors würden sich die Veränderungen etwas abflachen, an der grundsätzlichen Aussage aber nichts ändern.

Abbildung 38: Verteilung Vollzeitbeschäftigter nach Bildungsniveau bei der norwegischen Regierung 1990 - 2005



Quelle: Norwegian Ministry of Government Administration and Reform of Norway (2006): Abbildung 7

Den in Abbildung 38 visualisierten Prozess hat die Studie anhand einiger Facetten der Entwicklung beim Bildungs- und Gesundheitswesen nachvollzogen. Es zeigte sich ein

Fahrstuhleffekt nach oben. Untere Qualifikationen (Pflegehelferinnen, z.B.) steigen auf ein Niveau, das eine mehrjährige Berufsausbildung bedingt, damit also auf ein mittleres Niveau. Mittlere Qualifikationen steigen auf das gehobene Niveau niederer Hochschulbildung. Auf dieser Etage entstehen neue Berufe in der Anästhesie, in der Zahnheilkunde usw, die auf dem Fundament einer breit geteilten Grundbildung auf bestimmte Tätigkeiten hin spezialisiert sind (Dentalhygieniker, Dental Nurses, Ausbildung von Spezialisten in der Physiotherapie), aber auch legitimiert, einfache medizinische Tätigkeiten eigenverantwortlich auszuführen. Der Abstand zu den ärztlichen Berufen entfällt nicht, wird aber vermindert. Dagegen steht die Entwicklung in Deutschland. Hochqualifikationen schotten sich ab und sichern sich hierarchische Kontrolle über die Mittelqualifizierten, indem sie verhindern, dass gehobene Qualifikationen entstehen.[305] Dies geht zulasten der Entwicklung des Gesamtsystems und behindert innovative Neuentwicklungen.[306] Nach unten wird aus den gering Qualifizierten gleichzeitig ein wachsendes Prekariat erzeugt. Es wurde deutlich, dass diese Schließungseffekte im deutschen Gesundheitssystem nicht zuletzt durch Standespolitiken bewirkt werden. Das Bestreben von Ärztefunktionären, den eigenen Stand exkusiv zu halten und die Entwicklung pflegender und heilender Berufe zu eigenständigen Professionen zu verhindern, ist ebenso unrühmlich wie unverändert erfolgreich. Politiker aller Coleur finden seit vielen Jahren nicht den Mut, sich der rückwärtsgewandten Logik ärztlicher Standespolitik entgegen zu stellen. Überwiegend gibt es noch nicht einmal ein Bewusstsein für das Problem. Soll multidisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen in Schulen wie Kliniken Realität werden, ist die Akademisierung erzieherischer und nichtärztlicher Gesundheitsdienstberufe jedoch eine der Voraussetzungen. Es ist nicht die einzige Voraussetzung, aber ohne eine gewisse qualifikatorische Nivellierung wird echtes Teamwork graue Theorie bleiben.

Der Befund einer in Deutschland *unzureichenden Bildungsdynamik* ist die Kehrseite der Statussicherungspolitik mit Abschottung nach unten. Das deutsche Bildungssystem wirkt in der Weise, dass ein Studium für Kinder aus Oberschicht und oberer Mittelschicht

---

[305] . Das Ganze wird dann auch noch als Vorteil des deutschen Systems dargestellt. So erklärte der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesbildungsministerium Storm (CDU), das deutsche Berufsausbildungssystem bringe mit Erzieherinnen, Krankenschwestern etc. Qualifikationen hervor, die andernorts nur über ein Hochschulstudium erreicht werden (zit. nach FAZ Nr. 213 v. 13.9.2006, S. 5).

[306] So hat sich z. B. mit der Osteopathie in anderen Ländern aus der Physiotherapie heraus ein akademischer Spezialisierungsweg ergeben, die sogar Doktorstudiengänge einschließt. Die von wissenschaftlicher Qualifizierung ferngehaltene deutsche Physiotherapie kann mit diesen Entwicklungen nicht mithalten.

zunehmend selbstverständlich ist. Wo Lerneifer, Begabung etc. nicht ausreichen, werden Umwege beschritten, etwa der Weg über ein Internat oder ein Fachabitur. Die Bildungswünsche der Kinder aus mittleren Milieus werden dagegen ausgebremst und auf mittlere Abschlüsse hingelenkt. Dafür sorgen die in das System eingebauten Selektionsmechanismen. Kinder aus Migrationsfamilien mit geringer Bildungsneigung (türkischer oder arabischer Hintergrund) ebenso deutschstämmige Kinder aus armen oder bildungsfernen Schichten haben nur im Ausnahmefall eine Chance, ihre familiär bedingten Startnachteile wettzumachen. Die fehlende öffentliche Frühbildungs-infrastruktur, dann die meist nicht vollwertigen Ganztagsschulangebote und die frühe Selektion lassen ihnen kaum Chancen, ihre Potentiale zu entdecken und zu entfalten. Bisweilen sind sie schon auf der Verliererstraße, wenn sie in die Schule kommen. Daran ändert die Schule dann nichts, sondern verstärkt und verfestigt die Verweigerung gleicher Bildungspartizipation. So werden diese Menschen einem Teufelskreis aus geringer Ressourcenausbildung und fehlenden Chancen überlassen, gleichzeitig aber aufgefordert, eigenverantwortlich ihr Leben zu gestalten. Das Rüstzeug, das sie dafür benötigen, wird ihnen jedoch ab Geburt verweigert. Eine zynische Logik. Die Möglichkeiten, früh Versäumtes später noch zu erlernen, sind gleichfalls begrenzt. Ergebnis ist Bildungsstagnation statt Bildungsdynamik.[307] Die Studie präsentierte Daten, die zeigen, dass es zwar auch in den skandinavischen Ländern Bildungsungleichheit gibt, der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund, die nur eine Basisausbildung erwirbt, jedoch wesentlich geringer und der mit tertiären Bildungsabschlüssen wesentlich höher ist als in Deutschland. Den skandinavischen Weg in eine Bildungsgesellschaft zu beschreiten, hieße Loslassen. Losgelassen müsste man von rückwärtsgewandten Glaubenssätzen und den darauf aufbauenden Strukturen. Loslassen müsste man von der Erwartung, dass ein tertiärer Bildungsabschluss zu exklusiven Statuspositionen führt. Andererseits, die gesellschaftliche Anerkennung, die Pflegefachkräfte und Kindergarten-lehrer in den skandinavischen Ländern erfahren, ist weit höher als in Deutschland. Gemessen an Voll-Akademikern ist das Einkommen eher bescheiden und gleichwohl höher als das von ErzieherInnen und der meisten Pflegekräfte in Deutschland. Außerdem, nicht nur die gesellschaftliche Anerkennung, auch das berufliche Selbstwertgefühl ist höher. Insoweit fokussiert sich das Thema auf die Frage nach einer gewissen Einebnung

---

[307] Bis 1985 begannen nur 4 Prozent der Arbeiterkinder ein Universitätsstudium. 1990 betrug der Anteil sieben Prozent. Bis zum Jahr 2000 hat sich daran nichts geändert. Kinder aus Angestellten-Familien nahmen 1985 zu 19 Prozent und 1990 sogar zu 28 Prozent ein Studium auf. Dann sank die Quote wieder. (Geißler 2002: 348)

der in Deutschland besonders ausgeprägten Statusdiskrepanzen. Im Zuge neoliberaler Politikausformung, die ihre Anleihen aus dem angelsächsischen Kontext entnimmt, transformiert sich die traditionelle deutsche Struktur gegenläufig dazu jedoch gerade in ein polarisiertes Muster mit ständischer Struktur oben und Dienstleistungsprekarität unten. Der in Deutschland noch unterentwickelte Bereich ambulanter und stationärer Pflege ist davon besonders betroffen.

Obwohl in Deutschland bei den Weiterbildungsquoten in den letzten Jahren eine gewisse Steigerung zu verzeichnen war, hat die Diskrepanz zu den skandinavischen Ländern nicht ab-, sondern zugenommen. Die hauptsächliche Erklärung wurde thematisiert. Sie liegt in der Anlage des deutschen Bildungssystems. Ein weiterer Erklärungsfaktor für die sehr geringe Bedeutung von Lifelong Learning in Deutschland stellt die Zunahme atypischer und prekärer Beschäftigungsverhältnisse dar. Es sind überwiegend die Kernbelegschaften, die an betrieblichen Fortbildungsmaßnahmen partizipieren. In dem Maße wie diese ausgedünnt werden, sinken die betrieblichen Fortbildungsinvestitionen. Kurzfristig kaufen sich die Betriebe dadurch Flexibilität ein und verlieren sie langfristig, da nur noch eine abgeschmolzene Kern- oder Stammbelegschaft laufend weiterqualifiziert wurde. Die Autorin vermag nicht abzuschätzen, welche Erklärungsrelevanz der Ausbreitung atypischer Beschäftigungsverhältnisse tatsächlich zukommt. Die Entwicklung seit Anfang der 90er Jahre lehrt freilich, dass der Blick auf das betriebliche Fortbildungsverhalten zu kurz greift. Schon vor der Ausbreitung atypischer Beschäftigungsverhältnisse lag Deutschland weit hinter den skandinavischen Ländern zurück. Bei der Suche nach Erklärungen muss also tiefer angesetzt werden. Die hier vertretene Auffassung geht vom Zusammenwirken mehrerer Faktoren aus:

- Die Strukturen des deutschen Bildungssystems sind darauf angelegt, nur einer Minderheit die Werte und Einstellungen zu vermitteln, die für lebenslanges Weiterlernen motivieren. Nachgeschobene Appelle zur Weiterbildung ändern dies nicht. Sie haben nur die Funktion der Verantwortungsverschiebung.

- Weiterbildung unterliegt einer Engführung auf Fort- und Weiterbildung in einem erlernten Beruf. Bei Arbeitnehmern entscheiden dann ihre Arbeitgeber im Rahmen der betrieblichen Fortbildungsplanung über das betriebs- resp. verwaltugnsnotwendige Maß an Fortbildung der eigenen Mitarbeiterschaft. Bei Selbstständigen entscheiden diese selbst, ob und wie sie sich weiterbilden wollen oder müssen. Life long Learning wird so nicht zum Merkmal der Gesellschaft insgesamt, sondern bleibt auf die Bildungsschicht beschränkt. Ansonsten findet berufliche Weiterqualifizierung statt.

- Rechtspositionen von Arbeitnehmern sind schwach ausgeprägt. Jenseits von Regelungen in Tarifverträgen gibt es wenig Möglichkeiten, um in einem zeitlich und finanziell abgesicherten Rahmen eigene Weiterbildung zu betreiben. Wer nachträglich einen höheren Bil-

dungsabschluss anstrebt oder eine nicht unmittelbar beruflich verwertbare Qualifizierung, erhält kaum Unterstützung.

- *Weiterbildung von Arbeitslosen oder von Arbeitnehmern, die sich mit der Gefahr, arbeitslos zu werden, konfrontiert sehen, findet im Rahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik zwar statt. Hinsichtlich Qualitätssicherung und Effektivität gibt es dabei aber Defizite. Der Mangel an Zielgerichtetheit führt bei den Betroffenen nicht selten zur Demotivation. Lernmotivation wird im Ergebnis nicht gestärkt, sondern geschwächt.*

Während in Deutschland mehrere Faktoren, die das Weiterbildungsniveau niedrig halten, ineinander greifen, stützen in den skandinavischen Ländern umgekehrt mehrere Faktoren die hohen Weiterbildungsaktivitätsraten. Die Motivationsbasis wird im Schul- und Vorschulsystem gelegt. Im Erwerbssystem findet berufsbezogene Fort- und Weiterbildung statt wie in Deutschland. Anders als in Deutschland gibt es jedoch beim Übergang in die Berufsausbildung und auch später immer Möglichkeiten, für Lernen und neue Orientierung eine Auszeit zu nehmen. Dafür existieren verschiedene Ansätze, die Bildung und Gesundheit teilweise kombinieren. So haben ältere Arbeitnehmer in Finnland ein Recht, bei Erschöpfung (burnout) über 4 bis maximal 12 Monate eine Auszeit zum neuerlichen Kraftschöpfen zu nehmen. Sie erhalten in dieser Zeit Lohnersatzleistungen (Staat und Arbeitgeber) und kehren dann an ihren Arbeitsplatz zurück. In Norwegen gibt es für Schulabgänger und auch in späteren Phasen die Möglichkeit, an z. B. einer Heimvolkshochschule eine Übergangszeit zu verbringen, um den eigenen Ausbildungs- und Berufsweg zu überdenken und sich neue Ziele vorzunehmen. Gebühren fallen dabei nicht an. Lediglich für Lernmittel und Verpflegung müssen die Schüler alleine aufkommen. Der Staatliche Norwegische Ausbildungsfonds fördert solche Zwischenstationen mit Stipendien oder Studienkrediten. Auch in Schweden engagiert sich der Staat durch die Gewährung von Rechten und finanzieller Förderung.

5.5 Warnung vor der „Staatsmedizin" und das Kriterium der Responsivität im Systemvergleich

Gegenüber staatlichen Gesundheitssystemen werden in Deutschland bis in die jüngste Zeit von Politikern wie Ärzte- und Kassenfunktionären undifferenzierte Pauschalurteile vorgetragen. Gepflegt wird der Glaube an die Überlegenheit eines Systems facharztzentrierter Freiberuflichkeit. Dem Ideal entgegen steht das Zerrbild einer Staatsmedizin, die zwingend zu schlechteren Ergebnissen führen muss. Wie im Reflex werden die Mythen aufgefahren. Bei der Diskussion um die Anfang 2007 verabschiedete Gesundheitsreform wurde von der Bundesärztekammer prompt die Befürchtung vorgetragen, mit der geplanten Reform würden „*bewährte Strukturen des Gesundheitswesens unwiederbringlich zer-*

stört" und das deutsche Gesundheitswesen „*sukzessive in ein staatlich gelenktes System nach dem Vorbild nationaler Gesundheitsdienste umgewandelt*" mit „*Zuteilungsmedizin*", „*Rationierung und Wartelisten*".[308] Auch bei der Bundeszahnärztekämmer werden Fakten dort, wo Standespolitik angesagt ist, gerne ignoriert. Dafür lieferte der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, bei der Eröffnung der Internationalen Dental Schau (IDS), vom 20.-24. März 2007 in Köln einen Beleg. Vom „*Regulationswahn der Gesundheitspolitiker*", die angeblich den „*Weg zur Staatsmedizin*" ebnen, kündet seine Pressemitteilung vom 16.3.2007.[309] Der vermeintlich drohenden Staatsmedizin werden die Erfolge der Kariesprophylaxe entgegengestellt. Die Erfolge durch gesunkene Kariesprävalenz bei Kindern und Jugendlichen und die allgemein verbesserte Mundgesundheit in Deutschland, seien starke Argumente für die Freiberuflichkeit. Tatsächlich finden sich in staatlichen wie selbstverwalteten Systemen große Fortschritte bei der Kariesprophylaxe. Mit der Freiberuflichkeit hat dies nicht das Geringste zu tun und ein Argument gegen regulative Eingriffe der Gesundheitspolitik ist es auch nicht. Wäre es anders, hätten in Europa die Länder mit selbstverwaltetem Gesundheitssystem und freiberuflich tätigen Ärzten Vorreiter bei der Senkung der Kariesprävalenz sein müssen. Von der Schweiz abgesehen, waren jedoch die Länder mit staatlich-öffentlichem Gesundheitsdienst Vorreiter. Deutschland ist trotz der Erfolge der jüngsten Zeit medizinhistorisch betrachtet ein Nachzügler. Außerdem, die Politik hat am Kariesvermeidungserfolg ihren Anteil, weil sie die Kariesprävention mit Individual- und Gruppenprophylaxe in den Leistungskatalog aufnahm. So sehr auf der einen Seite das Horrorgemälde der Staatsmedizin gezeichnet wird, kursieren andererseits in Ärztekreisen Geschichten über im Vergleich zu Deutschland „fast paradiesische" Arbeitsbedingungen in just den staatsmedizinischen skandinavischen Ländern. [310] Wenn Mediziner, wie 2006 beim Ärztestreik des Marburger Bundes, mit dem Weggang aus Deutschland drohen, gibt es nicht wenige Schilder mit der

---

[308] So ein Brief des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages. Pressemitteilung „Lehnen Sie diese Reform ab! - Bundesärztekammer appelliert an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages" der Bundesärztekammer vom 18.1.2007: http://www.baek.de/page.asp?his=3.71.4643.4710 (Zugriff am 24.1.2007)

[309] „Weitkamp kritisiert nationale Gesundheitspolitik anlässlich der IDS als investitionsfeindlich", Pressemitteilung der Bundeszahnärztekammer vom 16.3.2007: http://www.bzaek.de/service/oav10/artikel.asp?lnr=772 (Zugriff am 24.3.2007)

[310] Dazu gibt es eine Fülle von Geschichten. Etwa die von Dirk Adam aus einer Berliner Klinik, den es in das schwedische Kleinstädchen Ulricehamn zog. In Deutschland hatte er stressbedingt grobes Verhalten an sich beobachet, „etwa die Angehörigen eines Kranken" als Feinde betrachtet nach dem Motto „Die stehlen mir mit ihren Fragen die Zeit". In Ulricehamn gibt es mit umgerechnet 5.200 Euro brutto etwas weniger Gehalt als in Deutschland, anderersetis aber auch nicht den Stress und die schlechten Arbeitsbedingungen, so dass er zu dem Fazit kommt: „Für den deutschen Arbeitsmarkt bin ich wahrscheinlich für immer verloren. Nicht zuletzt

Perspektive Schweden oder Norwegen. Die Paradoxie findet ihre Erklärung über die Stichworte „*Einkommen*" und „*Macht*". Weder beziehen Ärzte in den skandinavischen Ländern Spitzenverdienste wie in Deutschland ein Teil der niedergelassenen Fachärzte sowie die Chefärzte in den Kliniken, noch existieren die von der Standespolitik hartnäckig verteidigten hierarchische Über- und Unterordnungsverhältnisse. Wer als Allgemeinmediziner oder Facharzt ein Weniger an Stress, geregelte Arbeitszeiten, Teamarbeit und wenig Bürokratie höher schätzt als die Möglichkeit, in Deutschland unter stressigen Bedingungen mehr zu verdienen, für den sind die skandinavischen Länder als Arzt attraktiv. [311] Für die anderen logischerweise nicht. Über Effektivität und Effizienz des jeweiligen Gesundheitssystems sagt dies allerdings nichts aus.

Nicht nur Ärzte pflegen den Mythos von der Überlegenheit des facharztzentrierten Selbstverwaltungssystems. Auch Kassenvorstände möchten sich ungern selbst abschaffen und verkünden bei jeder sich bietenden Gelegenheit, dass die europäischen Länder, in denen es staatliche Gesundheitssysteme gibt, damit schlechte Erfahrungen gemacht hätten. Auch kämen diese Systeme für die Bürger sehr teuer, weil der Wettbewerb auf der Strecke bleibe.[312] Das Prinzip in Deutschland sei einfach: Bestimmte Aufgaben von öffentlichem Interesse, wie beispielsweise die Gesundheitsversorgung seiner Bürger, übertrage der Staat an die Selbstverwaltung. Dieses Erfolgsmodell mit über 100-jähriger Tradition reagiere schneller und flexibler, als der Staat dies könne, heißt es auf der Webseite des AOK-Bundesverbandes (http://www.aok-bv.de/aok/selbstvw/index.html; Zugriff am 16.5.2007). Die Eigenschaften, die sich das deutsche Selbstverwaltungssystem zuschreibt, sind das eine. Die Realität ist eine andere. In der Realität bleibt die Solidarität häufig auf der Strecke, sickern neue medizinische Erkenntnise nur tröpfchenweise, damit stark zeitverzögert zu den Leistungserbringern durch und erhalten wirtschaftliche Interessen häufig die Oberhand vor fachlichen Sacherwägungen. Bei Innovationen, die die Gesundheitsversorgung

---

deshalb, weil ich Ansprüche stellen würde." (Lemhöfer, Anne (2006): Dr. Deutsch – Dirk Adam ist aus einer Berliner Klinik in das schwedische Städtchen Ulricehamn geflüchtet, in: FR Nr. 168 v. 22. Juli 2006, S. 8)

[311] Offensichtlich nimmt die Zahl derjenigen Ärzte, die Stress und Machtkämpfe des deutschen Gesundheitssystems leid sind, zu. Ärzte mit Interesse an einer Tätigkeit im Ausland strebten früher hauptsächlich in die deutschsprachigen Nachbarländer Schweiz und Österreich sowie in die USA. In jüngerer Zeit haben jedoch die Länder mit öffentlichem Gesundheitsdienst an Beliebtheit zugenommen. Die Landesärztekammer Hessen führt seit 2003 Untersuchungen zu den Zielländern von Ärzten, die an einer Tätigkeit im Ausland interessiert sind, durch. Aus einer Befragung derjenigen, die seit 2005 ein „Certificate of Good Standing" - eine Art berufsbezogenes Führungszeugnis, beantragt haben, ergibt sich: Nicht das Interesse an besserer Bezahlung steht im Vordergrund, sondern die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in Krankenhaus und in vertragsärztlicher Praxis. Die Zahl der Anträge stieg von 19 im Jahr 2000 auf 181 in 2004 und 104 allein im ersten Halbjahr 2005. Die Befragung der Antragsteller des Jahres 2005 ergab, dass Großbritannien für die meisten (48 %) das bevorzugte Zielland ist, gefolgt von Skandinavien mit 9 %. http://www.laekh.de/index-b-399-2025.html

[312] So Paul-Friedrich Loose, Chef der Barmer Ersatzkasse von Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (LVZ v. 5.2.2007, S. 6).

wirklich voranbringen, seien es leitliniengestützte Versorgungsformen, seien es geschlossene Versorgungsketten von der Diagnose bis zur Rehabilitation, sei es die Realisierung multidisziplinärer Teams, sei es die Neuausformung von Berufsbildern zwischen dem traditionellen Arzt und mittelqualifizierten Dienstleistern, sehen wir die skandinavischen Länder unter den Vorreitern, während Deutschland auf der Stelle tritt. Gerade bei bei systemischen Innoationen, die einen Mehrwert für die Gesellschaft abwerfen, sind die staatlich-skandinavischen Gesundheitssysteme vorn. In marktnahen Systemen wie dem US-amerikanischen und in korporatistischen wie dem deutschen dominieren eher wirtschaftlich ertragreiche Produktinnovationen.

Die Studie konnte zeigen, dass sich das Negativurteil zur sogenannten „Staatsmedizin" bezogen auf die skandinavischen Länder nicht aufrechterhalten lässt. Es erweist sich als interessengeleitetes Vorurteil. Die Systeme sind nicht alle in gleichem Maße effektiv und effizient, aber es gibt Vorteile für Effizienz und Effektivität, wenn Finanzierung und Leistungserbringung im Kernbereich aus einer Hand erfolgen. Der Nutzen, den Wettbewerb bei Privatgütern entfaltet, kehrt sich bei öffentlichen Gütern in einen Nachteil um. Bei Privatgütern geht es um ständig neue Angebote, eine möglichst große Warenvielfalt. Dies wird durch Konkurrenz sichergestellt. Beim Aufbau von Humanvermögen (Bildung) und der Erhaltung von Gesundheit über Jahrzehnte (langes und gesundes Leben) als öffentlichen Gütern geht es um auf Dauer angelegte verlässliche Strukturen, die dem jeweiligen Wissensstand entsprechend qualitativ hochwertige Leistungen für alle erbringen. Sowohl öffentliche Gesundheitsdienste wie Pflichtversicherungssysteme mit privater Leistungserstellung können diese Funktion erbringen. Die Ausgabenkontrolle gelingt bei öffentlichen Gesundheitsdiensten aufgrund der direkten Durchgriffsmöglichkeiten jedoch besser als bei reinen Sozialversicherungssystemen. In der Langfristbetrachtung zeigt sich, dass marktnahe Systeme in der Gefahr stehen, die Kontrolle über die Ausgaben praktisch zu verlieren. Das US-amerikanische System steckt in dieser Falle, ohne dass daraus ein Nutzen für die allgemeine Volksgesundheit erwachsen würde. Das System ist teuer, sichert nicht gleichen Zugang für alle, bringt einen unbefriedigenden Gesundheitsoutcome und produziert Gesundheitsungleichheit auf höchstem Niveau. Diese schlechte Performanz muss systembedingt bewertet werden. Auch für die politische Steuerung ergeben sich bei öffentlichen Systemen deutliche Vorteile. Blockade- und Vetospieler finden in einem korporatistisch-selbstverwalteten System ein reiches Betätigungsfeld. In einem öffentlichen System lassen sich die damit verbundenen Reibungsverluste eher eingrenzen. Voraussetzung ist ein gutes Management. Bei kommunalen Krankenhäusern gab und gibt es das nicht immer. Grundsätzlich gilt jedoch: Managementversagen kann es im privaten wie öffentlichen Sektor geben.

Hauptkritikpunkt an öffentlichen Systemen ist der geringe Freiheitsgrad für BürgerInnen wie Leistungsanbieter. Die einen können nicht frei zwischen Ärzten und Kassen wählen,[313] die anderen werden durch Leitlinien, die sie als Angestellte beachten müssen, in der Freiheit der ärztlichen Berufsausübung beschnitten. Zudem, so das Argument, neigen öffentliche Gesundheitssysteme zur Rationierung von Leistungen und langen Wartelisten. Der Vorwurf ist berechtigt. Es gibt in den skandinavischen Ländern für Patienten wie Leistungserbringer weniger Freiheitsgrade als in Deutschland. Der große Vorteil des deutschen Systems liegt darin, dass Versicherte beliebig Ärzte aufsuchen und wechseln können. Ob dies ihrer Gesundheit nutzt, ist eine andere Frage. Man kann es als Wert für sich betrachten, der aber seinen Preis hat. Um das Ärztehopping als negative Folge der freien und beliebigen Arztwahl einzuschränken, bieten einige gesetzliche Krankenkassen mittlerweile Hausarztmodelle an. Wer sich verpflichtet, immer erst den Hausarzt aufzusuchen, wird mit Bonusleistungen oder einer Beitragsermäßigung belohnt. Der zweite große Pluspunkt des nicht-staatlichen deutschen Systems sind vergleichsweise geringe Wartezeiten. Auch hier gibt es allerdings eine Kehrseite. Einerseits verführen kurze Wartezeiten dazu, ärztliche Leistungen auch dort in Anspruch zu nehmen, wo in den skandinavischen Ländern das NEIN-Prinzip greift. Dass dies der Gesundheit nicht nutzt, zeigt der Umstand, dass die Deutschen trotz ihres häufigen Gangs zum Arzt und Facharzt nicht gesünder sind als Skandinavier. Die andere Kehrseite ist: GKV-Versicherte haben durchschnittlich längere Wartezeiten als privat Versicherte. Nach einer repräsentativen Erhebung des wissenschaftlichen Instituts der AOK aus dem Jahr 2006 bekamen 23,4 Prozent der gesetzlich Versicherten gegenüber 31,6 Prozent der privat Versicherten bei akuten Beschwerden noch am selben Tag einen Arzttermin. Wartezeiten von mehr als 4 Wochen mussten 13,6 Prozent der gesetzlich Versicherten, aber nur 2,9 Prozent der privat Versicherten in Kauf nehmen.[314] Diese Schlechterstellung von gesetzlich Versicherten kann nicht überra-

---

[313] Das Wahlfreiheitsargument wird an beliebiger Stelle für ganz profane Wirtschaftsinteressen ins Feld geführt. So setzte der Verband der privaten Krankenversicherungen das Geld seiner Versicherten im Juli 2003 für den Einkauf von Werbespots und ganzseitige Werebeanzeigen ein. Inhalt der am 25.3.2003 in der FR erschienenen Anzeige: „*Weniger Staat bedeutet mehr Freiheit für alle. Wir brauchen Reformen, keine Bürger(zwangs)versicherung. Die Bürger(zwangs)versicherung bedeutet Abschaffung der Wahlfreiheit. Dies wird zu einer staatlich verordneten Einheitsversorgung führen. Unser Gesundheitssystem braucht Wettbewerb. Eine Bürger(zwangs)versicherung bedeutet den Anfang vom Ende unseres Versorgungsstandards, denn der Staat kann dann über Leistungen nach Belieben entscheiden*…" Krux dabei, gerade die PKV verhindert die Wahlfreiheit derjenigen, die als Privatversicherte gerne die Versicherung wechseln würden. Sie verlieren beim Wechsel des Versicherers ihre Altersrückstellungen. Auch die Gesundheitsreform vom Frühjahr 2007 hat daran nichts Wesentliches geändert.

[314] Zitiert nach FR Nr. 45 v. 22.02.2007, S. 4

schen. Wer gesetzliche und private Vollversicherungen nebeneinander zulässt und es den Leistungserbringern ermöglichst, bei privat Versicherten den mehrfachen Gebührensatz zu nehmen, erzeugt bei den privat Versicherten die Erwartung einer bevorzugten Behandlung und bei den Ärzten die Neigung, durch Praktiken der Bevorzugung möglichst viele Privatpatienten an sich zu binden.

Freiheit der Arztwahl ist nicht alles – skandinavische Patientenrechte umgreifen den gesamten medizinisch-pflegerischen Prozess

Der geringere Freiheitsgrad und die Nichtexistenz einer Vielzahl von Krankenkassen ist in den skandinavischen Ländern ein Systemmerkmal, damit also politisch gewollt. Sonst wären es nicht Systeme vom Grundtyp „öffentlicher Gesundheitsdienst. Auf einem anderen Blatt steht, ob Systeme mit öffentlichem Gesundheitsdienst zwingend das Kriterium der sogenannten Responsivität verletzten, also wenig eingehen auf die Bedürfnisse ihrer Nutzer. Hier ist aufgrund der neueren Entwicklung eine differenzierte Beurteilung angesagt. Einerseits wurden im Rahmen neuer Steuerungsmodelle in gestaffelter Form garantierte Wartezeiten eingeführt und es wird mit Modellen einer eingeschränkt „freien" Arzt- und Krankenhauswahl experimentiert; andererseits verfügen die skandinavischen Länder über ein umfassenderes System von Patientenrechten als es in Deutschland ausgeprägt ist:

- Bei der Frage, wie Gesundheitssysteme das Kriterium der Responsivität erfüllen, schneiden die skandinavischen Länder je nach Betrachtungsperspektive schlechter oder besser als Deutschland ab. Die übliche Betrachtungsperspektive, die zu schlechten oder nur mäßig guten Bewertungen für die skandinavischen Länder und zu sehr guten Bewertungen für das deutsche System führt, stellt geringe Wartezeiten und den freien Zugang zu Ärzten und Fachärzten in den Mittelpunkt. In Deutschland hat jeder, der gesetzlich oder privat krankenversichert ist, jederzeit Zugang nicht nur zu praktischen Ärzten/Ärzten für Allgemeinmedizin, sondern auch zu unterschiedlichsten Fachärzten. Dagegen haben die Einwohner der skandinavischen Länder nur dann direkten Zugang zu einem Facharzt, wenn sie (Dänemark, Norwegen) gegen das Hausarztmodell optiert haben. Dies bleibt jedoch Theorie, da wohnortnah die gewünschten niedergelassenen Spezialisten häufig nicht verfügbar sind. Sie würden sich erst etablieren, wenn die Bevölkerung vermehrt für freie (Fach)Arztwahl optieren würde, was in Dänemark aber binnen 40 Jahren nicht erfolgt ist. Unter dieser Perspektive schneiden die skandinavischen Länder schlecht ab. Auch bei Wartezeiten schneidet Deutschland traditionell besser ab. Betrachtet

man dagegen Patientenrechte über den gesamten Behandlungsprozess von der Diagnosestellung über die Behandlung und ihre möglichen negativen Folgen bis zur Rehabilitation ergibt sich eine andere Beurteilung. Dies gilt auch, wenn die Ausprägung von Rechten über den Lebenslauf getrachtet wird. Bei der Wahl dieser Betrachtungsperspektive ist der jederzeitige Arztzugang nur ein Kriterium unter vielen. Die zitierten Befunde massiver Unzufriedenheit von Patienten mit dem deutschen System spiegeln das Gefühl von Ohnmacht und Rechtlosigkeit sobald es nicht mehr um die Ausübung eines Wahlrechts geht, sondern man sich als Patient fremdbestimmt in einem medizinisch-therapeutischen Prozess befindet. Hier aber genau ist die Rechtsstellung von Patienten in den skandinavischen Ländern stärker ausgeprägt.

- In den skandinavischen Vergleichsländern beginnen die Rechte lebensaufbezogen ab der frühen Kindheit (mehrmalige Hausbesuche der Public Health Nurses im ersten Lebensjahr; jährlich mehrfache Untersuchungen in Kindertagesstätten und Schulen, leichterer Zugang zu Schulpsychologen). Beim Übertritt ins Erwachsenenalter besteht die Möglichkeit, bei geringen Gebühren entweder weitgehend kostenfreie Gesundheitsdienstleistungen (Gesundheitszentren auf der Primärstufe und Krankenhäuser auf der sekundären Stufe) in Anspruch zu nehmen oder sich (Dänemarkt, Norwegen) für freie Arztwahl mit nachträglicher Teilkostenerstattung zu entscheiden. Die freiberuflich (Dänemark, Norwegen) oder als Kommunalangestellte (Finnland) tätigen Hausärzte haben die Verpflichtung, die Bürger, die bei ihnen gelistet sind, umfänglich gesundheitlich zu beraten und zu begleiten. Schweden, Finnland und Norwegen sind Vorreiter bei der Entwicklung eines Systems von Patientenrechten. Patienten haben ein Recht auf umfangreiche Aufklärung und Information, auf Einsicht in ihre Akte, auf Berichtigung von Fehleinträgen usw. Einrichtungen müssen Ombudsmänner/-frauen vorhalten, die Patienten über ihre Rechte aufklären und ihnen im Streitfall zru Seite stehen. Auch maximale Wartezeiten auf Arzttermine und medizinisch-plfegerische Behandlungen wurden in den letzten Jahren integriert. Die für die Versorgung zuständigen Kommunen und Landkreise resp. Provinziallandtage oder Regionen müssen bei Nichteinhaltung der Wartezeiten von bei planbaren stationären Eingriffen zwischen 2 und 3 Monaten Alternativen bei Privatkliniken oder Kliniken im Ausland offerieren. Reisekosten übernimmt dann der Staat.
- Wegweisend ist der Umgang mit Schäden, die bei Patienten im Zusammenhang mit Untersuchungen, Behandlungen oder der Einnahme von Medikamenten auftreten. In Deutschland gibt es diesbezüglich kein transparentes, von den Leistungs-

erbringern unabhängiges System. [315] Im Gegenteil. Diejenigen, die der Staat mit der Sicherstellung der Versorgung betraut hat, befinden über die bei ihnen angesiedelten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen selbst darüber, ob ihnen ein Behandlungsfehler unterlaufen ist. Da dies an die Feststellung von Schuld gebunden ist, liegt die Hürde für die Einräumung eines Behandlungsfehlers sehr hoch. Ziel ist nicht, geschädigten Patienten innerhalb kurzer Zeit unbürokratisch Entschädigungszahlungen zukommen zu lassen. Ziel ist es, die Hürden so hoch zu setzen, dass die Zahl der Patienten, die den Schritt wagt, gering gehalten wird. Zwar gibt es für Versicherte die Möglichkeit, zunächst den medizinischen Dienst ihrer Krankenkasse zu konsultieren, ehe sie sich an die Ärztekammer wenden. Aber diese hat nur beratende Funktion. Wenden sie sich mit ihrer Beschwerde an die Schlichtungsstelle der zuständigen Ärztekammer und bleiben erfolglos, können sie den Klageweg einzuschlagen. Wer jedoch seitens des Gerichts als Gutachter bestellt wird, ist nicht weniger intransparent als das Verfahren bei der Ärztekammer. Im skandinavischen System ist die Patientenstellung bei Beschwerden und Behandugnsfehlern weit stärker. Zudem existiert an den Kliniken keine Schuldkultur, die Fehlervertuschung begünstigt, sondern ein transparenter Umgang mit Fehlern. Dazu gibt es klare Pflichten. In Schweden ist der Chefarzt zur Meldung von aufgetretenen Risiken und eingetretener Behandlungsfehler verpflichtet. Ziel der Regelung – sie ist seit 10 Jahren in Kraft - ist die Garantie hoher Qualität bei Untersuchung, Pflege und Behandlung. Im Behandlungsrapport sind routinemäßig Verwechslungen, Fehldosierungen, die sachlich nicht korrekte Ausführung von Untersuchungen und Eingriffen, das Auftreten von Infektionen bis hin zu Mängel in der Arbeitsorganisation wie Kommunikation und die eventuell ungenügende Information von Patienten und/oder Angehörigen sind festzuhalten. Da für die Behandlung und die Reporterstellung nicht einzelne Ärzte, sondern ganze Behandlungsteams zuständig sind, ist die Gefahr gering, dass aufgetretene Probleme in den Reports unterschlagen werden. Patienten können Einsicht nehmen. Schwere Fehler sollen dem Ministerium gemeldet werden. Wird aus Fehlern nicht gelernt, droht bei Ärzten wie Nur-

---

[315] Das Institut für Allgemeinmedizin (Prof. Dr. Ferdinand Gerlach) schätzt, dass in deutschen Krankenhäusern ungefähr jeder zehnte Patient von vermeidbaren Schäden durch medizinische Behandlungen betroffen ist. Wie häufig Fehler im Rahmen der hausärztlichen Versorgung in Deutschland auftreten, sei dagegen „völlig unbekannt". Im Aufbau von Systemen der systematischen Fehlervermeidung liegt Deutschland sehr zurück. Pressemitteilung „Jeder Fehler zählt - Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen analysiert typische Fehler und hilft, sie künftig zu vermeiden**"** der Universität Frankfurt a. M. vom 5.7.2007: http://idw-online.de/pages/de/news207757

ses der Entzug der Approbation resp. Behandlungslegitimation. Außerdem: Behandlungsfehler werden publik gemacht. Die Transparenz geht so weit, dass die Informationen im Internet oder sogar in der örtlichen Presse mitgeteilt werden. Fluchtpunkt für dieses System einer flächendeckenden Fehlerkultur ist die Sicherstellung gleichmäßig guter Qualität. Damit unterscheidet sich das System vom US-amerikanischen Weg der Markenbildung von Kliniken über die Publizierung von Qualitätskennzahlen. Während das skandinavische System allen Patienten nutzt unabhängig vom Wohnort oder sozioökonomischem Status, verlangt das US-amerikanische System den gut informierten Gesundheitskunden, der sich vor der Wahl eines Krankenhauses entweder selbst umfänglich informiert oder einen privaten Berater mit dem Afutrag betraut, eine Expertise zu den in Frage kommenden Kliniken zu erstellen.

Auch wenn das Zerrbild von den menschenfeindlichen Rationierungen in den staatlichen Gesundheitssystemen bei der Verfolgung der eigenen wirtschaftlichen Interesse gerne bemüht wird, zeigt doch die Entwicklung der jüngeren Zeit, dass Rationierungen und überlange Wartezeiten nicht zwingend sind. Patientenorientierung lässt sich in staatliche Systeme integrieren. Hierfür gibt es unterschiedliche Lösungen, die auch unterschiedlich teuer sind. Finnland praktiziert eine kostengünstige Lösung, bei der Zukauf privater Leistungen im Land als Puffer fungiert. Norwegen praktiziert eine eher teure Lösung, bei der Leistungen auch außerhalb des Landes eingekauft werden. Gleiches gilt für Dänemark. Folgendes muss mitbedacht werden: Wahlfreiheit verliert für Bürger in ihrer Rolle sowohl als Patienten wie als Nachfrager von Bildungsleistungen in dem Maße an Bedeutung, wie sie sich auf eine relativ gleichmäßig gute Qualität bei Kindergärten, Schulen, Gesundheitszentren, Krankenhäusern verlassen können. Im Gegenzug wächst die Bedeutung von Wahlfreiheit in dem Maße, wie es dieses Vertrauen nicht gibt. Hier aber zeigt sich, dass die integrierte öffentliche Steuerung der Finanzierungs- wie Leistungsseite des Bildungs- und Gesundheitswesens bei der Bevölkerung in den skandinavischen Ländern mit breiter Akzeptanz und Zufriedenheit honoriert wird. Wo aber der Wert von Bildung und Gesundheit als allen zustehenden öffentlichen Gütern in der individuellen Erfahrung präsent ist, hat dies positive Auswirkungen auf die Bereitschaft zur solidarischen Mitfinanzierung über Steuern und Abgaben und reduziert „moral hazard".

In grundsätzlicher Hinsicht gilt: Verbesserungen bei der Effizienz, der Qualitätssicherung und der Gerechtigkeit lassen sich sowohl in staatlichen wie in Sozialversicherungssystemen erzielen. Mit staatlichen Systemen ist es durchaus verträglich, gewisse Leistungen

aus der staatlichen Bereitstellung auszugliedern und bei teilweisem Kostenersatz privat erbringen zu lassen. Bei den zahnmedizinischen Leistungen Erwachsener sind die meisten skandinavischen Länder diesen Weg gegangen. Umgekehrt wäre es mit dem deutschen Sozialversicherungssystem vertretbar, bestimmte Basisleistungen stärker in die öffentliche Produktion und Finanzierung zu bringen. Denkbar wäre eine Ausweitung des Leistungsfeldes kommunaler Gesundheitsämter. Heute nehmen diese Ämter primär Kontroll- und Überwachungstätigkeiten wahr. Ein bedeutsamer Schritt nach vorne wäre es, wenn in der Sozialbehörde eine stärkere Integration erfolgte, etwa auch mit den Jugendämtern. Für einen neuen Beruf „Gemeindeschwester-Public Health Nurse" mit Qualifikation auf Bachelorniveau böte sich ein vielfältiges Einsatzfeld in Familien, in Kinderbetreuungseinrichtungen, in Schulen. Hier könnte von den skandinavischen Ländern, die diesbezüglich auf lange Erfahrungen zurückblicken, viel gelernt werden.

5.6 Skandinavische Gesundheitssysteme: Mehr Beschäftigung trotz geringerer Gesundheitsausgaben

In Deutschland wird das weitere Puschen von kommerziellen Gesundheitsmärkten als Weg der Beschäftigungsförderung anpreisen. So etwa eine Studie, die die Universität Duisburg-Essen im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM) durchführte und über die in der Presse im Mai 2007 berichtet wurde. Danach wird sich die Pflegebranche in den kommenden Jahren in Deutschland aufgrund der Zunahme der Zahl von Pflegebedürtigen bei gleichzeitiger Abnahme häuslicher Pflege zum Jobmotor entwickeln. Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten in der Pflege werde von heute 545.000 auf über eine Million im Jahr 2030 und 1,8 Millionen in 2050 ansteigen.[316] Was hier abhängig von bestimmten Annahmen für das Jahr 2050 an Beschäftigungsaufbau bei Pflegeberufen prognostiziert wird, liegt weit unter der Beschäftigungslücke, die Deutschland im Vergleich zu Finnland und Norwegen bereits heute aufweist. Mit der finnischen Struktur und Dichte von Gesundheitsdienstberufen hätte es im Jahr 2004 in Deutschland zwar zwischen 2 tsd. bis maximal 33 Tsd. Ärzte weniger gegeben, dafür aber zwischen 950 Tsd. bis 1,3 Mio. mehr an Pflegepersonal in der Spannweite von mittelqualifizierten bis zu akademisierten Pflegeberufen. Der Befund zeigt, dass innerhalb skandinavischer Wohlfahrtsregime öffentliche Gesundheitssysteme beschäftigungspolitisch weit erfolgreicher sind als das deutsche

[316] Zitiert nach Ärzte-Zeitung v. 3.05.2007. Woher die Zahl von 545.000 Pflegekräften kommt, ist der Autorin, die nur den Bericht in der Ärztezeitung zur Kenntnis genommen hat, nicht erfindlich. Vermutet werden kann, dass dies nur die Gruppe der Gesundheitss- und Krankenpfleger meint, die 2004 526.000 VZÄ ausmachte.

Selbstverwaltungssystem. Mit einem geringeren Einsatz von finanziellen Ressourcen gemessen am BIP erreichen Dänemark, Finnland und Schweden eine höhere Beschäftigungsintensität. Auch die fiktive Beschäftigungslücke zu Norwegen ist beträchlich. Allein auf Krankenhäuser bezogen, beläuft sie sich auf eine gute halbe Million. Isand generiert mit relativ sehr hohen Gesundheitsausgaben dagegen weit weniger Beschäftigung.

Wie ist erklärbar, dass in Dänemark, Finnland und Schweden trotz des gemessen am BIP geringeren Einsatzes finanzieller Ressourcen für den Gesundheitsbereich die Beschäftigungsdichte nicht geringer, sondern zumindest bei den Gesundheitsdienstberufen höher ist? Vier Erklärungsfaktoren bieten sich an:

Egalisierte Einkommensstruktur

Die Einkommensdifferenzen sind in Deutschland groß. Im EU-Vergleich nimmt Deutschland bei der Einkommensspreizung eine Position im Spitzenfeld ein.[317] Da der öffentliche Sektor zu klein ist, um korrigierend zu wirken, ist dies nicht verwunderlich. Auch nicht, dass sich im relativ zu den skandinavischen Ländern marktnahen deutschen Gesundheitssystem die extremen Diskrepanzen fortsetzen, während die Differenzen im Bildungssystem aufgrund der Anbindung an öffentliche Besoldungssysteme geringer sind. Im niedergelassenen Bereich hatten wir schon bei den Ärzten eine erhebliche Diskrepanz gesehen. Im Krankenhausbereich gibt es ebenfalls ein erhebliches Gefälle. Während Schwestern und Pfleger eher schlecht bezahlt werden und auch Assistenzärzte und Stationsärzte in gleicher Funktion in skandinavischen Ländern mit Ausnahme von Finnland mehr verdienen würden, beziehen Chefärzte teilweise sehr hohe, weil aus mehreren Quellen stammende Gesamtvergütungen. Generell kann bezogen auf die Einkünfte von Ärzten und Pflegekräften gesagt werden: Die skandinavischen Gehälter für Ärzte in Gesundheitszentren liegen weit unter dem, was in Deutschland niedergelassene Ärzte im Schnitt verdienen. Die Bannbreiten sind deutlich schmaler als in Deutschland. Die Einstiegsgehälter für untere Qualifikationen sind höher, die Spitzengehälter viel geringer. Gemessen an Gehältern angestellter Ärzte und Krankenschwestern in Krankenhäusern ist die Bezahlung eher besser, zumal mit Blick auf die geringeren Arbeitszeiten. 2003 z. B. verdienten Ärzte in Schweden mtl. ca. 5.300 Euro, angestellte Zahnärzte ca. 3.900 Euro und Nurses ca. 2.600 Euro. (Glennford 2005: 51). Die Einkünfte für Gesundheitsdienstleister im dänischen Staatssektor sind ähnlich. Norwegen dagegen zahlt besser. Für das, was in Deutschland Chefärzte verdienen, werden in Skandinavien mehrere Ärzte beschäftigt. Traditionell beziehen deutsche Chefärzte ihr Einkommen aus mehreren Quellen. Zu dem Fixeinkommen aus dem Anstellungsverhältnis kommen Liquidationshonorare und Einkünfte aus der KV-Ermächtigung zum ambulanten Operieren. Diese KV-Ermächtigung ist einer der Gründe, warum sich Deutschland mit der Zulassung von Krankenhäusern (als Institution) zum ambulanten Operieren so schwer tut. Dies tangiert Chefarztprivilegien. Was der Institution Krankenhaus, für die sie arbeiten, traditionell verwehrt ist, nämlich ambulante Leistungen zu erbringen, ist ihnen über Ermächtigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erlaubt. Auch die Funktionäre an den Spitzen der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Vorstände der immer noch 250 Kassen, die sich Deutschland leistet, beziehen Jahreseinkünfte, die in den skandinavischen Ländern für die Beschäftigung jeweils mehrerer Fachkräfte dienen würden. 2006 verdienten die Manager der rd. 250 gesetzlichen Krankenkassen zwischen 150.000 bis 220 000 Euro im Jahr

[317] Schulten (2006: 43) zitiert eine EU-Untersuchung von 2005, wonach die Lohnspreizung in der EU25 (incl. Norwegen) in Schweden, Norwegen, Finnland und Dänemark am geringsten ist. Deutschland liegt im Spitzenfeld. Nur 4 Länder (Estland, Polen, Litauen und Slowenien) wiesen eine noch höhere Lohnspreizung auf.

an Grundgehalt. Hinzu kommen für Vorstandsmitglieder Sondervergütungen und Zusatzleistungen; die KV-Vorstände kamen auf rd. 230.000 Euro plus zulässiger Nebeneinkünfte aus ärztlicher Tätigkeit.[318]

Geringere Arbeitszeit

In den skandinavischen Ländern sind effektive Wochenarbeitszeiten von unter 40 Stunden die Regel. Dies gilt zumindest fur angestellte Gesundheitsdienstleister. In Deutschland dagegen liegen schon die tariflichen Arbeitszeiten im Schnitt bei über 40 Stunden.[319] Die zeitliche Belastung von Klinikärzten ist teilweise enorm. Auch bei niedergelassenen Ärzten ist von Wochenarbeitszeiten eher in der Nähe von 50 als von 40 Studen auszugehen.

Andere Berufsstruktur

Deutschland leistet sich eine stark hierarchische Berufsstruktur der Dienstleister im Gesundheitssystem. Die Facharztverbände sind seit Jahrzehnten sehr erfolgreich bei der Verhinderung einer Professionalisierung der Ausbildungsgänge nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durch Teil-Akademisierungen. Wo immer Gefahr droht für die eigene Macht- und Einkommensposition wird auf Blockade geschaltet. So werden Weiterentwicklungen in der Pflege, in der Physiotherapie, im Dentalbereich und auch in der Anästhesie behindert mit der empirisch längst widerlegten Behauptung, dies führe zu Deprofessionalisierung der ärztlichen Berufe und gefährde die Qualität der Versorgung.[320] Dagegen haben die skandinavischen Länder den Bereich der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe professionalisiert und ausdifferenziert. Die Versorgungsqualität wurde dadurch nicht verschlechtert, sondern über die Realisierung einer höheren Personaldichte insgesamt verbessert. Im besonderen Maße realisiert Finnland über diese Strategie positive Beschäftiungseffekte. Rückgrat dort sind die Nurses. Dass dies nicht zum Nachteil der Bevölkerung ist, zeigt der Gesundheitsoutcome. Nurses jedoch beziehen in allen skandinavischen Ländern nur etwa 60 Prozent des Einkommens von Medizinern. Mit der Honorarsumme, die in Deutschland einer durchschnittlichen Facharztpraxis mit niedergelassenem Facharzt und zwei Arzthelferinnen zukommt, können nach Abzug der Sachkosten in Schweden oder Finnland ein ganzes Team aus Arzt, Physiotherapeut, mehreren „Nurses" und einer Assistenzkraft beschäftigt werden. Die geringere Arztzentrierung entfaltet neben der stärker egalisierten Einkommensstruktur eine höhere Beschäftigungswirkung. Dies entlastet Ärzte. Es führt auch nicht zur Deprofessionalisierung ärztlicher Berufe, wenn sich nichtärztliche Gesundheitsdienstberufe auf semi-akademischem Niveau ebenfalls professionalisieren.

---

[318] Top-Verdiener bei den Kassenmanagern ist die Spitze der Deutschen Angestellten-Krankenkasse. Der DAK-Vorstandsvorsitzende erhielt im Jahr 2006 eine Grundvergütung von 223 963,56 Euro; die Spitze des AOK-Bundesverbandes lag mit 171 622 Euro plus 20 prozentiger Gewinnprämie deutlich darunter. http://www.presseportal.de/story.htx?nr=969508&ressort=2 (Zugriff am 20.4.2007)

[319] Nach den Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (2006: 32) betragen sie bei Ärzten seit dem 1.11.2006 im Landesdienst (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder) 42 Stunden und bei Kommunen 38,5 Stunden. Dazu kommen Überstunden, so dass von einer effektiven Arbeitszeit von deutlich über 40 Stunden ausgegangen werden kann.

[320] Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie beschäftigte sich im Frühjahr 2007 mit dem Thema. Zum Ergebnis der Beratung heißt es in einer Pressemitteilung der Gesellschaft: „*Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) warnt davor, klassische ärztliche Tätigkeiten zunehmend von nichtärztlichem Assistenzpersonal durchführen zu lassen. Dies gefährde die Qualität der Versorgung der Patienten, zudem seien zahlreiche rechtliche Fragen ungeklärt. Die DGCH sieht allerdings dringenden Handlungsbedarf für die Entlastung der Chirurgen von primär nicht-ärztlichen Tätigkeiten. In bestimmten Bereichen könne es durchaus sinnvoll sein, Aufgaben zu delegieren. Eine Akademisierung der Assistenzberufe lehnt die DGCH ab*".(Pressemitteilung „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie warnt vor Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal" vom 7.3.2007: http://idw-online.de/pages/de/news199297)

Schlanke Strukturen und Stärkerer Integrationsgrad

Auch wenn unklar ist, welche Zusatzkosten in Deutschland die wenig integrierten Strukturen und die erst geringe Durchsetzung von leitliniengestützten Behandlungskonzepten verursachen, werden darüber doch Ressourcen vergeudet, die in den skandinavischen Ländern anderweitig, damit teilweise auch für eine höhere Personaldichte, verwandt werden können. Am Beispiel des finnischen wie norwegischen Gesundheitssystems war deutlich geworden, dass die Systeme dieser Länder nicht nur mit geringen Overhead-Kosten, sondern auch mit sehr geringen Verwaltungskosten und Kosten für Planung, Marketing, Beratung arbeiten. Zu diesem Bereich liegen für Deutschland nur rudimentäre Angaben vor, die auch nicht vergleichbar sind, weil GKV und PKV ihre Verwaltungskosten unterschiedlich erheben. Kosten für Beratung, Marketing etc. sind darin gar nicht oder nur teilweise enthalten. Gerade diese Kostenpositionen dürften aber stark gestiegen sein und weiter steigen, denn mehr Wettbewerb unter den Kassen bedingt einen Anstieg der Marketingausgaben, um sich im Wettbewerb zu positionieren.

Vor dem Hintergrund der skandinavischen Befunde sind die Erwartungen und Verheißungen, die mit der weiteren Entwicklung der Gesundheitswirtschaft verknüpft sind, mit größter Vorsicht zu sehen. Die Prognose verheißt hunderttausende neuer Arbeitsplätze als Ergebnis von mehr Wettbewerb, mehr Markt und Modellen von Public-Private-Partnership. Dies alles bei gleichzeitiger Industrialisierung des Krankenhaussektors. Nach den Ergebnissen dieser Studie lösen Strategien der Vermarktlichung keines der Probleme des deutschen Gesundheitssystems. Die skandinavischen Länder zeigen, dass effiziente Managementkonzepte auch unter öffentlicher Trägerschaft möglich sind. Dies dann bei Vermeidung der Schattenseiten und unkalkulierbaren Risiken von Privatisierungsstrategien. Die Frage ist doch: Wie schaffen es die private Klinikkonzerne, Gewinnmargen von 10, 20 Prozent zu erzielen und wohin wandert dieser Gewinn ab? Auf diese Frage gibt es folgende Antworten:

1. Private Klinikkonzerne interessieren sich nur für Häuser mit erheblichem Renditepotential, die als Ankerplätze für selektiv weitere Zukäufe infrage kommen. Diese Strategie überlässt öffentlichen und gemeinnützigen Betreibern die Häuser, wo keine oder keine ausreichende Gewinnabschöpfung möglich ist.
2. Industrialisierung ist eine Strategie, um das wirtschaftliche Potential eines Hauses zu heben. Hier geht es um die Durchrationalisierung der Materialwirtschaft (Sachkostensenkung), um die Optimierung logistischer Ketten, die Neuverhandlung von Verträgen (Rahmenverträge, Lieferverträge…). Professionell geführte öffentliche Häuser können diese Kostensenkungen ebenso realisieren.
3. Konzentration auf lukrative Sparten. Als lukrativ gelten Bereiche, die in besonderer Weise Privatpatienten anziehen (Herzchirurgie, Handchirurgie, Schlafmedizin…). Für diese Bereiche werden dann zu Traumbedingungen hochkarätige Spezialisten rekrutiert, über die sich ein bestimmtes Klinikimage transportieren lässt. Bereiche,

die unter dem Gesichtspunkt der Margenmaximierung weniger interessant sind, werden vernachlässigt. Damit aber erweisen sich Privatisierungen von Krankenhäusern der Regelversorgung, sofern sie überhaupt zustande kommen, als hochriskant. Hier geht es nämlich primär um eine qualitativ hochwertige Regelversorgung und weniger um Spezialitäten.

4. Der letztlich entscheidende Hebel für die Realisierung hoher Margen sind die Personalkosten. Bei erhöhter Produktivität soll mit weniger Personal mehr Output realisiert werden. Output meint dabei nicht Gesundheit, sondern die Maximierung von den Leistungen, die Geld bringen. Der Abbau von Personal trifft sowohl den ärztlichen wie den pflegerischen Bereich, tendenziell jedoch stärker den Pflegebereich.[321] Schließlich benötigt man Ärzte als Werbeträger.

Alle Krankenhauskonzerne (Rhön-Klinikum, Helios, Asklepios, Ameos) verfolgen derartige Strategien. Es geht dabei nicht um gesundheitspolitische Gemeinwohlziele und nicht um die Schaffung von qualitativ hochwertigen Arbeitsplätzen, sondern um die Realisierung von bestimmten Gewinnmargen. Dies durchaus auch um den Preis von Gesundheit, um den Preis von Personalabbau und einer Vergrößerung des Einkommensgefälles zwischen Spezialisten, normalen Ärzten und Pflegekräften. Die zunehmende Medikalisierung der Bevölkerung, die sich in Deutschland abzeichnet und im marktnahen US-amerikanischen System bereits eine erhebliche Gesundheitsgefahr darstellt, steht im Zusammenhang mit Strategien der Vermarktlichung.

Die gesundheitlichen Effekte der Expansion von Gesundheitsmärkten sind widersprüchlich. Im Einzelfall, zumal für kaufkräftige Kundengruppen, kann sich ein gesundheitlicher Mehrwert einstellen. Die Bilanz für die Gesamtgesellschaft dürfte anders ausfallen. Ein vermarktlichtes System neigt zur extensiven Ausweitung von Einzelleistungen, die aggressiv vermarktet werden.[322] Dies ist das Gegenteil des skandinavischen NEIN-Prinzips.

---

[321] Laut einer Studie der DZ Bank machen in Deutschland Personalkosten bei öffentlichen Häusern rund 70 Prozent aus, bei privaten aber nur 57 Prozent. Behandelte ein Arzt bei kommunalen Trägern 2005 im Schnitt 122 Patienten, waren es bei privaten 159 "Ohne Personalabbau haben die Privaten langfristig keine Chance", zitiert die FtD (Heiny, Lukas: Umdrehen bitte, in: FtD vom 18.06.2007) den Klinikexperten Harald Schmitz von Deloitte. Auch für Rhön-Vorstand Pawlik gilt: "Am Ende des Tages braucht man weniger Personal, sonst lohnen die Investitionen auch nicht".

[322] Vermarktet werden, dies ist die Logik des Marktes, Einzelprodukte. Ihnen werden Wirkungen zugeschrieben, die sie im komplexen System des menschlichen Organismus selten erfüllen. So werden Nahrungsergänzungsmittel mit allerlei Heilsversprechen versehen. Nicht nur, dass die Einnahme von Supplementen verglichen mit gesunder Ernährung zweite Wahl ist, die meisten Heilsversprechen sind wissenschaftlich nicht belegt. So gibt es für Vitamin-E-Supplemente das Versprechen auf Schutz vor freien Radikalen. Regelmäßige Einnahme von Vitamin-E-Tabletten beuge oxidativ bedingten Erkrankungen wie Arteriosklerose und Krebs vor. Rund 24 Millionen Amerikaner nehmen Schätzungen zu Folge hoch dosierte Vitamin-E-Präparate ein.

Derartige Tendenzen sind heute schon zu beobachten. Etwa wenn mit dem Versprechen auf Heilung oder Schönheit für medizinisch fragwürdige diagnostische Verfahren (laufende Check-ups, Krebsfrüherkennungen ohne nachgewiesenen Nutzen), in die Abhängigkeit führende Arzneimittel oder riskante operative Eingriffe geworben wird. Bei einer Vermarktlichungsstrategie droht ein mögliches Plus an Beschäftigung bezahlt zu werden mit der Medikalisierung auch der eigentlich gesunden Bevölkerung. Ergebnis könnte die Eindampfung der Lebensspanne sein, die Menschen bei hoher Lebensqualität in guter Gesundheit verbringen. Die Befunde dieser Studie belegen, dass staatlich-öffentliche Gesundheitssysteme, wie sie die skandinavischen Länder im Rahmen ihres gleichheitsorientierten Wohlfahrtsmodells hervorgebacht haben, mehr und qualitativ weit weniger polarisierte Arbeitsplätze generieren als dies dem korporatistischen und stärker marktorientierten deutschen System gelingt. Die Erwartung, dass eine weitere Vermarktlichung als Jobmotor fungiert, erscheint vor diesem Hintergrund illusorisch. Inbesondere die Erwartung auf qualitativ hochstehende und gut bezahlte Arbeitsplätze wird sich schwerlich erfüllen. Wachsen werden bei einer Vermarktlichung vor allem prekäre Jobs in der Pflege und in der Vermarktung von „Gesundheitsprodukten".

Von der Vermarktlichung der Kernbereiche des Gesundheitssystems sind die peripheren Bereiche zu unterscheiden. In den peripheren Bereichen gibt es Geschäftsfelder bei Wellness, bei Tourismus, bei Fitness usw, die noch weiter entwickelt werden können mit Potential auch für Beschäftigungsaufbau. So hoffen Touristikunternehmen darauf, Gesundheitsreisen verstärkt am Markt etablieren zu können. Das Kalkül ist, am Gesundheitsmarkt kann man noch lohnende Margen zu finden, wenn es ihnen gelingt, Gesundheitsreisen für kaufkräftige Kundschaft so zu emotionalisieren, das daraus ein Wachstumsmarkt entsteht.[323]

Studien der letzten Jahre lassen jedoch daran zweifeln, ob die Einnahme von Vitamin E überhaupt einen Nutzen hat. Einige Untersuchungen kommen sogar zu dem Ergebnis, dass die Zufuhr von mehr als 100-270 mg des Vitamins möglicherweise schädlich sein kann. Professor Siegfried Heyden (Heyden 2006) vom Duke University Medical Center hat zehn Langzeitstudien mit Vitamin E unter die Lupe genommen. Sie alle untersuchten den Einfluss größerer Mengen (zwischen 100 und 5000 mg Vitamin E pro Tag) auf Herz-Kreislauferkrankungen, verschiedene Krebsarten, Morbus Parkinson und Morbus Alzheimer sowie auf die Knochendichte von Frauen. Teilweise wurde Vitamin E gemeinsam mit anderen antioxidativen Vitaminen wie Beta-Carotin oder Vitamin C verabreicht. In keiner Untersuchung hatten die Präparate signifikante Auswirkungen auf die Patienten im Vergleich zur Placebogruppe. Auch auf die Knochendichte oder die Nebenwirkungen einer Strahlentherapie zeigten Vitamin-Supplemente keinen Einfluss. Drei Untersuchungen kamen sogar zu dem Ergebnis, dass erhöhte Vitamin-E-Gaben für Patienten mit Krebs und kardiovaskulären Erkrankungen das Krankheits- und teilweise das Sterblichkeitsrisiko erhöhen können. Der Autor stellt daher in Frage, ob die Theorie, nach der die ergänzende Zuführung von Antioxidanzien uns vor Arteriosklerose und Krebs schützen, aufrecht zu erhalten ist.

[323] Auf einer FtD-Konferenz "Markt für Entrepreneure", über den die FtD am 15.03.2007 berichtete, wurden rosige Einzelfacetten vorgetragen. Eine Vermarktlichung und Industrialisierung propagierten und prognostizieren u.a. Uwe Reinhardt, Gesundheitsökonom von der Princeton University (USA) , Peter Langkafel, beim

5.7 Lebenslaufbezogene Politikintegration contra Fragmentierung und Flucht in die Kommerzialisierung (Privatisierung)

Bei Analysen zur Zukunft des deutschen Sozialstaates bleibt ein Aspekt ausgeblendet bis zumindest unterbelichtet. Der deutsche Sozialstaat funktioniert als Sortiermaschine. Dies erschöpft sich nicht in der Vielgliedrigkeit des Schulsystems mit ihren hochselektiven Wirkungen. Selektion statt Integration ist in jeder Hinsicht ein zentrales Regulationsprinzip. Ob es um den geringen Anteil behinderter junger Menschen geht, die in Deutschland integrativ in Kindertagesstätten betreut und später in regulären Schulen unterrichtet werden; ob die Frage aufgeworfen wird, in welchem Umfang im Gesundheitssystem integrierte geschlossene Versorgungsketten existieren oder die nach der Integration laufender Weiterbildung im Beschäftigungssystem. Integration wird in Deutschland rhetorisch beschworen, aber durch die existierenden Strukturen und die darin wirksamen kulturellen Prinzipien selten wirksam unterstützt. Der Vorrang der Desintegration vor der Integration scheint ein Grundmerkmal der deutschen politischen Kultur. Aktuell zeigt sich dies erneut bei der Debatte um gesetzliche Mindestlöhne. Statt gegen Lohndumping eine einheitliche gesetzliche Untergrenze einzuziehen, was seit Jahren überfällig wäre, wird nach Branchen bis hinunter zu Einzelberufen sortiert. Das Ergebnis eines deutsch-typischen Flickenteppichs von mehr oder weniger schlecht funktionierenden Einzelregelungen ist absehbar. Dies schließt nicht aus, dass es in einem zweiten Anlauf noch zu einer Vereinheitlichung kommt; mächtige Kräfte stehen jedoch dagegen.

Dort, wo Politik mit den Folgen mangelnder Integration konfrontiert ist, ist die Bereitschaft, die Ursachen anzugehen, unterentwickelt. Es wird mehr an der weiteren Fragmentierung als an der Integration von Strukturen arbeitet. Der Rückzug des Leistungsstaates, den wir in Deutschland seit mehr als einer Dekade beobachten können, hat nicht nur zu einer Zunahme der Kommerzialisierung im Bereich öffentlicher Daseinsvorsorge geführt, sondern im Bereich der sozialen Instrastruktur die schon vorher vorhandene Fragmentierung weiter verstärkt bis hin zur Zerfaserung. Andererseits, im Bereich der Ver- und Entsorgung mündete Liberalisierung in die Ausbildung privater Oligopole. Im Einzelnen sind die Prozesse widersprüchlich, aber die Resultante ist durch eine wachsende Fragmentierung geprägt. Denkfiguren wie die Diskreditierung von integrierten Ansätzen als ideologische Gleichmacherei und die Idealisierung von Wettbewerb haben dabei Schrittmacherfunktion, denn sie liefern das ideologische Rüstzeug für die Förderung von Prozessen der Des-

---

Softwarehersteller SAP für den Healthcarebereich zuständig sowie Günter Stock, ehemaliger Vorstand des

integration. Das deutsche Gesundheitssystem ist ein Paradebeispiel für fehlende Integration. Die Studie ist intensiv der Frage nachgegangen, welche Vielfalt von Akteuren, die in einem erheblichen Maße nicht miteinander, sondern gegeneinander arbeiten, wir uns im Gesundheitssystem leisten. Vielfalt ist bei einem öffentlichen Gut jedoch anders zu bewerten als bei einem Privatgut. Eine Frau, die an Brustkrebs erkrankt ist, braucht keine Vielfalt von Therapien, sondern die auf den individuellen Fall zugeschnitten evidenzbasiert beste Therapie innerhalb von Strukturen, die reibungslos ineinandergreifen, wo also für psychologische Begleitung ebenso gesorgt ist wie für die Versorgung nach dem Verlassen der Klinik. Die Patientin interessiert nicht, dass die Finanzierung der Krankenhausleistung nach anderen Regeln erfolgt als die Finanzierung der Leistungen, die sie im ambulanten Bereich erhält, dass die Rechtsstellung der Dienstleister eine andere ist usw. Für die Patientin zählt, dass die Strukturen möglichst reibungslos ineinander greifen und das Wissen, das die eine Stelle erhoben hat, nicht im weiteren Verlauf verloren geht, weil es zu den nachgelagerten Stellen auf der Versorgungskette nicht durchdringt. Mit dem Aufbau derartiger Strukturen tut sich Deutschland sehr schwer. Der Gewährleistungsstaat hat es mit den Instrumentarien der rechtlichen Rahmensetzung seit Jahrzehnten nicht vermocht, die Selbstverwaltungsakteure in Richtung der Überwindung starrer Abschottungen in Bewegung zu setzen.[324] Es stehen Strukturen gegeneinander, die nach unterschiedlichen Prinzipien arbeiten und deren Akteure mehr das Geschäft der Konkurrenz als das der Kooperation beherrschen. Machtkämpfe um Geld werden in der Folge nicht selten auf dem Rücken der Patienten ausgetragen. Auch der direkte Zugang zur Facharztbehandlung – für manche ein Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems – reiht sich hier ein. Nicht nur, dass Hausärzte (Allgemeinmediziner) und Fachärzte heillos zerstritten sind, zahlreiche Einzelbeispiele legen die Vermutung nahe, dass die doppelte Verfügbarkeit von Fachärzten sowohl im ambulant-niedergelassenen Bereich wie in Kliniken eine Quelle mangelnder Wirtschaftlichkeit ist, da kostspielige Doppeluntersuchungen durchgeführt werden, die für Patienten ohne Nutzen sind. Der Gesundheits-SVR hatte sich hierzu entsprechend kritisch geäußert. Dass niedergelassene Fachärzte gerne das Gegenteil

---

Pharmaunternehmens Schering. http://www.ftd.de/unternehmen/gesundheitswirtschaft/173712.html?mode=-print

[324] Anläufe des Gesetzgebers, durch sanfte Intervention etwas in die gewünschte Richtung zu bewegen, gab es genug. Vor über einer Dekade wurde z. B. das Gesundheits-Strukturgesetz von 1993 just mit dem bisherigen Steuerungsversagen begründet: „*Nachdem alle Versuche in den letzten 20 Jahren gescheitert sind, die starre Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung aufzuweichen, unternimmt das GSG im Interesse der Kontinuität der Behandlung des Patienten sowie höherer Effektivität des Systems einen neuen Anlauf, durch verbindliche normative Regelungen eine bessere Verzahnung und Verknüpfung herbeizuführen. Unmittelbarer Anlass war sicherlich auch, dass die Verbände der Krankenkassen, der Krankenhäuser und der Kassenärzte das bereits mit dem GRG 1989 eingeführte Instrumentarium der zwei- und dreiseitigen Verträge (§ 112, § 115 SGB V) unzureichend umsetzten*." (Genzel 1994: 86)

beweisen möchten, ist nahe liegend. Ein von ihnen beauftrages Gutachten (IGES) kam zu der Beurteilung, die doppelte Facharztschiene verursache nur geringe Zusatzkosten. Einmal wird verwiesen auf die im internationalen Vergleich mit 1,6 Fachärzten pro 1000 EW nicht übermäßig hohe Facharztdichte. Bezogen auf unsere Vergleichsländer ist die Facharztdichte freilich hoch. Sie liegt in Dänemark in der Primärversorgung seit den 80er Jahren relativ konstant bei nur rd. 0,14 niedergelassenen Fachärzten pro 1000 Einwohner (1980: 0,13; 2000 0,14)[325] Davon unabhängig: Was sagt der Indikator? Taugt er für das, was eigentlich interessiert? Die zentral interessierende Frage ist die nach dem Umfang von medizinisch nicht zielführenden Leistungen diagnostischer und therapeutischer Art. Die Relation „Facharzt pro 1000 Einwohner" taugt für diesen Aspekt nur insoweit als Indikator, als eine bestimmte Facharztdichte relativ stabil verknüpft ist mit einem bestimmten Umfang von Einzelleistungen, die diese Fachärzte erbringen und die über das Honorarsystem vergütet werden. Von einem stabilen Zusammenhang kann aber eher nicht ausgegangen werden. So zeigte sich beim Bettenabbau in Krankenhäusern, dass Einzelleistungen als Folge des Bettenabbaus nicht zurückgingen, sondern durch Verdichtung enorm gesteigert wurden.[326] Ähnliche Zusammenhänge gab es seit Mitte der 90er Jahre bei Arzneimittelverordnungen. Sie gingen in der Menge zurück. Da aber immer mehr teure Arzneimittel verordnet wurden, trat an der Arzneimittelkostenfront keine Entspannung ein. Nun hat IGES auch eine Sensitivitätsuntersuchung durchgeführt, um die Relevanz von Doppeluntersuchungen bei bildgebenden Verfahren abzuschätzen. Die Spannweite von Zusatzkosten zwischen 63,7 Mio. bis maximal 325,4 Mio. Euro, die sich dabei ergab, wird dahingehend interpretiert, dass dies kein stichhaltiges Argument für die Ausweitung der hausarztzentrierten Versorgungsschiene liefere. Plädiert wird für versorgungsformneutrale Reformen. Übersehen wird bei dieser Argumentation, dass auch Einsparpotentilale im dreistelligen Millionenbereich Relevanz haben. Zudem geht es bei Doppeluntersuchungen nicht nur um bildgebende Verfahren. Dies ist ein kleiner Ausschnitt, auch die ermittelten Zusatzkosten sind ergo nur ein kleiner Ausschnitt der tatsächlichen Ressourcenvergeudung. Schließlich: Es geht nicht nur um Zusatzkosten, sondern auch um Qualitäsverbesserung durch bessere Koordination. Mit der Einführung von Fallpauschalen in den Kliniken hat sich das Problem eher noch verschärft, weil Krankenhäuser nun bestrebt sind,

---

[325] Ministry of the Interior and Health of Denmark (2002a): Health Care in Denmark, Table 1.3

[326] Bruckenberger (1994: 115ff.) analysierte den Zusammenhang für die alte Bundesrepublik im Zeitraum von den 70er Jahren bis Anfang der 90er Jahre. Ergebnis: Während die Zahl der Betten um 10 Prozent reduziert wurde, stieg die Zahl der Patienten um 70 Prozent und die Zahl der Einzelleistungen, die an diesen Patienten erbracht wurde 8(Laboruntersuchungen, Endoskopien, Funktionsdiagnostik) nahm um 220 Prozent zu.

Patienten nach einer Operation so schnell wie möglich zu entlassen, ohne immer zu klären, ob die Nachversorgung zufriedenstellend, ja überhaupt geregelt ist. So werden Verantwortlichkeiten hin und hergeschoben.[327]

Man könnte geneigt sein, die Ursachen für mangelnde Politikintegration in Deutschland vorrangig oder nur in den förderalen Strukturen zu suchen. Gewiss ist der Föderalismus ein zentraler Faktor. Allerdings, damit kann nicht erklärt werden, warum sich Tendenzen der Desintegration auf jeder Ebene reproduzieren. Die Verfasserin sieht dafür mehrere Ursachen, hält drei aber für entscheidend. Die eine Ursache ist im herrschenden Denkmodus zu suchen. Er findet seinen Ausgangspunkt in ordnungspolitischen Prinzipien und der Systematik isolierter Fachthemen. Die Wirklichkeit tut der Politik aber nicht den Gefallen, Probleme so zu generieren, wie deutsche Politik sie gerne bearbeiten möchte. Politische Problemstellungen sind grundsätzlich trans- resp. multidisziplinär und ordnungsrechtliche Prinzipien, die an der einen Stelle sinnvoll sind, müssen es an einer anderen Stelle nicht auch sein. Die zweite Ursache ist in der Tendenz zur nachgelagerten Problembearbeitung zu suchen. Statt ein Problem bei seiner Genese zu packen, werden fragile Parallelstrukturen mit der nachgelagerten Problembearbeitung betraut. Der Denkmudus in den skandinavischen Ländern ist in der Tendenz genau gegenteilig auf die gleichzeitige Bearbeitung aller Problemaspekte gerichtet. Wertebasis ist eine universalistische Gleichheitsphilosophie, die Staatshandeln nicht an Sachthemen und der Systematik von Sachthemen, sondern am Lebenslauf von Menschen ausrichtet. Im Ergebnis finden wir lebensabschnittsbezogen einen teilweise sehr groß aufgebauten, sich dann aber wieder kleiner machenden Wohlfahrtsstaat. Das Denken unterschiedlicher Politikbereiche aus der Kinderwohlperspektive und dann aus der Perspektive von Jugendlichen und sofort führt zu integrativen Ansätzen, die auch in der Praxis gute Ergebnisse erzielen, da zersplitterte Verantwortlichkeiten und fragmentierte Teilsysteme (gegliedertes Schulwesen, 241 gesetzliche und diverse private Krankenvollversicherungen, isoliertes Ämterhandeln, ambulante Gesundheitsversorgung als intransparente Blackbox…), die nach unterschiedlichen Prinzipien arbeiten und ihrer je bornierten Sachlogik folgen, weit weniger vorkom-

---

[327] Dies zeigt eine Stellungnahme der verschiedenen chirurgischen Gesellschaften und Berufsverbände von Anfang Juni 2007 zu „*Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Krankenbehandlung***".** Die Stellungnahme behandelt Streitpunkte bei der Frage, inwieweit Fallpauschalen die Kosten für Nachbehandlungen nach dem stationären Krankenhausaufenthalt einschließen oder nicht. Appelliert wird an eine „*kollegiale und geregelte Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Versorgungsebene* (Quelle: http://www.dgch.de/dgch/aktuelles/Schnittstelle_zwischen_station__rer_und_ambulanter_Krankenbehandlung/index.html). " Der Appell wäre kaum nötig, wenn es an den Schnittstellen nicht erhebliche Probleme gäbe.

men. Es gibt in Deutschland auf kommunaler Ebene und in einzelnen Institutionen Beispiele für ein anderes Denken und Handeln. Umgekehrt klappt es mit dem Politik-Mix und der Integration auch in den skandinavischen Ländern nicht überall. Generell klappt es jedoch vergleichsweise gut. Wo dagegen in Deutschland integrative Ansätze zustande kommen und gut funktionieren, bleiben sie meist Insellösungen. Da gelingt dann einem Universitätsklinikum ein in die Region ausgreifender innovativ-integraler Ansatz, in den sich auch niedergelassene Praxen integrieren oder einer einzelnen Schule gelingt trotz widriger Umstände hervorragende pädagogische Arbeit. [328] Die Frage lautet: Warum bleibt es bei Insellösungen? Warum findet kaum Kettenwirkung statt? Eine Antwort liefern uns die skandinavischen Länder. Politik zielt dort auf verlässliche Strukturen, die von der Kinderkrippe bis zur Universität und von der gesundheitlichen Pflege und Primärversorgung bis zur Tertiärversorgung als Glieder einer Kette ineinander greifen mit auf Dauer gesicherter Finanzierung und einem Vorrang der Kooperation vor dem Wettbewerb. Dergleichen ist in Deutschland die große Ausnahme.

Damit sind wir bei der unzureichenden Grundsteinlegung für das Erlernen kooperativer Verhaltensweisen als dritter Ursache. Die Bedeutung frühkindlicher Bildung als einer öffentlichen Aufgabe ist in seiner Bedeutung für die Grundlegung eines kooperativen Individualismus noch gar nicht erkannt. Im Großbritannien gibt es die Redewendung „*First three years matter*", mit der unterstrichen wird, dass es auf die ersten 3 Jahre ganz entscheidend ankommt. In dieser Phase findet nicht nur motorisches Lernen statt, werden nicht nur Bindungen zu primären Bezugspersonen aufgebaut und für Sprachentwicklung die Grundlage gelegt, sondern in den ersten Jahren wird das kulturelle Fundament der Persönlichkeitsbildung gelegt. Obwohl hier ein Forschungsfeld angeschnitten ist, von dem derzeit kaum mehr als erste Konturen sichtbar sind, lässt sich die These wagen, dass Individualisierung nicht gleich Individualisierung ist. Es gibt eine Form der Individualisierung, die den sozialen Zusammenhalt bedroht, da ein egoistisch-konkurrenzbezogener Individualismus nur seinen eigenen Vorteil sucht. Das Ergebnis ist eine Zunahme von Ungleichheit auf allen Ebenen und auf der ideologischen Ebene die Entwicklung von Legitimationsmustern für die Zunahme von Ungleichheit. Dem entgegen steht eine Form der Individualisierung, die sich auf ein gemeinsam geteiltes Wertefundament und eine früh

---

Teilweise werden sie dadurch „gelöst", dass Krankenhäuser eine Art Pflege niedergelassener Ärzte betreiben mit dem Ziel, die Einweisungspolitik dieser Ärzte in Interesse der eigenen Klinik zu beeinflussen.

[328] So leistet in einem Dortmunder Problemviertel die Grundschule Kleine Kleiststraße ganz Hervorragendes und bekam dafür von der Robert Bosch Stiftung einen Preis als beste Grundschule Die Schule wurde in den Medien verschiedentlich vorgestellt. U.a. erschien auch ein Bericht in der Wirtschaftswoche Nr. 24 v. 11.6.2007, S. 44 – 48 (Autor: Andreas Grosse-Halbuer).

erlernte Praxis der Kooperation stützt. Elementarbildung als öffentliche Aufgabe spielt für die Entwicklung eines kooperativen Individualismus eine Schlüsselrolle. Bei der Forderung nach einem flächendeckenden Krippenausbau geht es insoweit auch um gesellschaftlichen Zusammenhalt und das Erlernen eines Verhaltensrepertoires der Kooperation. Der tatsächliche Mehrwert für die Gesellschaft wäre daher höher, als ihn Berechnungen widerspiegeln, die nur die ökonomische Rendite im Blick haben. [329] Es gibt auch eine soziale und eine kulturelle Rendite. Die bessere Fähigkeit von Menschen zum kooperativen Verhalten über soziale Grenzen hinweg, zählt dazu. Die in Deutschland unterentwickelte Fähigkeit zur Kooperation findet in fragmentierten Strukturen ihren Ausdruck. Auch Bertram (2006) sieht eine zentrale Ursache für das nur mittelmäßige Abschneiden von Deutschland bei der Unicef-Kinderwohlstudie (Unicef 2007) in der Fragmentierung von Politiken, die nicht aufeinander abgestimmt sind und wo vielfach auch die Datengrundlage fehlt (Bertram 2006: 2ff.). Für zentral hält auch er, die Infrastruktur für Kinder (Krippen, Kindergärten) massiv auszubauen. Die Einschätzung, dass dabei viel von den skandinavischen Ländern gelernt werden könne, weil es ihnen durch aufeinander abgestimmte Maßnahmen gelungen sei, sowohl die wirtschaftliche Situation von Familien positiv zu beeinflussen wie verlässliche Lebensumwelten für Kinder zu schaffen, teile ich. Elementarbildung resp. frühkindliche Bildung und Erziehung als öffentliches Gut bekommt umso höhere Bedeutung je heterogener eine Gesellschaft in kultureller Hinsicht ist. Zu verhindern, dass die Gesellschaft zerfällt in eine Vielzahl von kulturellen Submilieus, zwischen denen Kommunikation nur sehr eingeschränkt möglich ist, ist die zentrale Aufgabe eines erneuerten und auf die Anforderungen der Zukunft ausgerichteten Wohlfahrtsstaates. Eine solche Debatte zu führen, liegt quer zu der Frage, wie soziale Risiken abgesichert werden sollen, ob und wo der Staat Leistungsstaat sein soll oder nur zu gewährleisten versucht. Auch der Ruf nach der Zivilgesellschaft ist nicht dazu angetan, innerhalb verlässlicher Strukturen sicherzustellen, dass Kinder aus unterschiedlichen sozialen und kulturellen Milieus von klein auf Erfahrungen so teilen, dass sie später als Erwachsene untereinander kommunikations- und kooperationsfähig sind.

---

[329] In der deutschen Debatte geht es um bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und um ökonomisch verengte Renditebetrachtungen. n einem bis zum Jahr 2050 kalkulierten Modell hatte das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) als Ergebnis eines quantitativen und qualitativen Ausbaus frühkindlicher Bildung z. B. eine jährliche Rendite von acht Prozent selbst für den Fall errechnet, dass Kindergartenplätze gebührenfrei gestellt werden. Einsparungen erzielt der Staat nach dieser Studie dadurch, dass Kinder im Ergebnis früher eingeschult werden können, es weniger Bildungsversager gibt, die nicht einmal den Hauptschulabschluss schaffen und ein mehr an Beschäftigung resultiert, wodurch der Staat Sozialleistungen einspart und höhere Steuern erwirtschafte.

Beim Blick auf die in Deutschland dominanten Trends und laufende Reformvorhaben ist bei aller Widersprüchlichkeit, die es im Detail gibt, nicht zu erkennen, dass wirksam auf stärkere Integration hingearbeitet wird. Der Trend zur Vermarktlichung begünstigt Prozesse der Fragmentierung, Zersplitterung und damit das Fortbestehen der Desintegration. Entsprechend häufig begegnen einem Klagen, der „Markt" sei unübersichtlich, die Angebote von höchst unterschiedlicher Qualität, es fehle an Zusammenarbeit und Vernetzung.[330] Die Zersplitterung trifft nicht nur die Produktionsseite. Auch die Finanzierung leistet sich immer mehr intransparente Parallelsysteme. Beispiel: Studienförderung. Statt das BAföG-System zukunftsgerecht so weiter zu entwickeln, dass es dem tatsächlichen Finanzbedarf von Auszubildenden gerecht wird und diese unabhängiger macht von ihren Eltern, wird das System zugunsten der Entwicklung von allerhand Darlehenssystemen schleichend unterminiert. Aus einem einheitlichen System der Ausbildungsförderung mit ergänzenden Stipendienangeboten von Firmen, Stiftungen etc. entsteht eine zersplitterte Struktur aus Studienkrediten unterschiedlichster Anbieter (KfW-Bank, Geschäftsbanken, Landesbanken, internationale Finanzinvestoren), deren potentielle Risiken von Studierenden kaum überblickt werden können. Dies macht es dann erforderlich, der Zersplitterung des Systems mit der Schaffung weiterer Systeme zu begegnen, die mit der Zulassung und Überwachung der diversen Studienkreditanbieter befasst sind. Transparenz für die Nachfrager ist damit noch nicht gegeben. Also werden neue Dienstleister die Bühne betreffen, die intermediär in Aktion treten, um Wege durch das geschaffene Förderchaos zu weisen. Noch ist es nicht soweit, aber die Entwicklung weist in diese Richtung. Die bestehenden Hürden für Abiturienten aus sozial benachteiligtem Milieu würden durch eine solche politisch gewollte Zersplitterung des Ausbildungsförderungssystems nicht abgebaut, sondern verschärft.

Die skandinavischen Länder haben auch mit Schnittstellenprobleme und Feldern mangelnder Integration zu kämpfen. Gemessen an Deutschland sind diese Probleme eher gering, weil Kooperation und übergreifende Achtsamkeit durch vernetzte Strukturen, die in den Strukturen wirksamen Prinzipien und einen die Akteure verbindenden kommunikativen Code begünstigt wird. Finnland ist, wie wir gesehen haben, geradezu vorbildlich bei der Schaffung integrativer Strukturen. Das Beispiel lehrt freilich, dass gelingende Integration nicht schon dadurch zu erreichen ist, dass versucht wird, über nachgelagerte Mechanismen der Politikkoordination und der Schaffung von Netzwerken ein Mehr an Integration

---

[330] Hier zitiert aus der Ankündigung zur 4. Wissenschaftlichen Fachtagung „ Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie" vom 2. -4 März 2007 in Frankfurt am Main

zu erreichen. Ernsthaftes Bemühen um ein mehr an Kooperation und integriert-vernetzem Handeln muss Strukturen schafffen, wo Menschen von klein-auf gemeinsame Erfahrungen sammeln, konfrontiert sind mit unterschiedlichen Denkwelten und Kommunikation in mehreren Codes erlernen. Gemeinsam geteilte Lebens- und Lernzeit in heterogenen Gruppen zunächst in Krippe und Kindergarten, dann in Schulen ist eine Bedingung. Eine weitere Bedingung betrifft die Ausbildungsgänge. Wenn Familienplanung Teil der ärztlichen Ausbildung und ärztlichen Praxis ist, besteht eine Basis für Kooperation mit den für Familien- und Jugendhilfe zuständigen Fachkräften. Dort, wo sich die Systeme als fremde Welten begegnen, was in Deutschland für zumindest sehr viele Bereiche gilt,[331] wird die Kooperation häufig schon an kommunikativen Hürden scheitern. In Netzwerken bleibt man dann unter sich, gefangen in den jeweiligen Eigenlogiken, der beschränkten disziplinären Sicht, der nicht-integrativen Anlage von Handlungsprogrammen. Politikversagen ist eine der Folgen und die Flucht in die Vermarktlichung der Versuch, die Verantwortung abzuschieben. Der Mangel an Steuerungsfähigkeit bezogen auf die Produktion und Finanzierung öffentlicher Güter potenziert sich aber in dem Maße wie Strukturen zerfasern. Die These, Vermarktlichung (u.a. Nullmeier 2002) und die Zerfaserung von Strukturen (Genschel/Zangl 2007) sei ein überall zu beobachtender Megatrend wird durch die Analyse der Entwicklung der skandinavischen Länder nicht gestützt. Alternativen sind nicht nur theoretisch möglich, sondern Realität in den skandinavischen Ländern.

(Verantwortlich: Marion Schwarz, Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

[331] Die Autorin hat diesbezüglich eine flüchtige Recherche durchgeführt. Beispiele für gelingende politikfeldübergreifende Kooperation fand sie nicht, wohl aber eine Fülle von direkten und indirekten Hinweisen auf wechselseitige Abschottung und das Scheitern von zielgerichteter Kommunikation. Während freilich der Medizinbetrieb noch kaum ein Bewusstsein auch nur des Problems entwickelt hat, sind andere Bereiche zumindest in einen Prozess der Selbstreflektion eingetreten. Ein Beispiel liefert das Symposium "Selbstüberschätzung, Berührungsängste oder Dialogbereitschaft? Kooperationshemmnissen und -chancen am Beispiel der Agrarforschung und der Umweltwissenschaften" (9. Wissenschaftstagung Ökologischer Landbau an der Universität Hohenheim). Gemäß Pressemitteilung von Dr. Iris Lehmann (Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung) war Ausgangspunkt des Symposiums die Feststellung: „Öko-Landbauforschung, Umweltforschung, Gesundheitsforschung - was sich theoretisch optimal ergänzen könnte, existiert derzeit in der wissenschaftlichen Praxis noch nahezu berührungsfrei nebeneinander her." Als Hindernisse wurden identifiziert: Kulturelle Eigenheiten, die die verschiedenen Disziplinen, oft sogar einzelne Institute prägten, bis hin zu gravierenden Unterschieden in den verschiedenen Fachsprachen. Auch werde Interdisziplinäres Forschen durch die strikte Trennung von Verantwortlichkeiten auf Ebene der Bundesministerien (z.B. BMU, BMELV, BMBF) behindert; disziplinär ausgelegte, jeweils isolierte Forschungsförderprogramme seien die Folge, obwohl sich Probleme gerade nicht als Probleme für disziplinäre Spezialisten definieren (Pressemitteilung der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung 11.4.2007).

Literatur und Quellen

[BMBF 2003] Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (März 2003): Schlussbericht. Lebenslagen von Mädchen und Frauen im Zusammenhang mit Bildung, Wissenschaft, Arbeit und Einkommen. Bonn und Berlin .

[BMBF 2004] Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (Mai 2004): Berufsbildungsbericht 2004. Bonn und Berlin.

[BMBF 2006] Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (Mai 2006): Berufsbildungsbericht 2006,. Bonn und Berlin.

[BMGS 2003] Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin.

[BMGS 2004] Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2004a): Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn.

[BMGS 2005] Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit, Berlin

[BMGS 2007] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2007): Sozial-Kompass Europa mit Stand 1.1.2005;

[DMS III] Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (1999) - Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Gesamtbearbeitung von W. Micheelis, E. Reich. Materialienreihe Bd. 21. Köln 1999 (Deutscher Ärzte-Verlag): 201-245.

[DMS IV] Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (2006): Kurzfassung, Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, Berlin

[NMGR 2006]– Norwegian Ministry of Government Administration and Reform (Fornyings-OG). Pocket Statistics on Government Employeers 2006, Oslo

[NMHC 2001] Norwegian Ministry of Health and Care Services (2001): The regular general practitioner scheme: http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/Veiledninger_og_brosjyrer/2001/The-Regular-General-Practitioner-Scheme.html?id=419342

[NMHC 2006] Norway - Ministry of Health and Care Services (2006): National Diabetes Strategy 2006 - 2010

[NMHC 2007] Norwegian Ministry of Health and Care Services 2007: Report No. 20 (2006- 2007) to the Storting. National strategy to reduce social inequality in health, Oslo

Aden-Grossmann, Wilma (2002): Kindergarten. Eine Einführung in seine Entwicklung und Pädagogik, Weinheim und Basel

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hg.) (2007): Agenda Patientensicherheit 2007, Witten (verfasst von Prof. Dr. Matthias Schrappe et al.)

Allmendinger, Jutta (Hg.) (2003). Entstaatlichung und soziale Sicherung, Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002, 2. Bd., Opladen

Andersson, Gunnar (2004): Childbearing Developments in Denmark, Norway, and Sweden from the 1970s to the 1990s: A Comparison. In: Demographic Research, Special Collection 3, Article 7 http://www.demographic-research.org

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut (Hg.) (2004): Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. 4. überarbeitete, aktualisierte Ausgabe, Saarbrücken.

Arbeitsgruppe "Armut und Gesundheit" "Migration und gesundheitliche Versorgung" (2001): Empfehlungen der Arbeitsgruppe "Armut und Gesundheit" "Migration und gesundheitliche Versorgung". Bonn (http://www.bvgesundheit.de/pdf/Versorgung%20Migranten.pdf).

Baethger, Martin/Solga, Heike/Wieck, Markus (2007): Berufsbildung im Umbruch. Signale eines überfälligen Aufbruchs, Berlin, zit. nach: Böcklerimpuls 9/2007 v. 16. Mai 2007, S. 4f.

Baldersheim, Harald (1993): Die "Free Commune Experiments" in Skandinavien: Ein vergleichender Überblick, in: Banner, Gerhard/Reichard, Christoph (Hg.) (1993): Kommunale Managementkonzepte in Europa, Köln: 27-41

Baumert, Jürgen. et al. (Hg.) (2001): Pisa 2000 - Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich, Opladen

Baumert, Jürgen/Bos, Wilfried/Lehmann, Rainer (Hg.) (2000a): TIMSS/III. Dritte Internationale Mathematik- und Naturwissenschaftsstudie. Mathematische und naturwissenschaftliche Bildung am Ende der Schullaufbahn. Bd. 1: Mathematische und naturwissenschaftliche Grundbildung am Ende der Pflichtschulzeit. Opladen.

Baumert, Jürgen/Bos, Wilfried/Lehmann, Rainer (Hg.) (2000b): TIMSS/III. Dritte Internationale Mathematik- und Naturwissenschaftsstudie. Mathematische und naturwissenschaftliche Bildung am Ende der Schullaufbahn. Bd. 2: Mathematische und physikalische Kompetenzen am Ende der gymnasialen Oberstufe, Opladen

Bechtel, Mark/Cornelli, Bart (2007): Dokumentation von Studiengängen im Bereich Erwachsenen-Bildung in Europa: Schweden (hrsg. vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung): http://www.die-bonn.de/doks/bechtel0605.pdf)

Bennett, Jan (2003): Investment in Population Health in Five OECD Countries, OECD Health Working Papers (22-Apr-2003), Paris

Beral, Valerie et al. (2003): Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study., in: The Lancet, Vol. 362, Aug. 9, S. 419-427

Bertram, Hans (2006): Zur Lage der Kinder in Deutschland. Politik für Kinder als Zukunftsgestaltung, Innocenti Working Paer No. 2006-02. Florence. UNICEF Innocenti Research Centre.

Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112), zuletzt geändert am 23. März 2005 (BGBl. I S. 931)

Blossfeld, Hans-Peter (1985): Bildungsexpansion und Berufschancen, Frankfurt a.M.: Campus

Bos, Wilfried/Landes, Eva-Maria/Prenzel, Manfred (2003): Erste Ergebnisse aus IGLU, Münster (u.a.)

Bremberg, Sven (2007): Utveckling av sociala hälsoskillnader I Sverige, Powerpointpräsentation, Stockholm im Februar 2007 (Sven.bremberg@ffi.se)

Bruckenberger, Ernst (1994): Auswirkungen des GSG auf die stationäre Versorgung älterer und chronisch Kranker, in: Das Krankenhaus, 3, 1994: S. 115 - 121

Buchan, James/Calman, Lynn (2004: Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in advances Roles (OECD Health Working Papers No. 17, DELSA/ELSA/WD/HEA (2004)8),

Buchberger, Friedrich/Buchberger, Irina (2002): Europa – eine Chance zur Reform von Schule und Lehrerausbildung?, in: Hilligus, A./Rinkens, D./Friedrich, C. (Hg.) (2002): Europa in Schule und Lehrerbildung, Münster

Buchberger, Friedrich/Buchberger, Irina (2002): Europäische Lehrerausbildung – zwischen Finnland und England, in: Laudenbach, B. (Hg.) (2002): Reform der Lehrerbildung, Bremen

Bundesagentur für Arbeit (2004): Berufskunde live – Gesundheits- und Pflegeberufe, Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit (2006): Beruf-Bildung-Zukunft Nr. 10 (BBZ) – Soziale Berufe, Stand 2005; Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit (2006): Beruf-Bildung-Zukunft Nr. 11(BBZ) – Gesundheit und Körperpflege, Stand 2005, Nürnberg

Bundesagentur für Arbeit (2006): Beruf-Bildung-Zukunft Nr. 29 (BBZ) – Lehrerinnen und Lehrer, Ausgabe 2006/2007, Nürnberg

Bundesärztekammer (2007): Leitfaden – Medikamente. Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit", Berlin

Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) i. d. F. der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I. S. 645, 1680), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 1. Juli 1997 (BGBl. I. 1609)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Kindertagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren. Bericht der Bundesregierung über den Stand des Ausbaus für ein Bedarfsgerechtes Angebot an Kindertagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren, Berlin, Juli 2006

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2000): Gesundheitsreform 2000 – Informationen zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (Juni 2000)

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (2003): Gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland, Bericht vom 14. Februar 2003 (erstellt von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V., Köln) Bonn

Bundesministeriums für Bildung und Forschung (Hg.) (2005): „Lehr-Lern-Forschung und Neurowissenschaften – Erwartungen, Befunde, Forschungsperspektiven" Bildungsreform Bd. 13 (Autoren: Elsbeth Stern, Roland Grabner und Ralph Schumacher), Bonn und Berlin

Bundesregierung (2005). Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung: http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/publikationen/p_19.php

Burger/Martina/Mensink, Gert: Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol – Konsumverhalten in Deutschland, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut 2003

Busse, Reinhard/ Riesberg, Annette (2004): Health Care Systems in Transition, Germany, Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of The European Observatory on Health Care Systems and Policies

Butterwegge, Christoph (2005): Krise und Zukunft des Sozialstaates, Wiesbaden

Cochrane, A. L./Leger, A. S./Moore, F. (1978): Health Service Input and Mortality Output in Developed Countries, in: Journal of Epidemiology & Community Health, Vol. 32, S. 200 - 2005

Committee for the Future (2002): Technology Assessment 11. Reports of the Parliamentary office 5/2002, Helsinki

Cortina, Kai S./Baumert, Jürgen/Leschinsky, Achim/Mayer, Karl Ulrich/Trommer, Luitgard (Hg.) (2003): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland – Strukturen und Entwicklungen im Überblick, Reinbek bei Hamburg (vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe der Originalausgabe von 1979)

Cunha, Flavio et al. (2005): Interpreting the Evidence of Life-Cycle Skill Formation, IZA Discussion paper Series, No. 1575, IAB, Bonn

Danish Ministry of the Interior and Health (2002a): Health care in Denmark, Kopenhagen (August 2002): Download unter: http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk/all.htm#intro (Zugriff am 7.4.2007; Aktuelles unter: im@im.dk

Danish Ministry of the Interior and Health (2002b): The Danish Healthcare Sector in Figures – 2001/2002, Kopenhagen

Danish Ministry of the Interior and Health (2003): Healthy throughout Life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark 2002 – 2010, Copenhagen (Februar 2003)

Deutsche Bundesbank (2003): Zur Entwicklung und Bedeutung der Bildungsausgaben in Deutschland, in: Monatsbericht Oktober 2003, S. 57 – 70

Deutsche Bundesbank (2007a): Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung, in: Monatsbericht April 2007, S. 29 – 45

Deutsche Bundesbank (2007b): Vermögensbildung und Finanzierung im Jahr 2006, in: Monatsbericht Juni 2007, S. 17 – 33

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2005): Zahlen, Daten, Fakten 2004/05, Düsseldorf

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2006): Zahlen, Daten, Fakten 2006, Düsseldorf

Deutscher Bildungsserver: http://www.bildungsserver.de/zeigen.html?seite=353

Deutsches Jugendinstitut (Hg.) (2002): Zahlenspiegel. Tageseinrichtungen für Kinder. München.

Deutsches Jugendinstitut (Hg.) (2005): DJI-Kinderbetreuungsstudie 2005. München.

Deutsches PISA-Konsortium (Hg.) (2001): PISA 2000. Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen

Deutsches Studentenwerk (Hg.) (2007). 18. Sozialerhebung – Kurzbericht: http://www.studentenwerke.de/pdf/Kurzfassung18SE.pdf

Deutsches Studentenwerk/Hochschulinformationssystem (Hg.) (2005): 17. Sozialerhebung (http://www.his.de/Abt2/Foerderung/hb.soz17/pdf/Hochschulzugang.pdf vom 07.02.2005).

Diderichsen, Finn (2007): Closing the Gap – prioritizing health equity at the local and regional Level, Vortrag am 22. Februar 2007 in Stockholm

Dingeldey, Irene (2006): Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 8-9/2006: S. 3 - 9

DIW-Wochenbericht Nr. 31/2002: Kinderbetreuung in West- und Ostdeutschland: Sozioökonomischer Hintergrund entscheidend (Bearbeiter: C Katharina Spieß et al.) Berlin

Döring, Diether /Dudenhöffer, Bettina /Herdt, Jürgen (2005): Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck. Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz. Reihe: Report Nr. 689, Wiesbaden

Dossier Sabbatical (2004): Auszeit für die Seele, in: ÖKO-Test 2/2004: S. 107 – 116

Endres, Heinz G/Diener, Hans-Christoph/Maier, Christoph/Böwing, Gabriele/Trampisch, Hans-Joachim/Zenz, Michael (2007): Akupunktur bei chronischen Kopfschmerzen (Acupuncture for the Treatment of Chronic Headaches), in: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 3 vom 19.01.2007: S. A-114 / B-105 / C-101

Engelen-Kefer, Ursula (Hg.) (2004): Reformoption Bürgerversicherung. Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann, Hamburg.

ESIB (The National Unions of Students in Europe) 2007: Bologna with Students Eyes – 2007 Edition, London

Esping-Andersen, Gösta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge: Polity Pr.

Esping-Andersen, Gösta (1999): Social Foundations of Postindustrial Economies. Oxford u. New York

EuroHealth Consumer Index 2005: http://www.healthpowerhouse.com/?p=mediaroom

Europäische Kommission (2004): Structures of the Taxation systems in the European Union, Luxemburg

Europäische Kommission und Eurostat (o. J.): Beschreibung der sozialen Lage in Europa 2001, Brüssel

Europäischer Innovationsanzeiger 2003. Zusammenfassung unter: http://europa.eu.int/-comm/enterprise/library/enterprise-europe/issue14/articles/de/enterprise07_de.htm

European Commission (2003): Structures of Education, Vocational Training and Adult Education Systems in Europa - Iceland 2003, Brussels

European Commission (2006): National summary sheets on education systems in Europe and ongoing reform (Eurydice) – Island (November 2006)

European Commission (Hg.) (2003): Employment in Europe 2003 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/employment_analysis/eie/annex_key_employment_indicators_de.pdf vom 22.01.2004).

European Commission (Hg.) (2004): Employment in Europe 2004 (http://europa.eu.int/comm/-employment_social/employment_analysis/eie/eie2004_stat_annex_en.pdf vom 19.12.2004).

European Social Survey 2002/03 und 2004: http://www.europeansocialsurvey.de/

Eurostat (2004): Statistisches Jahrbuch 2004: http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_-pageid=1334,1457135,1334_1457140&_dad=portal&_schema=PORTAL und http://europa.eu.int/comm/eurostat/newcronos/reference/display.do?screen=-welcomeref&open=/&product=EU_MAIN_TREE&depth=1&language=de

Eurostat (2005): Frauenanteile bei den Studierenden im Tertiärbereich (http://epp.eurostat.cec.eu.int/-portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=de&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C3/C33/cca16656 vom 16.01.2006).

Eurostat (2006/2005): Indikatoren fortlaufend : http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_-pageid=-1996,39140985&_dad=portal&_sch

Eurydice – Das Informationsnetz zum Bildungswesen in Europa: http://194.78.211.243/accueil_menu/de/frameset_menu.html

Expertenkommission Finanzierung Lebenslangen Lernens (2004): Schlussbericht der unabhängigen Expertenkommission Finanzierung Lebenslangen Lernens: Der Weg in die Zukunft. 28.Juli 2004 (http://www.bmbf.de/pub/schlussbericht_kommission_lll.pdf vom 29.11.2004).

Federighi, Paolo/Nuissl, Ekkehard (Hg.) (2004): Weiterbildung in Europa: Begriffe und Konzepte (Deutsches Institut für Erwachsenenbildung): http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2000/federighi00_01.pdf

Finish Ministry of Education (1998): Report of the Committee on extra-curricular activities in Schools. Report 3, Helsinki

Finish Ministry of Education (2005): OECD thematic review of tertiary education. Country background report for Finland, Helsinki (Publications of the Ministry of Education 2005, Nr. 3)

Finish Ministry of Social Affairs and Health (1999), Finnish Family Policy, Helsinki

Finish Ministry of Social Affairs and Health (2001): Government Resolution on the Heatlh 2015 public health programme, Helsinki

Finish Ministry of Social Affairs and Health (2004): Health Care in Finland, Helsinki

Finish National Board of Education (2001): Core Curriculum for Pre-School Education in Finland 2000, Helsinki

Finish National Board of Education (2004): Education in Finland. Helsinki (Opetushallitus, Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet), Helsinki

Finish National Board of Education (2005): Annual Report 2004, Helsinki

Finish National Board of Education (2006): The educational institution information system of the OPTI: http://www.edu.fi/english/pageLast.asp?path=500;4699;4847 (Zugriff am 5.4.2007)

Finish Tax Administration (Verohallinto): Brief Statistics 2005: http://www.vero.fi/

Fink, Marcel (2004): Wohlfahrtsstaatliche Reformpolitik im Interesse der Arbeitnehmerinnen nach dem „Goldenen Zeitalter" des Wohlfahrtsstaates?. Die Beispiele von Dänemark und Schweden, in: WISO, 157, Nr. 3, S. 158 – 181

Finnischer Ärzteverband (o.J.): Die Gesundheitsversorgung und der Arztberuf in Finnland, Helsinki: http://www.laakariliitto.fi/files/SAKSA.pdf

Fourastié, Jean (1954): Die große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts. Köln.

Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.) (2007): Familienpolitik aus der Gleichstellungsperspektive. Ein europäischer Vergleich (Autoren: Rüling, Anneli und Kassner, Karsten; Institut für sozialwissenschaftlichen Transfer, Berlin), Berlin

Fuente, Ängel de la/Ciccone, Antonio (2002): Human Capital in a Global and Knowledge-based Economy, Im Abschlussbericht für die EU-Kommission, Brüssel

Furuholmen, Christine (2000): Health Care Systems in Transition, Norway, Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of The European Observatory on Health Care Systems

Gabriel, Oscar W./Zmerli, Sonja (2006): Politisches Vertrauen: Deutschland in Europa, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 30 – 31/2006 v. 24. Juli 2006: S. 8 – 15

Gangl, Markus (1997): Ansprüche an den Wohlfahrtsstaat in den alten und neuen Bundesländern. in: Walter Müller (Hg) (1997): Soziale Ungleichheit. Neue Befunde zu Strukturen, Bewußtsein und Politik. Opladen: S. 169 - 204

Geir Nygård,/Daugstad; Gunnlaug (2006): Differences in education among immigrants, Published 23 May 2006 by Statistics Norway: http://www.ssb.no/english/subjects/00/00/10/innvandring_en/

Geißler, Rainer (2002 [1996]): Die Sozialstruktur Deutschlands, 3. Aufl., Opladen

Genschel, Philipp/Zangl, Bernhard (2007): Die Zerfaserung von Staatlichkeit und die Zentralität des Staates, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 20-21 v. 14. Mai 2007: S. 10 – 16

Genzel, Herbert (1994): Die Auswirkungen des Gesundheits-Strukturgesetzes 1993 auf die Krankenhäuser, in: MedR, 3: S. 83 - 93

Gershuny, Jonathan I. (1981): Die Ökonomie der nachindustriellen Gesellschaft. Produktion und Verbrauch von Dienstleistungen. Frankfurt a.M.

Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH (GGMA) 2006: Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2006, Studie im Auftrag der Stiftung Gesundheit, Hamburg (http://www.stiftung-gesundheit.de), Hamburg: http://www.ggma.de

Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz – AABG) vom 15. Februar 2002 (BGBl. I S. 684)

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190)

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) v. 26. März 2007 (BGBl. I, S. 378)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (laufende Aktualisierungen im Internet unter http://www.gbe-bund.de).

Giddens, Antony (1999): Der dritte Weg. Frankfurt a. M.

Giersiepen, Klaus et al. (2005): Brustkrebs. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 25, Rober-Koch-Institut (Hg.), Berlin

Glenngard, Anna H./Hjalte, Frida et al. (2005): Health Care Systems in Transition, Sweden, Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of The European Observatory on Health Care Systems and Policies

Global Health Watch Report 2005 – 2006: http://www.medico.de

Gottschall, Karin (2001): Erziehung und Bildung im deutschen Sozialstaat. Stärken, Schwächen und Reformbedarfe im europäischen Vergleich, ZeS-Arbeitspapier Nr. 9/2001. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.

Grobe, Thomas G./Schwartz, Friedrich W. (2003); Arbeitslosigkeit und Gesundheit, in: Robert-Koch-Institut (Hg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin

Grüning, Thilo/Schönfeld, Nicolas (2007): „Vom Teufel bezahlt…" Wie die Tabakindustrie versucht, systematisch Einfluss auf die Forschung zu nehmen, ist belegt, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, H. 12, 23. März 2007, S. 770 – 775.

Hahlen, Johann (2004): Statement bei der Pressekonferenz „Kindestagesbetreuung in Deutschland am 16. März 2004 in Berlin: http://www.destatis.de/presse/deutsch/-pk/2004/kindertages_-stat_hahlen.htm (Zugriff: 10.3.2007)

Halldorsson, Matthias (2003): Health Care Systems in Transition, Iceland, Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of The European Observatory on Health Care Systems

Harisalo R, Niiranen V. (1994): Free commune experiments: a new organizational culture in Finnish municipalities? In: Baldersheim H./Ståhlberg K, (Hg.) (1994): Towards the Self-Regulating Municipality, Aldershot: S. 141 – 152

Hartmann, Michael (2002): Der Mythos von den Leistungseliten. Spitzenkarrieren und soziale Herkunft in Wirtschaft, Politik, Justiz und Wissenschaft, Frankfurt/Main.

Heintze, Cornelia (1988): Berufliche Erstausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Eine empirische Untersuchung zu Erstellung und Finanzierung beruflicher Bildungsgüter unter besonderer Berücksichtigung des Beitrages der öffentlichen Hand, 3. Bände, Dissertation, Hannover

Heintze, Cornelia (2001): Die Kompetenz von Herrn X und Frau Y **-** Jenseits der technokratischen Verwaltungsreform, in: Alternative Kommunalpolitik, Jg. 22, H. 2, S. 52 – 56

Heintze, Cornelia (2002): Die Zukunfts-Blockade. Klimawandel, BSE, Armut, Terrorismus – Warum in der Gesellschaft kollektives Vorsorgelernen misslingt, Berlin: Logos

Heintze, Cornelia (2003): Mehr Markt und weniger Staat im Gesundheitswesen? in: Sozial ist nicht egal, Zukunftskongress-Reader von Bündnis90/Die Grünen: S. 43 – 46

Heintze, Cornelia (2004): Über viele Brücken musst du gehen – Vom mühsamen Geschäft mit präventionsorientierten Verhaltensänderungen, in: prophylaxe impuls 8. Jg. (2004), H.4, S. 162 - 171

Heintze, Cornelia (2005a): Das skandinavische Erfolgsmodell und sein kulturelles Fundament, in: Arbeit Jg. 14 (2005), H. 3: S. 221 – 242

Heintze, Cornelia (2005b): Wohlfahrtsstaat als Standortvorteil. Deutschlands Reformirrweg im Lichte des skandinavischen Erfolgsmodells, in: Rosa-Luxemburg-Stiftung Leipzig, Texte zur politischen Bildung, Leipzig

Heintze, Cornelia (2006a): Zahnpflege als Kulturtechnik unter dem Einfluss zunehmender sozialer Desintegration - Entwicklungstendenz und Überlegungen zur Erreichbarkeit benachteiligter Bevölkerungsgruppen im Rahmen von Gruppenprophylaxe, in: prophylaxe impuls 10. Jg. (2006), H.1, S. 13 - 24

Heintze, Cornelia (2006b): Staat als Partner. Deutsche wohlfahrtsstaatliche Perspektiven im Lichte skandinavischer Erfahrungen, in: Beier, Angelika/Eicker-Wolf, Kai et al. (Hg.) (2006): Investieren, sanieren, reformieren? Die Wirtschafts- und Sozialpolitik der schwarz-roten Koalition, Marburg, S. 111 – 146

Heintze, Cornelia (2007): Nur ein Trick? – die Bedeutung des Staates als Arbeitgeber für quantität und qualität von Beschäftigung im skandinavisch-deutschen Vergleich, in: Intervention, Jg. 4 (2007), H. 1, S. 40 - 57

Heinze, Rolf G. (2005): Die Gesundheitswirtschaft als Investitions- und Wachstumsmotor, in: Gesellschaft – Wirtschaft – Politik 54, S. 267 – 280

Henke, Klaus-Dirk (2007): Gesundheitspolitik als Kunst des Möglichen, in: FAZ Nr. 41 v. 17.02.2007, S. 13

Heyden, Siegfried (2006): Unwirksamkeit von Vitamin-E-Supplementen in der Prävention - Zehn Langzeitstudien aus dem Jahr 2005. In: Aktuellle ErnährungsMedizin 31, S. 249-254

Hjortsberg, Catharina/Ghatnekar, Ola (2001): Health Care Systems in Transition, Sweden 2001, in: The European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen

Hovestadt, Gertrud/Eggers, Nicole (2007): Soziale Ungleichheit in der allgemein bildenden Schule. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, zit. nach Böcklerimpuls 4./2007 v. 28. Februar 2007, S. 4f.

Hurrelmann, Klaus (1990): Sozialisation und Gesundheit, in: Schwarzer, Ralf (Hg.): Gesundheitspsychologie - Ein Lehrbuch. Göttingen, S. 93 -101

Hurrelmann, Klaus (1996): Das deutsche Schulsystem privatisiert sich, in: Pädagogik 9/1996, S. 35-39

Idler, EL/Benyamini,Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies, in: Journal of Health and Social Behaviour, 38 (1997): S. 21–37

Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM) und Institut der deutschen Wirtschaft (Hg.) (2006): Bildungsmonitor 2006. Das Benchmarking der Bildungssysteme in den Bundesländern aus bildungsökonomischer Perspektive, Verfasser: Axel Plünnecke und Oliver Stettes

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2006): Arbeitspapier: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht, Köln (Stand: 7.8.2006)

Iversen, Torben/Wren, Anne (1998): Equality, employment and Budgetary Restraint. The Trilemma of the Service Economy, in: Wolrd Politics, 50 Jg., S. 507 – 546

Järvelin, Jutta (2002): Health Care Systems in Transition, Finland, Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of The European Observatory on Health Care Systems, Vol. 4 No 1

Jochem, Sven 2001: Reformpolitik im deutschen Sozialversicherungsstaat, in: Schmidt, Manfred, G. (Hg.) (2001): Wohlfahrtsstaatliche Politik. Institutionen, politischer Prozess und Leistungsprofil, Opladen: S. 193 - 226.

Johnsen, Jan Roth (2006): Health Care Systems in Transition, Norway, Copenhagen: WHO Regional Office on behalf of The European Observatory on Health Care Systems and Policies, Vol 8 No. 1

Kamps, Harald (2007): Sie machen sich krank! Die Deutschen gehen zu oft zum Arzt, in: Die ZEIT Nr. 8 v. 15.2.2007, S. 34

Kaufmann, Franz-Xaver (2003): Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, Frankfurt/Main

Klocke Andreas (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit –. In: Robert-Koch-Institut (Hg). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 3, Berlin

KMK (2006) - Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hg.) (2006): Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Darstellung der Kompetenzen und Strukturen sowie der bildungspolitischen Entwicklungen für den Informationsaustausch in Europa, Bonn (bearbeitet von Gerdi Jonen unter Mitarbeit von Thomas Eckardt)

Kocyba, Hermann/Voswinkel, Stephan (2007): Krankheitsverleugnung – Das Janusgesichts sinkender Fehlzeiten, in: WSI Mitteilungen, 60. Jg. (2007), H. 3: S. 131 – 137.

Kopel, Mechthild/Engelbrech, Gerhard (2007): Gender-Index – eine Landkarte für Deutschland, HBS-Arbeitspapier 136, April 2007 zit. nach Böcklerimpuls 11/2007, S. 7

Kurth, Bärbel-Maria (2007): Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Tagungsbericht, in: Bundesgesundheitsblatt 10, 2006: S. 1050 - 1058

Lademann, Julia/Kolip, Petra (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Alter, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Berlin

Lange, Bernd-Peter (2006): Ordnungspolitische Perspektiven für die Krankenversicherung, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 8-9/2006 v. 20. Februar 2006: S. 10 – 17.

Lattke, Susanne/Vollmann, Tommi (2007): Dokumentation von Studiengängen im Bereich Erwachsenenbildung/Weiterbildung in Europa – Finnland (hrsg. vom Deutschen Institut für Erwachsenenbildung): http://www.die-bonn.de/doks/lattke0602.pdf

Lauterbach, Karl (2004): Das Prinzip der Bürgerversicherung, in: Engelen-Kefer, Ursula (Hg.) (2004)

Lauterbach, Karl (2005): Den Wohlfahrtsstaat stärken – Warum nur eine Bürgerversicherung die Probleme in unserem Gesundheitssystem lösen kann, in: Nr. 2 v. 4. Januar 2005, S. 7

Lauterbach, Karl (2007): Der Zweiklassenstadt, Berlin (Auszug in. Der SPIEGEL Nr. 24 v. 11.6.2007, S. 86 – 95)

Leibfried, Stephan/Rieger, Elmar (2001): Grundlagen der Globalisierung, Perspektiven des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt/Main

Leibfried, Stephan/Wagschal, Uwe (Hg.) (2000): Der deutsche Sozialstaat. Bilanzen –Reformen – Perspektiven, Frankfurt/Main (u.a.) (Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, 10)

Lorenz, Rüdiger (2004): Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, München

Luhmann, Niklas (1981): Politische Theorie im Wohlfahrtsstat, Münden und Wien

Mackenbach, Johan P (2002): Income inequality and population health, in: British Yournal of medizine (BMJ). 2002; Bd. 324: S. 1–2.

Martin, Steve/Loughlin, John/Lux, Suzannah (2005): The Free Communes Experiments – lessons for Policy in England, Centre for Local & Regionale Government Research (Hg.) Cardiff University

Matthies, Aila-Leena (2002): Finnisches Bildungswesen und Familienpoplitik: ein „leuchtendes Beispiel"?, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Bd. 41, S. 38 - 45

Matthies, Aila-Leena (2004): Wo ein Rad ins andere greift. Wie sich Wirtschaft, Bildung und Familienpolitik in Finnland gegenseitig auf die sprünge helfen, in: perspektive 21, H. 21/22: S. 31 – 46

Menningen, Walter (Hg.) (1971): Ungleichheit im Wohlfahrtsstaat – Der Alva-Myrdal-Report der schwedischen Sozialdemokraten, Reinbek bei Hamburg

Mensink, Gert (2002): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Ernährungsverhalten in Deutschland, Robert-Koch-Institut, Berlin

Mensink, Gert (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland, Robert-Koch-Institut, Berlin

Micheelis Wolfgang/Schiffner U. (2006): Die Vierte Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln

Ministry of the Interior and Health of Denmark (2002a): Health Care in Denmark, 5. Ausgabe, August 2002 (rev.): http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk/all.htm#intro (Zugriff am 7.4.2007)

Mogge-Grotjahn/Bußmann, Ulrike (2003): Zukunft sozialer und pflegerischer Ausbildungsgänge und Berufsbilder in evangelischer Trägerschaft (hrsg. Vom Rektorat der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe), Bochum

Müller-Mundt, Gabriele (2001): Internationale Kooperationen der Pflegestudiengänge: Ergebnisse einer Befragung im Auftrag der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld (Oktober 2001)

Musgrave, Richard. A. (1959): The Theory of Public Finance, New York/Toronto/London

Musgrove, Philip (1996): Public and private roles in health: Theory on financing patterns, Washington (Weltbank Diskussionspapiere Nr. 339)

Nefiodow, Leo A. (1997): Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, Sankt Augustin

Neyer, Gerda (2003): Family Policies and Low Fertility in Western Europe. Journal of Population and Social Security (Population), 1: Suppl., 46-93; auch erhältlich als MPIDR-Working Paper WP 2003-021: http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2003-021.pdf

Nullmeier, Frank (2002): Wohlfahrtsmärkte und Bürgerengagement in der Marktgesellschaft, in: Allmendinger, Jutta (Hg.(2003), Bd. 2: S. 961 - 974

Nummenmaa, Anna Raija/ Välijärvi, Jouni (Hg.) (2006): Opettajan työ ja oppiminen. (A teacher's work and learning); Institute for Educational Research, University of Jyväskylä

OECD (2003): Polytechnic education in Finland, Reviews of national policies for education; Paris

OECD (2004a): OECD Employment Outlook, Statistical Annex: http://www.oecd.org/dataoecd/-42/55/32494755.pdf

OECD (2004b): Lernen für eine Welt von morgen. Erste Ergebnisse von PISA 2003: http://www.pisa.oecd.org/dataoecd/18/10/34022484.pdf, Paris

OECD (2004c): Education at a Glance. http://www.oecd.org/document/11/0,2340,en_2825_-495609_33712011_1_1_1_1,00.html

OECD (2005a): Social Employment and Migration, Working Paper Nr. 29, Paris

OECD (2005b): Net Social Expenditure (Charts zu Support for senior Citizens, Familiy support..)

OECD (2006): Education at a Glance: http://www.oecd.org/document/37/0,2340,en_-2825_293564_-37387877_1_1_1_1,00.html

OECD (2006a): Education at a Glance – OECD indicators 2006, Paris

OECD (2006b): Starting Strong II. Early Childhood Education and Care, Paris

OECD (2006c): Wo haben Schüler mit Migrationshintergrund die größten Erfolgschancen – Eine vergleichende Analyse von Leistung und Engagement in PISA 2003: http://www.pisa.oecd.org/dataoecd/2/57/36665235.pdf

OECD (2007): Trends in Severe Disability Among Elderly People. Assessing the Evidenze in 12 OECD Countries and the Future Implications (Lafortune, Gaétan, Balestat, Gaelle, and the Disability Study Expert Group Members): OECD Health Working papers No. 26, Paris

OECD Health Data 2006: http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2649_34631_2085200_-1_1_1_1,00.html, Paris

Olshansky, S. Jay/Passaro, DJ./Hershow, PC et al (2005): A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century, in: New Engl. Journal Med 2005, 352: S. 1138 – 1145.

Otten, Kirsten (2004): Leitlinien und Qualitätsindikatoren im Rahmen von Disease-Management-Programmen für Schlaganfallpatienten, Dissertation (Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)

Phillips, Kevin (2002): Wealth and Democracy, Broadway Books

Pieper, K. (2005). Neueste Ergebnisse der vierten bundesweiten DAJ-Studie zur Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen. Statement im Rahmen des Pressegesprächs der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) am 24. August 2005 in Berlin: 9.

Pilz, Frank (2004): Der Sozialstaat. Ausbau – Kontroversen – Umbau, Bonn (Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe Bd. 452)

PISA (2003). Internationale Schulleistungsstudie PISA. Lernen für die Welt von morgen. Erste Ergebnisse von PISA 2003, OECD 200 (http://www.pisa.oecd.org/dataoecd/-18/10/34022484.pdf)

Prenzel, Manfred/Baumert, Jürgen/Blum, Werner/Lehmann, Rainer/Leutner, Detlev/Neubrand, Michael/Pekrun, Reinhard/Rolff, Hans-Günter/Rost, Jürgen/Schiefele, Ulrich (Hg.): Pisa-Konsortium Deutschland. PISA 2003. Ergebnisse des zweiten internationalen Vergleichs. Zusammenfassung (http://pisa.ipn.uni-kiel.de/Ergebnisse_PISA_2003.pdf vom 07.02.2005).

Preusker, Uwe K. (2007): Skandinavische Gesundheitssysteme – Priorisierung statt Rationierung, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, H. 4 v. 6. April 2007: S. A 930 – A 936

Pulkkinen, Lea (2005): The Organization of a School Day in Finland and the Concept of the „Integrated School Day", in: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2005): Gantagsangebote in der Schule. Internationale Erfahrungen und empirische Forschungen, Bildungsreform Bd. 12 (Ergebnisse einer Fachtagung vom Dezember 2003), Bonn: S. 41 - 69

Rapp K et al. (2005): Obesity and incidence of cancer: A large cohort study of over 145.000 adults in Austria. Br J Cancer 93 (9), S. 1062-67.

Rauschenbach, Thomas/Leu, Hans Rudolf/Lingenauber, Sabine/Mack, Wolfgang/Schilling, Matthias/Schneider, Kornelia/Züchner, Ivo (2004): Non-formale und informelle Bildung im Kindes- und Jugendalter. Konzeptionelle Grundlagen für einen Nationalen Bildungsbericht. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Reihe Bildungsreform. Bd. 6. Bonn.

Regeringskansliet (2003): Attracting, Developing and Retaining Effective Teachers. Background report prepared for the OECD Thematic, Stockholm (Mai 2003)

Regeringskansliet (2004): National Report on Economic Reform of Product and Capital Markets – Sweden, Octobre 2004

Reich, Elmar (1996): Zahngesundheit bayerischer Schulkinder 1995/96: München (Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e.V. 16.)

Richter-Kuhlmann, Eva A. (2004): Akupunktur: Großstudie bestätigt Wirkung, in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 5 vom 30.01.2004, S. A-221 / B-193 / C-185

Riesberg, Annette/Weinbrenner, Susanne/Busse, Reinhard (2003): Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich. Was kann Deutschland lernen? in: Aus Politik und Zeitgeschichte Bd. 33-34/2003: S. 29 – 38

Robert Koch Institut (2007) [RKI 2007]: Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA – Merkblatt für Ärzte, Stand 9. Februar 2007: http://www.rki.de/cln_048/nn_197444/-DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber__Mbl__Staphylokokken.html?__nnn=true

Robert-Koch-Institut (Hg.) (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit (Autor: Prof. Dr. Andreas Klocke). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 03/01

Robert-Koch-Institut (Hg.) (2003): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Übergewicht und Adipositas (Autoren: Benecke A. und Vogel H.), Heft 16/03: S. 10f.

Robert-Koch-Institut (Hg.) (2005). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26 – Körperliche Aktivität (Verfasser: Rütten, Alfred, Abu-Omar, Karim, Lampert, Thomas und Ziese, Thomas), Berlin Juli 2005. 9.

Roller, Edeltraut (2006): Das Bildungs- und Gesundheitssystem im Urteil der Bürger, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Bd. 30 – 31/2006 v. 24. Juli 2006: S. 23 – 30

Rosenbrock, Rolf (2007): Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs – Durchbruch in der krebsprävention, in: Dr. Med. Mabuse 167 – Mai/Juni 2007, S. 20f.

Rürup-Kommission (2003): Bericht der Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Berlin

Rütten A, Abu-Omar K, Lampert T, Ziese T. (2005): Körperliche Aktivität – Heft 26. In Robert-Koch-Institut (Hg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Juli 2005.

Samuelson, Paul Anthony (1954): The Pure Theory of Public Expenditure, in: Review of Economics and Statistics, Vol 36

Sapir, André (2005): Globalisation and the Reform of European Social Models, in: bruegelpolicybrief November 2005: http://www.bruegel.org

Scharpf, Fritz. W./Schmidt, Vivien A. (Hg.) (2000): Welfare and Work in the Open Economy, 3 Bände, Oxford u. New York

Schirrmacher, Frank (2006): Minimum. Vom Vergehen und Neuentstehen unserer Gemeinschaft, München: Blessing

Schivelbusch, Wolfgang (2005): Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Eine Geschichte der Genussmittel, Frankfurt/Main

Schmid, Günther (1996): Reform der Arbeitsmarktpolitik. Vom fürsorgenden Wohlfahrtsstaat zum sozial-kooperativen Wohlfahrtsstaat, WSI-Mitteilungen 10: S. 629 – 641.

Schmid, Josef. (2002): Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Opladen 2002

Schmidt, Manfred G. (2002): Warum Mittelmaß? Deutschlands Bildungsausgaben im internationalen Vergleich. In: Politische Vierteljahresschrift, 1/2002: S. 3-19

Schubert, Ingrid/Horch, Kerstin (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, in: Robert-Koch-Institut (Hg.): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin

Schulten, Thorsten (2006): Einkommen ohne Auskommen – Zur aktuellen Debatte über den Niedriglohnsektor und die Einführung von Mindestlöhnen in Deutschland, in: Jahrbuch für Arbeit und Menschenwürde, Bd. 7: Voll prekär – Total Normal? (hrsg. Von der Wissenschaftlichen Arbeitsstelle des Nell-Breuning-Hauses) Aachen

Seckinger, Mike/van Santen, Eric (2002): Entwicklungen in der Tagespflege, in: Deutschen Jugendinstitut (Hg.): Zahlenspiegel - Daten zu Tageseinrichtungen für Kinder. Kindertageseinrichtungen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. München, S. 151-161.

Seidel, Christa (1987): Medizinsoziologische Aspekte spezieller Bevölkerungsgruppen, in: Hüttner, Hannes (Hg.): Medizinsoziologie. Volk und Gesundheit, Berlin, S. 155-166.

Sheiham, Aubrey (1997). Impact of dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults. Community Dent Oral Epidemiol. 1997; Feb;25 (1): S. 104-12.

Sieverding, Monika (2000): Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick, in: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 1/2000, S. 7-16.

Simshäuser, Ulla/Mraz, Gabriele/Hofmann, Roswitha (2005): Ohne Partiziplation keine Ernährungswende – Alltagsbeispiel Mittagstisch, in: Ökologisches Wirtschaften, Heft 1, 2005, S. 21 - 23

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988 (BGBl.I S. 2477, Artikel 1), geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S.2626) und durch Gesetz vom 22.12.2006 (BGBl I S. 3439)

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988 (BGBl.I S. 2477, Artikel 1), geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S.2626) und durch Gesetz vom 22.12.2006 (BGBl I S. 3439)

Spegel, Hedwig (2004): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in Verbindung mit prekären wirtschaftlichen Lagen, in: Bien, Walter/Weidacher, Alois (Hg.): Leben neben der Wohlstandsgesellschaft. Familien in prekären Lebenslagen. Wiesbaden 2004, S. 107-118.

Statistical Yearbook of Denmark 2005, Copenhagen

Statistical Yearbook of Norway 2006: http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/default_fr.asp?PLanguage=1

Statistics Finland (2005): http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk//taskug_vaesto.html

Statistics Iceland (o.J.): http://www.statice.is/

Statistics Norway (Hg.) (2006): Facts about education in Norway 2007 – key figures (in cooperation with the Ministry of Education and Research and directorate for Education and Training, Oslo (Dezember 2006)

Statistics Sweden (2005): http://www.scb.se/templates/AlphaIndex____2161.asp

Statistische Bundesamt (2006): Datenreport 2006 - Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland: http://www.destatis.de/download/d/datenreport/2_21_2006.pdf

Statistisches Bundesamt (2004a): Erneuter Rückgang der Beschäftigten im öffentlichen Dienst, Pressemitteilung vom 7. April 2005: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/-p1650061.htm

Statistisches Bundesamt (2004b): Kindertagesbetreuung in Deutschland: Einrichtungen, Plätze, Personal und Kosten 1990 – 2002 (Presseexemplar)

Statistisches Bundesamt (2004c): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Tageseinrichtungen für Kinder am 31.12.2002, Wiesbaden (erschien im April 2004)

Statistisches Bundesamt (2004d): Kindestagesbetreuung in Deutschland 2002: Faltblatt vom März 2004, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2006c): Im Fokus: Ausgaben je Schüler/-in in 2004, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2001a): Hochschulstatistik, Tab. 10.1 (http://www.statistik-bund.de/basis/d/biwiku/hochtab8.htm).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004e): Fachserie 11/Reihe 1, Bildung und Kultur. Allgemein Bildende Schulen. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004f): Leben und Arbeiten in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2003 - Tabellenanhang zur Pressebroschüre. Wiesbaden (http://www.destatis.de/presse/-deutsch/pk/2004/Tabellenanhang_MZ2003_Fassung_26-4-04.pdf) vom 20.05.2004).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004g): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe - Fachserie 13, Reihe 6.3.1, Tageseinrichtungen für Kinder am 31.12.2002. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004h): Pressemitteilung vom 28. Mai 2004. Mikrozensus 2003: Nichtraucher (http://www.destatis.de).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004i): Kranke und Unfallverletzte nach Altersgruppen. Ergebnisse der Mikrozensus-Befragung im Mai 2003. Aktualisiert am 27. April 2004 (http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab9.php vom 18.02.2005).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004j): Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle). Häufigste Diagnosen bei männlichen Patienten. Häufigste Diagnosen bei weiblichen Patienten (http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab11.php vom 18.02.2005).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004j): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe - Fachserie 13, Reihe 6.3.1, Tageseinrichtungen für Kinder am 31.12.2002. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004k): Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle). Eckdaten (http://www.destatis.de/basis/d/-gesu/gesutab10.php vom 18.02.2005).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004l): Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1999 bis 2003 nach dem Alter der Frauen (http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab17.php vom 10.03.2005).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004m): Rauchverhalten nach Altersgruppen. Ergebnisse der Mikrozensus-Befragung im Mai 2003. Aktualisiert am 27. April 2004 (http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab7.php vom 16.01.2006).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004n): Pressemitteilung vom 17. August 2004. Krankenhausdiagnosestatistik 2002 (http://www.destatis.de).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004r): Pressemitteilung vom 7. Juni 2004. Folgen des Rauchens - Ergebnisse der Todesursachenstatistik 2002 und Krankenhausdiagnostik 2001 (http://www.destatis.de).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004r): Pressemitteilung vom 7. Juni 2004. Folgen des Rauchens - Ergebnisse der Todesursachenstatistik 2002 und Krankenhausdiagnostik 2001 (http://www.destatis.de).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004s): Pressemitteilung vom 28. Mai 2004. Mikrozensus 2003: Nichtraucher (http://www.destatis.de).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004t): Kranke und Unfallverletzte nach Altersgruppen. Ergebnisse der Mikrozensus-Befragung im Mai 2003. Aktualisiert am 27. April 2004 (http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab9.php vom 18.02.2005).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004u): Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle). Häufigste Diagnosen bei männlichen Patienten. Häufigste Diagnosen bei weiblichen Patienten (http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab11.php vom 18.02.2005).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004v): Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle). Eckdaten (http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab10.php vom 18.02.2005).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004w): Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1999 bis 2003 nach dem Alter der Frauen (http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab17.php vom 10.03.2005).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004x): Rauchverhalten nach Altersgruppen. Ergebnisse der Mikrozensus-Befragung im Mai 2003. Aktualisiert am 27. April 2004 (http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab7.php vom 16.01.2006).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2004y): Pressemitteilung vom 17. August 2004. Krankenhausdiagnosestatistik 2002 (http://www.destatis.de).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005a): Allgemein bildende Schulen 2004/05, Schnellmeldung zur Fachserie 11, Reihe 1.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005b): Fachserie 11/Reihe 2, Berufliche Schulen. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005c): Frauenanteile in verschiedenen Stadien der akademischen Laufbahn, Abb. 1.19; Abb. 1.20 (http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/hochtab8.htm vom 16.01.2006)

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005d): Pressemitteilung vom 14. Februar 2005. „Nahezu jeder zweite Gestorbene erlag 2003 einer Herzkreislauferkrankung" (http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p0600092.htm).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005e): Durchschnittliche weitere Lebenserwartung (http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab3.php vom 01.02.2005).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005f): Frauenanteile in verschiedenen Stadien der akademischen Laufbahn, Abb. 1.19; Abb. 1.20 (http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/hochtab8.htm vom 16.01.2006)

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005g): Fachserie 1/Reihe 4.1.1, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2006a): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2006b): Datenreport 2006, Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland (in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen), Wiesbaden

Statistisches Bundesamt. Informationszentrum Gesundheitsberichterstattung des Bundes: http://www.gbe-bund.de

Statistisches Bundesamt/Statistische Ämter/DJI (2005): Lebenserwartung bei der Geburt (nach der Todesursachenstatistik), Wiesbaden.

Strengmann-Kuhn, Wolfgang (Hg.) (2005): Das Prinzip Bürgerversicherung, Wiesbaden

SVR-Gesamtwirtschaft - Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum (Jahresgutachten 2002/2003), Stuttgart

SVR-Gesamtwirtschaft - Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003): Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren (Jahresgutachten 2003/2004), Stuttgart

SVR-Gesundheit - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung , Neuorientierung und Qualität, Bonn: http://www.svr-gesundheit.de

SVR-Gesundheit - Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bd. I – II, in: Bundestags-Drs. 15-5670: http://dip.bundestag.de/parfors/parfors.htm

Swedish Health and Medical Services Act of 1982

Swenska Institutet (2005): Kinderbetreuung in Schweden; Stockholm

The European Obervatory on Health Care Systems and Policies: Euro Observer, fortlaufend

Thefeld, W. Rauchen und Kinder: Rauchverhalten von Frauen im gebärfähigen Alter, von Eltern und Heranwachsenden, in: Robert-Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Der Bundes-Gesundheitssurvey, Berlin 2002:27 – 29 (hier: Abb. 1. 28)

Theobald, Hildegard (2004): Entwicklung des Qualifikationsbedarfs im Gesundheitssektor: Professionalisierungsprozesse in der Physiotherapie und Dentalhygiene im europäischen Vergleich, WZB, April 2004

Thome, Helmut/Birkel, Christoph (2007): Sozialer Wandel und Gewaltkriminalität. Deutschland, England und Schweden im Vergleich, 1950-2000, Wiesbaden.

Transparency International (2005): International Corruption Perception Index 2005, Berlin 2005 http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2005

Ullrich, Carsten G. (2002): Die „Aktivierbarkeit" wohlfahrtsstaatlicher Adressaten. Zu den Grenzen aktivierender Sozialpolitik, in: Allmendinger, Jutta (Hg.) (2003), Bd. 2: S. 946 – 960

Ulrich, Joachim-Gerd (2006): Übergänge in das duale System der beruflichen Bildung, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.) (2006): Übergänge zwischen Schule und Beruf und darauf bezogene Hilfesysteme in Deutschland, Bonn

UNICEF (2005): Child Poverty in Rich Countries 2005 (Innocenti Research Centre, Report Card No. 6): http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/presse/fotomaterial/Kinderarmut/Report_-Card_Innocenti_Child_Poverty_in_Rich_Nations_2005.pdf

UNICEF (2007): Child Poverty in Perspective. An overview of child well-being in rich countries (Innocenti Report Card 7, 2007), Florence

Vallgarda, Signild/Krasnik, Allan/Vrangbaek, Karsten (2001): Health Care Systems in Transition, Denmark, Copenhagen. In: WHO Regional Office on behalf of The European Observatory on Health Care Systems

Veil, Mechhild (2002): Ganztagsschule mit Tradition – Frankreich, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B41/2002: S. 29 – 37.

Velkova, JH/Wolleswinkel-van den Bosch/Mackenbach, JP (1997): The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention, in: The Netherlands International Journal of Epidemiology, Vol 26, S. 75-84

Vikat, Andres (2004): Women's Labor Force Attachment and Childbearing in Finland. In: Demographic Research, Special Collection 3, Article 8. http://www.demographic-research.org

Wagner, A (1911): Staat in nationalökonomischer Sicht, in: Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 3. Aufl., Bd. 7, Jena: S. 727 - 739

Wagner, A. (1863): Die Ordnung des österreichischen Staatshaushaltes mit besonderer Rücksicht auf den Ausgabe-Etat und die Staatsschuld, Wien

Wagner, Adolf (1863): Die Ordnung des österreichischen Staatshaushaltes mit besonderer Rücksicht auf den Ausgabe-Etat und die Staatsschuld, Wien 1863

Wagner, Adolf (1911): Staat in nationalökonomischer Sicht, in: Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 3. Aufl., Bd. 7, Jena: S. 727-739

Weiland, Stephan et al. (2006): Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinante, Perspektiven, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, H. 16, 21. April 2006, A1072ff.

Weltbank (1993): Weltentwicklungsbericht 1993 – Investitionen in Gesundheit, Washington

Weltbank (1997): Weltentwicklungsbericht 1997. Der Staat in einer sich ändernden Welt. Washington 1997; (World Bank: Development in Practice: Governance - the World Bank's Experience. Washington (DC) 1994)

Widström, E./Eaton K,A (2004): Oral health care systems in extended European Union, Oral Health Prev Dent, 2004; 2: S. 155-194.

Wilkinson Richard G. (2000a): Health inequalities: relative or absolute material standards? in: British Yournal of Medicine, Bd. 314: S. 591–5953.

Wilkinson, Richard G (2000b). Mind the gap: hierarchies, health and human evolution. London: Weidenfeld & Nicolson

Wilkinson, Richard G. (2001): Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit, Wien/New York

Wohlfahrt, Norbert (2005): Zwischen Wettbewerb und subsidiärer Leistungserbringung: Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege im Modernisierungsprozess: http://www.efh-bochum.de/-homepages/wohlfahrt/pdf/wohlfahrtsverb%E4nde.pdf

World Health Organization (2000): The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Genf

Wichtige Internetquellen, Newsletter, Adressen[332]

Bildungs- und Gesundheitssystem: übergreifend

ALICE informiert über Organisationen und Institutionen der Erwachsenenbildung in Europa. Die Suche nach Partnern und Subventionsquellen für transnationale Projekte, nach individuellen Kontakten oder Informationen zu Austauschprojekten wird unterstützt.

BildungsSysteme International

Ein Wegweiser zu Bildungssystemen weltweit. In der Datenbank werden Links z. B. zu Bildungsministerien, Bildungseinrichtungen, Fachgesellschaften, nationalen und internationalen Organisationen aus mehr als 230 Ländern und Regionen gesammelt. http://bildungssysteme-international.dipf.de/bi_form.html

Aktuelle Informationen zu Bildung in Europa unter http://ec.europa.eu/education/doc/index_en.html oder http://ec.europa.eu/education/ecvt/index_en.html

Eurostat 2006: Indikatoren fortlaufend

http://epp,eurostat,ec,europa,eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_-population/C/C3/C32/cca1000

Kopenhagen-Prozess:
http://www.minedu.fi/vet2006http://ec.europa.eu/education/news/what/index_en.html

[332] Angegeben sind die Adressen der Quellen, die bei der Recherche berücksichtigt wurden.

Europäisches Glossar zum Bildungswesen
Kostenfrei als pdf-Dokumente abrufbare Glossare mit Erläuterungen bildungsspezifischer Fachbegriffe aus den Ländern der Europäischen Union.

Eurydice
Aufgabe des EURYDICE-Informationsnetzes ist die Erstellung verlässlicher und vergleichbarer Informationen über die nationalen Bildungssysteme und Bildungspolitiken in Europa. Der Adresse (http://www.eurydice.org) liefert vielfältige Übersichten und Studien.
Für Länderberichte siehe vor allem: http://www.eurydice.org/portal/page/portal/Eurydice

Eurydice: Summary Sheets on Education Systems in Europa – Sweden, Stand: http://194.78.211.243/accueil_menu/de/frameset_menu.html

Knowledgebase Erwachsenenbildung
Vom Verband der Österreichischen Volkshochschulen und dem Österreichischen Volkshochschularchiv betriebene Wissensbasis mit den Kategorien News, Literatur, Struktur, Weiterbildung, Historiografie, Links und Medienpreise.

Weiterbildung in Europa - Begriffe und Konzepte
Das Handbuch enthält Begriffe aus der Praxis der europäischen Weiterbildung. Deren Vergleich und Verständnis wird erleichtert durch die Zusammenfassung in Rubriken sowie durch einen Gesamtindex und einen Länderschlüssel

European Observatory on Health Care Systems and Policies, Copenhagen (seit 2005 Ergänzung um „Policies"). Hier erscheint die Publikationsreihe „Health Care Systems in Transition" sowie Bulletins und ein Newsletter: http://www.obversatory.dk
Newsletter von the European Observatory on Health Care Systems: http://www.obervatory.de (E-Mail: oberservatory@who.dk)

Monitoring-System zur Entwicklung der Mundgesundheit in Mitgliedsländern der WHO: WHO in Zusammenarbeit mit dem Centre for Education, Training & Research in Oral Health (CAPP), Malmö, Sweden: http://www.whocollab.od.mah.se/index.html: (Aktualisierungsstand: 21. März 2007)

Informationen der Cochrane Library: http://www.thecochranelibary.com
(http://www.cochrane.de/deutsch)

Das Deutsche Netzwerk findet sich unter: http://www.ebm-netzwerk.de

Deutschland

Bildung

Deutscher Bildungsserver: http://www.bildungsserver.de/zeigen.html?seite=353

Elementarbildung (siehe Tabelle 1)

Gymnasiale Oberstufe:

- http://www.kmk.org/doc/beschl/abi-02.pdf
- http://www.kmk.org/doc/beschl/176_Vereinb-z-Gestalt-d-gymOb-i-d-SekII.pdf
- http://www.kmk.org/doc/beschl/abi-07.pdf
- http://www.kmk.org/doc/beschl/abi-02.pdf

Berufliche Bildung

Berufsbildungsreformgesetz 2005: http://www.bmbf.de/pub/die_reform_beruflichen_bildung.pdf

Berufsbildungsgesetz 2005 (Artikel 1 des Gesetzes zur Reform der beruflichen Bildung - BerBiRefG). Zusammenstellung der Begründungen zu den Einzelvorschriften des Berufsbildungsgesetzes: http://www.bmbf.de/pub/begruendung_BBiG_einzelvorschriften.pdf

Berufsbildungsreformgesetz - BerBiRefG). Gegenüberstellung der Regelungen des Regierungsentwurfs (BT-Drs. 15/3980) und der vom Bundestag beschlossenen Änderungen (BT-Drs. 15/4752): http://www.bmbf.de/pub/Synoptische_Uebersicht_-Berufsbildungsreformgesetz.pdf

KMK-Beschlüsse zum beruflichen Schulwesen unter: http://www.kmk.org/doc/beschl/bschulw.htm

Bundesministerium für Bildung und Forschung
Referat Öffentlichkeitsarbeit
Hannoversche Straße 28-30
D-10115 Berlin
Tel.: 01888-570
Fax: 01888-575516
E-Mail: information@bmbf.bund.de
Internet: http://www.bmbf.de/

Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft (GEW)
Reifenberger Straße 21
60489 Frankfurt
Tel.: 069/78973 - 0
Fax: 069/78973 - 201
E-Mail: info@gew.de
http://www.gew.de/

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg
Öffentlichkeitsarbeit
Postfach 10 34 42
70029 Stuttgart
Poststelle@km.kv.bwl.de

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus
Salvatorstraße 2
80327 München
http://www.km.bayern.de/

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin
Beuthstr. 6 - 8
D-10117 Berlin – Mitte
Tel.: 030 9026 5985
Fax +49 30 9026 5001

Das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (Brandenburg)
Heinrich-Mann-Allee 107
14473 Potsdam
Tel:: (0331) 866-0
E-Mail: poststelle@mbjs.brandenburg.de

Senator für Bildung und Wissenschaft
Rembertiring 8-12
28195 Bremen
Telefon 0421 / 361 – 13222
Fax 0421 / 361 - 4176
E-Mail office@bildung.bremen.de
http://www.bildung.bremen.de/sfb/sfb.asp?Wahl=1

Behörde für Bildung und Sport Hamburg
Postfach 761048
Hamburger Straße 31
22060 Hamburg
Tel.: (040) 4 2828-0
Fax.: (040) 4 28 63 - 34 96
http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/bildung-sport/kontakt/start.html

Hessisches Kultusministerium
Luisenplatz 10
65185 Wiesbaden
Tel.: 0611 - 368 0
Fax: 0611 - 368 2096
e-mail: poststelle@hkm.hessen.de

Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern
19048 Schwerin
Tel.: +49 385 588-0
Fax: +49 385 588-7082
http://www.kultus-mv.de/

Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen
Völklinger Straße 49
40221 Düsseldorf
Tel.: (0211) 5867-40
poststelle@msw.nrw.de

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur Rheinland-Pfalz
Mittlere Bleiche 61
55116 Mainz
Tel.: 06131-16-0
Fax: 06131-16-2878
http://www.mbwjk.rlp.de/ministerium/impressum.html

Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft
Hohenzollernstraße 60
66117 Saarbrücken
Tel.: (0681) 501-7404
Fax: (0681) 501-7500
E-Mail: poststelle@bildung.saarland.de
http://www.saarland.de/ministerium_bildung_kultur_wissenschaft.htm

Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt
Pressestelle
Turmschanzenstraße 32
39114 Magdeburg.
Fax: 0391 567 3775
http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=3704

Sächsisches Staatsministerium für Kultus
Staatsminister Steffen Flath
Carolaplatz 1
01097 Dresden
Postanschrift: Postfach 100 910
01079 Dresden
Tel.: (03 51) 5 64-0

Ministerium für Bildung und Frauen
Beate Hinse
Brunswiker Straße 16-22
24105 Kiel
Tel.: 0431/988-5807
Fax: 0431/988-5815
E-Mail: pressestelle@mbf.landsh.de
http://www.mbf.schleswig-holstein.de

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE) e. V.
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
Tel. +49 (0)228 3294-0
Fax: +49 (0)228 3294-399
info@die-bonn.de
http://www.die-bonn.de

Thüringer Kultusministerium
Postfach 900463
99107 Erfurt
Fax: +49 361 / 37 94 690
Tel.: +49 361 / 37 900
E-Mail: presse@tkm.thueringen.de

Gesundheit

Bundesgesundheitsministerium, Pressemitteilungen fortlaufend (Newsletter)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (laufende Aktualisierungen im Internet unter http://www.gbe-bund.de).

Robert-Koch-Institut (Hg). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, verschiedene Hefte ab Heft 03/2001 (Armut bei Kindern und Jugendlichen) bis Heft 38/2007 (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten). Berlin: 2001-2007

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
Jägerstraße 49/50
10117 Berlin
Tel: 030/40004-0
Fax: 030/40004-598
http://www.abda.de
http://www.aponet.de
Präsident: Heinz-Günter Wolf, Hemmoor

AOK-Bundesverband
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn
Telefon: (02 28) 84 30
Telefax: (02 28) 84 35 02
Vorsitzender des Vorstands: Dr. Hans Jürgen Ahrens

Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen
c/o Christa Schaffmann, Pressesprecherin
Glinkastr. 5, 10117 Berlin
Tel. (49) 30 - 209 149 59
Fax: (49) 30 - 209 149 66
E-Mail: presse@bdp-verband.org
http://www.bdp-schulpsychologie.de/aktuell/archiv/14_bdppm23.php

Berufsverband Der Kinder- Und Jugendärzte e. V.
Mielenforster Straße. 2
D-51069 Köln
Tel: + 49 (0) 221 - 68909-0
Fax: + 49 (0) 221 -683204
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de
Präsident: Dr. Wolfram Hartmann

BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen
Tel.: +49 201 179-01
Fax: +49 201 179-1000
E-Mail: info@bkk.de
http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,294,nodeid,.html

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystraße)
10623 Berlin
Postfach 120 864
10589 Berlin
Tel.: (030) 400456-0
http://www.baek.de/page.asp?his=0.1 (Startseite)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Friedrichstraße 108
10117 Berlin (Mitte)
Tel.: +49 (0)1888 441-2225
Fax: +49 (0)1888 441-1245
http://www.bmg.bund.de
E-Mail: pressestelle@bmg.bund.de
(oder: Am Propsthof 78a
53121 Bonn)

Bundeszahnärztekammer
Chausseestraße 13
D-10115 Berlin
Tel.: 030/40005-0
http://www.bzaek.de

DAK-Zentrale
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg
Tel.: 040 / 23 96 – 0
http://www.dak.de/content/dakhome/index.html (Startseite)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)
Postfach 1369
D-59065 Hamm
Tel.: 02381/9015-0
Fax: 02381/9015-30
http://www.dhs.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Postfach 12 02 64, 10592 Berlin
http://www.kbv.de/startseite_fachbesucher.html

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Universitätsstraße 73,
D-50931 Köln
Tel.: 0221/4001-0
http://www.kzbv.de

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
D-13353 Berlin
Tel.: 030.18754-2239, -2562 und -2286
Fax: 030.18754 2265
E-Mail: presse@rki.de
http://www.rki.de

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg
Kontakt:
Tel. 02241 108-298
Telefax: 02241 108-469
E-Mail: presse@vdak-aev.de

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln
Tel.: 0221 / 37662 – 0
Fax: 0221 / 37662 – 10
http://www.pkv.de

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Dillenburger Str. 27
D- 51105 Köln
Tel: +49 (0) 221 - 35685 - 0
Fax: +49 (0) 221 - 35685 - 1
E-Mail: info@iqwig.de
Internet: http://www.iqwig.de

Dänemark

Bildung

Bekendtgørelse af lov om folkeskolen - LBK nr 393 af 26/05/2005 (Gældende) Tal der taler – Uddannelsesnøgletal 2005, http://pub.uvm.dk/2005/taldertaler/ Vejledning om undervisningstimetal i folkeskolen, uvm, 16. september 2005:

Statistisk Årbog / Statistical Yearbook / / Danmarks Statistik- - København : Danmarks Statistik, 2000Reference book which gives a broad statistical picture of social conditions in Denmark. It is the official statistics of the country.

Gesundheit

The Ministry of the Interior and Health (Hg.) (2003): Government of Denmark: Healthy throughout Life – the targets and strategies for Public Health Policy of the Government of Denmark 2002 – 2010, Kopenhagen (September 2002):

The Ministry of the Interior and Health (2002): Health care in Denmark, Kopenhagen (August 2002): http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk/all.htm#intro (Zugriff am 7.4.2007); Aktuelles unter: im@im.dk; Publikationen siehe http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk/-all.htm#intro

Wichtige Adressen

The National Board of Health
Islands Brygge 67
P.O. Box 1881
2300 Copenhagen S.
Tel.: +45 72 22 74 00
Fax: +45 72 22 74 11
Webseite: http://www.sst.dk
The National Board of Health berät das Gesundheitsministerium und andere öffentliche Körperschaften in Gesundheitsfragen. Darüberhinaus nimmt es Aufgaben in Supervision und Inspektion wahr

The Danish Ministry of the Interior and Health Research Centre for Environmental Health
c/o The National Board of Health
Islands Brygge 67
P.O. Box 1881
2300 Copenhagen S
Tel.: +45 72 22 74 00
Fax: +45 72 22 74 11

National Council of Public Health and Health Promotion
Slotsholmsgade 10-12
1216 Copenhagen K
Tel.: +45 33 92 33 60
Fax: +45 33 93 15 63
Der National Council of Public Health and Health Promotion hat die Aufgabe, zukunftsgerichtete Debatten um neue Projekte in Angelegenheiten der öffentlichen Gesundheit anzuschieben und Vorschläge zu unterbreiten.

The Danish Medicines Agency
Frederikssundsvej 378
2700 Brønshøj
Tel.: +45 44 88 91 11
Fax: +45 44 91 73 73
Webseite: http://www.dkma.dk

Danish Institute for Health Technology Assessement (DIHTA) c/o National Board of Health
P.O. box 1881
Islands Brygge 67
2300 Copenhagen S
Tel.: +45 72 22 74 00
Fax: +45 72 22 74 11
DIHTA erstellt Expertisen zu den Bedingungen und Konsequenzen von Gesundheitstechnologen. Fragen der gesundheitlichen Aufklärung und Erziehung sind dabei einbezogen.

The National Serum Institute
Artillerivej 5
2300 Copenhagen S
Tel.: +45 32 68 32 68
Fax: +45 32 68 38 68
Webseite: http://www.ssi.dk

National Institute of Public Health (NIPH)
Svanemøllevej 25
2100 Copenhagen
Tel.: +45 39 20 77 77
Fax: +45 39 20 80 10
Hauptaufgabe des NIPH ist die Durchführung von Forschungsaufgaben und die Erstellung von Übersichten. Gegenüber öffentlichen Körperschaften hat das Institut eine beratende Funktion mit Blick auf Gesundheitsanalysen, Evaluation, die Planung von Gesundheitsmaßnahmen und die Weiterentwicklung von Gesundheitsdiensten. Für die Entwicklung von Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit ist mit zuständig:

National Institute of Public Health University of Southern Denmark
Øster Farimagsgade 5 A,
1399 Copenhagen K
Denmark
Tel. +45 3920 7777
Fax: +45 3920 8010
E-mail: niph@niph.dk
Webseite: http://www.niph.dk

The Patients' Complaints Board
Frederiksborggade 15
1360 Copenhagen K
Tel.: +45 33 38 95 00
Fax: +45 33 38 95 99
Webseite: http://www.pkn.dk
Der Patients Complaints Board dient der Regulierung von Patientenbeschwerden.

The Patient Insurance Association
Nytorv 5
1450 Copenhagen K
Tel.: +45 33 12 43 43
Fax: +45 33 12 43 41
http://www.patientforsikringen.dk

Die Patient Insurance Association trifft Entscheidungen in Fragen medizinischer Behandlungsfehler und von Folgeschäden medizinischer Behandlungen.

The Danish Council of Ethics
Ravnsborggade 2-4
2200 Copenhagen N
Tel.: +45 35 37 58 33
Fax: +45 35 37 57 55
Webseite: http://www.etiskraad.dk

The School of Advanced Nursing Education
Vennelystparken
8000 Århus C
Tel.: +45 86 12 17 11
Fax: +45 86 12 50 73
Die Schule bietet Weiterbildungen in Pflegewissenschaften, incl. Graduiertenkurse.

The Association of County Councils in Denmark
Dampfærgevej 22
P.O. Box 2593
2100 Copenhagen Ø
Tel.:: +45 35 29 81 00
Fax: +45 35 29 83 00
Webseite: http://www.arf.dk
Abstimmumgsgremium für die Krankenhausplanung

Negotiation Committee of Public Health Security
c/o The Association of County Councils in Denmark
P.O. Box 2593
Dampfærgevej 22
2100 Copenhagen Ø
Tel. +45 35 29 81 00
Fax: +45 35 29 83 36

The National Association of Local Authorities in Denmark
Gyldenløvesgade 11
1600 Copenhagen V
Tel.:: +45 33 70 33 70
Fax: +45 33 70 33 71
Webseite: http://www.kl.dk

Statistics Denmark
Sejrøgade 11
2100 Copenhagen Ø
Tel.: +45 39 17 39 17
Fax: +45 39 17 39 99
Webseite: http://www.dst.dk

The Danish Medical Research Council
Randersgade 60
2100 Copenhagen Ø
Tel.: +45 35 44 62 00
Fax: +45 35 44 62 01
Webseite: http://www.forsk.dk

Finnland

Informationen zum finnischen Bildungssystem bietet das EURYDICE-Portal: http://www.eruydice.org

National Board of Education 2006: The educational institution information system of the OPTI. http://www.edu.fi/english/pageLast.asp?path=500;4699;4847 (Zugriff am 5.4.2007). http://www.stat.fi/til/aku/2000/aku_2000_2004-05-31_kat_001_en.html#ots1

Finnisches Bildungsministerium http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/aikuiskoulutus_ja_-vapaa_sivistystyoe/?lang=en

Die Zuständigkeit der Gemeinden ist im Gesetz über die medizinische Grundversorgung (1972) und im Krankenhausgesetz (1989) geregelt. Weitere wichtige Gesetze sind das Gesetz über die Selbstbeteiligung der Patienten bei Wohlfahrts- und Gesundheitsleistungen (1992) und das Gesetz über die geistige Gesundheit (1990)

Informationen zum Finnischen Dentalsystem: http://www.whocollab.od.mah.se/euro/-finland/finland.html

Briefstatistic: http://www.vero.fi/default.asp?domain=VERO_ENGLISH&language=ENG

Minstry of Social Affairs and Health: http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/strag/index.htx

Statistics Finland: http://www.stat.fi/index_en.html

Wichtige Adressen

Ministry of Social Affairs and Health
PO BOX 33,
FI-00023 GOVERNMENT,
Visiting address: Meritullinkatu 8,
FIN-00170 Helsinki
Tel: +358 9 160 01
Fax: +358 9 160 74126,
E-mail: kirjaamo.stm@stm.fi

The National Public Health Institute
Mannerheimintie 166
FIN-00300 Helsinki
FINLAND
Tel.: +358 (0) 9 47 441 |
info@ktl.fi
Das Institut überwacht die Gesundheit der Bevölkerung und der Faktoren, die darauf Einfluss haben. Es entwickelt auf dieser Basis Ziele und versorgt die Entscheidungsträger, Einzelakteure sowie die Bürger mit Informationen. Gemeinsam mit den Gesundheitsinstitutionen und Gesundheitsexperten wirkt es auf nationaler und internationaler Ebene an Gesundheitsfördermaßnahmen mit.

*National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES***)**
P.O. Box 220
Lintulahdenkuja 4
FI-00531 Helsinki,
Tel. +358 9 396 71,
Fax +358 9 761 307,
E-mail firstname.lastname@stakes.fi
http://www.stat.fi/til/aku/2000/aku_2000_2004-05-31_kat_001_en.html#ots

Department for Occupational Safety and Health
P.O. Box 556
FI-33101 TAMPERE
FINLAND
Tel: +358 9 160 01
Fax: +358 9 160 72511

Island

Administration of Occupational Safety and Health in Iceland: http://www.vinnueftirlit.is

Bildungssystem: Die grundlegenden Gesetze sind über die Webseite des Ministeriums für Bildung, Forschung und Kultur zugänglich: postur@mrn.stjr.is.

Directorate of Health in Iceland: http://www.landlaeknir.is

Educate-Iceland, Reykjavik: http://www.mennt.is

Iceland Dental Association: http://www.tannsi.is

Iceland Medical Association: http://www.icemed.is

Icelandic Nurses Association: http://www.hjukrun.is

Informationen (Zusammenfassender Überblick und Details) zum isländischen Bildungssystem bietet das EURYDICE-Portal: http://www.eruydice.org

Landspitali University Hospital: http://www4.landspitali.is

Ministry of Health and Social Security in Iceland: http://www.stjr.is/htr

Obere Sekundarschulen: http://eng.menntamalaraduneyti.is/Acts/nr/2435

Pflichtschulgesetz von 1995. (http://eng.menntamalaraduneyti.is/Acts/nr/2432)

Pre Schools (Nursery Schools) Act (No. 78 of 1994): http://eng.menntamalaraduneyti.is-/Acts/nr/2439

Staatliche Sozialversicherung (SSSI): http://www.tr.is

Statistics Iceland: http://www.statice.is

The Book of Icelanders: http://www.islendingabok.is

Norwegen

Lånekassen (Staatlicher Ausbildungsfonds)
Kompetansesenter læresteder
Postboks 36 Kalbakken
0901 Oslo
Faks 73 51 85 65
Tel: 04545 (fra utlandet: +47 22 72 45 45
http://www.lanekassen.no/default____8346.aspx

Ministry of Children and Equality (likestillingsdepartementet)
Postboks 8036 Dep
0030 Oslo
Office address
Akersg. 59
Tel. (+47) 22 24 90 90
Fax (+47) 22 24 95 15
Webseite: www.regjeringen.no
E-mail: postmottak@bld.dep.no

Ministry of Education and Research (Kunnskapsdepartementet)
Postboks 8119 Dep
0032 Oslo
Office address
Akersgt. 44
Tel.: (+47)22 24 90 90
Fax (+47): 22 24 95 44
Webseite: http://www.regjeringen.no/en/ministries/kd.html?id=
E-mail: postmottak@kd.dep.no

Ministry of Health and Care Services (Helse- og omsorgsdepartementet)
Postal address
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
Office address
Einar Gerhardsens plass 3
Tel.: (+47) 22 24 90 90
Fax (+47)22 24 95 75
Webseite: http://www.regjeringen.no
E-mail: postmottak@hod.dep.no

Norwegian Institute of Public Health,
PO Box 4404 Nydalen,
N-0403 Oslo
Tel.: +47 22042200
Fax: +47 22353605

The Norwegian Board of Health Supervision (Statens helsetilsyn)
P.O. Box 8128 Dep,
NO-0032 Oslo, Norway
Street address
Calmeyers gate 1,
Tel: (+47) 21 52 99 00
Director General (+47) 21 52 98 01
E-mail: postmottak@helsetilsynet.no

The Norwegian Directorate for Education and Training
P.O. Box.
2924 Toyen
N - 0608 OSLO
Tel: + 47 23 30 12 00
Fax: + 47 23 30 12 99
E-mail: post@utdanningsdirektoratet.no

The Norwegian Directorate for Education and Training
P.O. Box. 2924 Toyen
N - 0608 OSLO
NORWAY
Phone: + 47 23 30 12 00
Fax: + 47 23 30 12 99
E-mail: post@utdanningsdirektoratet.no

http://odin.dep.no/kd/engelsk/publ/veiledninger/014081-120036/index-dok000-b-n-a.html

Statistics Norway. http://www.ssb.no/utniv_en/ and http://www.ssb.no/utelstud_en/

National strategy for evaluation and quality development in Norwegian schools

/kd/english/doc/white_paper/014005-990478/dok-bn.html

http://www.khib.no/index.php/khib_en/in_englishBergen National Academy of the Arts Oslo National Academy of the Arts

http://www.nhh.no/index-e.htmlNorwegian School of Economics and Business Administration

Schweden

Wichtige Adressen

Ministry of Education and Research, (*Utbildningsdepartementet)*
http://www.sweden.gov.se

Swedish National Agency for Education, (*Skolverket)*
http://www.skolverket.se/sb/d/190

Swedish National Agency for School Improvement, *Myndigheten för skolutveckling,*
http://www.skolverket.se/in_english

Ministry of Health and Socail Affairs,
S-103 33 Stockholm,
Sweden
Tel.: + 46-8-405 10 00
E-Mail: info.order@social.ministry.se

In Schweden teilen sich mehrere Minister die Führung des Ministeriums. Aktuell (2007) hat Herr Göran Hägglund die Gesamtzuständigkeit und die Minsterinnen Cristina Husmark Pehrsson (Sozialen Sicherung) und Maria Larsson (Altenpflege und öffentliche Gesundheit) jeweils Teilzuständigkeiten. Dem Ministerium obliegt die Ziel- und teilweise Ressourcensteuerung. Dazu werden den staatlichen und kommunalen Körperschaften, die mit der Leistungserstellung befasst sind, Ziele und Leitlinien vorgegeben und finanzielle Ressourcen (staatliche Zuschüsse) bereitgestellt. Wie die Ziele erreicht werden, liegt in der Kompetenz der Leistungserbringer. Im Zuständigkeitsbereich des Ministeriums liegen 17 Regierungsagenturen, 2 staatseigene Unternehmen und 2 Institute

Swedish National Institute of Public Health - NIPH (Statens folkhälsoinstitut)
SE-831 40
Östersund, Besök och leverans (Visit): Forskarens väg 3
Kontor (Office) Stockholm: Olof Palmes gata 17
Tel: +46 (0)8 566 135 00,
Fax +46 (0)63 19 96 02

Das NIPH ist mit Fragen der Volksgesundheit befasst. Hauptbetätigungsfelder sind das Monitoring der nationalen Gesundheitsstrategien und die Eindämmung des Konsums von Tabakwaren, Alkohol und Drogen.

National Board of Health and Welfare (NBHW)
Der NBHW ist die zentrale Schaltstelle für die Entwicklung, Koordinierung und Evaluierung gesundheitlicher wie sozialer Dienste. Die Weiterentwicklung von Ausbildungsgängen ist darin eingeschlossen
Tel.: +46 (0)8-555 530 00. Fax: +46 (0)8-555 532 52

Systembolaget (Swedish Alcohol Retailing Monopoly)
Systembolaget hat das alleinige Recht, alkoholische Getränke zu verkaufen.
Tel.: +46 (0)8-789 35 00. Fax: +46 (0)8-789 35 02

Anlage 1: Datenlage und Arbeitsmethodik – einige Anmerkungen

Die vorliegende Studie behandelt das Bildungs- und Gesundheitswesen von Deutschland im Vergleich zur skandinavischen Ländergruppe sowohl mit Blick auf Finanzierung und fachpolitische Ergebnisse wie auch mit Blick auf die Beschäftigungsrelevanz als einem zentralen makroökonomischen Parameter. Häufig wird in Vergleichsstudien nicht die ganze skandinavische Ländergruppe beleuchtet, sondern ein Repräsentant ausgewählt. Da Schweden als Prototyp des skandinavischen Wohlfahrtsmodells gilt, fällt die Wahl meist auf Schweden. Der eher unübliche Einbezug aller skandinavischen Länder erfolgt aus systemlogischen Gründen. Wird eine Beschränkung vorgenommen oder gar nur ein Repräsentant gewählt, bleibt unklar, ob die Befunde für die gesamte skandinavische Ländergruppe zutreffen, damit also typisch sind für dieses Wohlfahrtsmodell oder nicht.

Weder wurden im Rahmen der Studie neue Daten erhoben noch Interviews durchgeführt. Dies hätte den Rahmen vollkommen gesprengt. Der Rahmen ist durch den Versuch geprägt, mit „Bildung und Gesundheit" zwei für die Akzeptanz wohlfahrtsstaatlicher Tätigkeit zentrale Aufgabenfelder in ihren komplexen Zusammenhängen zu beleuchten. Folgende Arbeitsmethoden kamen zum Einsatz:

- Die Bildungs- und Gesundheitssysteme wurden erfasst hinsichtlich ihrer Grundstrukturen, den dabei wirksamen Philosophien und Prinzipien sowie der Art der Steuerung und Finanzierung. Herangezogen wurden dafür aktuelle Bestandsaufnahmen von Autoren aus den jeweiligen Ländern sowie regierungsamtliche Darstellungen und Darstelungen wichtiger Systemakteure. Dazu wurden Recherchen auf den angegebenen Webseite-Adressen relevanter Akteure durchgeführt.
- Forschungsergebnisse aus unterschiedlichen Untersuchungen wurden zusammengetragen und ausgewertet. Punktuell wird dabei auch auf Einzelbefunde und qualitative Forschungsergebnisse verwiesen.
- Hinsichtlich des Outcomes anhand fachlicher Parameter und der Finanzierungsquellen wurde nicht nur eine Sekundärauswertung der auf Ebene von EU, OECD und WHO verfügbaren Statistiken vorgenommen, sondern auch auf skandinavische Originalstatistiken zurückgegriffen. Bei der Bewertung und Diskussion der Befunde wurden die Befunde anderer Studien mit reflektiert.
- Der makroökonomische Kontext wurde hinsichtlich zentraler Kennzahlen skizziert. Die Finanzierungsseite wurde grob betrachtet. Zwei Exkurse (Island und Finnland) steigen aus unterschiedlichen Blickwinkeln tiefer in die Thematik sein. Näher untersucht wurde die Beschäftigungsrelevanz, die mit der Produktion von Bildungs- und Gesundheitsgütern in den skandinavischen Ländern im Vergleich zu Deutschland einhergeht. Basis sind ausschließlich nationale Statistiken. Punktuell erfolgen in Abhängigkeit von der Datenlage resp. Datenzugänglichkeit vertiefende Betrachtungen. Dabei kommt die Methodik des Perspektivenwechsels zum Einsatz.

Datenqualität und statistische Abgrenzungen

In Deutschland basieren die gesundheits- und bildungsbezogenen Statistiken und Rechnungssysteme auf der Zusammenführung einer Vielzahl von Einzelstatistiken, die von Bundesländern (Schulen, Hochschulen, Gesundheitsämter), den Selbstverwaltungseinrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenkassen, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Apothekenkammer…) in unterschiedlichem Turnus erhoben und mit den Ergebnissen des Mikrozensus abgeglichen werden. Unsicherheiten bestehen mit Blick auf den Mikrozensus. Im Rahmen des Mikrozensus werden alle 4 Jahre (zuletzt 2005) im Rahmen einer Zusatzbefragung auf freiwilliger Grundlage Daten zur Gesundheit der Bevölkerung (Krankheit, Rauchverhalten, Körpergewicht…) erhoben und dann auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet. Da die letzte Volkszählung 20 Jahre zurückliegt, ist der Verlässlichkeitsgrad beschränkt. Eine sehr gute Qualität besitzt dagegen die Todesursachenstatistik. Nach dem Gesetz über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungs-

standes i.d.F. vom 14.3.1980 handelt es sich um eine Vollerhebung aller Todesfälle. Grundlage sind die von den Ärzten ausgestellten Todesbescheinigungen mit Nennung der Krankheiten, die unmittelbar und mittelbar zum Tode geführt haben. Schon seit 1905 existiert in Deutschland ein einheitliches, ausführliches Verzeichnis der Todesursachen. Für die Todesursachenforschung gibt es damit eine verlässliche Datenbasis.

Die skandinavischen Länder verfügen über eine Registerstatistik. Sie besitzt die denkbar höchste Verlässlichkeit. Beispiel Dänemark. Jeder Däne führt einen 10stelligen Code mit sich, die CPR-Nummer. Darüber wird quasi ab Geburt alles registriert: Wohnort, Kindertagesstättenbesuch, Arztbesuche, Bildungsverlauf, Jahresgehalt, Umzüge, eigene Kinder, deren Geburtstag. Die Daten laufen im CPR-Amt zusammen. Irgendwo andersorts existieren Kopien. Aus deutscher Perspektive erscheint ein solches System, über das auch die anderen skandinavischen Länder verfügen, wie ein fundamentaler Verstoß gegen das Recht der Bürger auf informationelle Selbstbestimmung. In Dänemark, wo das System Ende der 60er Jahre eingeführt wurde, ist es jedoch Ausdruck eines besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Staat und Bürgern. Letztlich nutzt es beiden Seiten. Der Staat hat Daten in einer Qualität, die andere Länder nicht erreichen. Dies könnte er missbräuchlich gegen die Bürger verwenden. Während der zurückliegenden Jahrzehnte diente die Registerstatistik jedoch vor allem der Effektivierung staatlicher Planungen und dem Geringhalten von Bürokratie. Eine Lokalregierung, die genau weiß, welche Kinder welchen Alters in welchen Familien und in welchen Bezirken wohnen und welche Umzugsbewegungen es üblicherweise gibt, kann Kinderbetreuungseinrichtungen anders und besser planen als eine Stadt, die zwar die Altersstruktur ihrer Bevölkerung einigermaßen kennt, aber über keine Verknüpfung zum Familien- und Erwerbsstatus der Eltern verfügt. Allerdings, im Zuge der sehr weitgehenden Kommunalisierung auch der Steuerungskompetenz gibt es neuerdings im schwedischen Gesundheitssystem Datenlücken. Die schwedische Datenlage ist im Ergebnis heute weniger gut als vor Jahren.

Die makroökonomischen Daten zu den in den Vergleichsländern sowie im erweiterten OECD-Kontext für Bildung und Gesundheit eingesetzten öffentlichen wie privaten Finanzmitteln stammen von der OECD. Das Bildungssystem ist abgegrenzt über die Institutionen von der Schul- bis zur Hochschulbildung und die Fördermittel, die aus staatlichen wie privaten Quellen an Privatpersonen wie Institutionen für Bildungszwecke fließen. Größere Schwierigkeiten bereitet die Abgenzung des Gesundheitssystems. Ausgangspunkt ist das „System of Health Accounts" der OECD. Nach dieser Abgrenzung werden zum Gesundheitswesen sämtliche Institutionen und Personen gezählt, die mit der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung befasst sind. Kernbereich ist die ambulante und stationäre Versorgung. Um diesen Kernbereich herum gruppieren sich unterschiedliche Industrien (Medizintechnik, Pharmaindustrie, z.B.), und Berufsgruppen (Augenoptiker, Orthopädiemeister). Maßgebend für die Abgrenzung ist die Frage, ob Tätigkeiten primär auf die Vermeidung oder Bewältigung von Gesundheitsproblemen gerichtet sind oder primär einem anderen Zweck folgen. So zählt ambulante und stationäre Pflege zum Gesundheitswesen, während normale Altenheime außen vor bleiben. Außen vor bleiben auch Bioläden und Reformhäuser. Den Kunden geht es hier zwar auch um Gesundheit, aber dies ist ein Nebenaspekt zum Hauptaspekt „Ernährung'".

Aufgrund der analogen Abgrenzung des Bildungs- wie Gesundheitssystems sind die skandinavischen Statistiken (Ausgaben, Finanzierung, Personal) prinzipiell vergleich. Die Qualität der Daten ist hoch, da anders als in Deutschland eine breite Absicherung durch Vollerhebungen vorliegt. Teilweise liegen die Daten in so tiefer Untergliederung vor, dass Analysen aus unterschiedlichen Blickwinkeln möglich sind. Lücken gibt es allerdings beim Privatsektor des Gesundheitssystems. Dies obwohl er bei der Primärversorgung in Dänemark, Island und Norwegen eine wichtige Rolle spielt. Der Vergleichbarkeit sind dort Grenzen gesetzt, wo die Erhebungskonzepte differieren. Dies ist in nicht geringem Umfang der Fall. Bei den ermittelten fiktiven Beschäftigungslücken erhebt die Studie deshalb auch nicht den Anspruch auf konsolidierte Daten. Es geht um die Verdeutlichung von Größenordnungen.

Die nationalen Angaben über das Personal im Gesundheitswesen sind zwischen den skandinavischen Ländern und Deutschland nur eingeschränkt vergleichbar. Die unterschiedliche

Systemausprägung ist ein Grund. Der unterschiedliche Berufsstruktur der andere. Aufgrund der nicht nur statistischen, sondern auch politischen Relevanz dieser Unterschiede, wird im Text auf dieses Thema ausführlich eingegangen. Die Studie hat sich bei der Betrachtung der Beschäftigungsrelevanz der Gesundheitssysteme auf die Gesundheitsdienstberufe konzentriert. Die Vorleistungsindustrien (Pharmaindustrie, Medizintechnik, Medizinbedarf…) und Berufsgruppen, die in unterschiedlichen Branchen Einsatzfelder finden (Bürokräfte, kaufmännische Berufe, EDV-Personal), werden nicht untersucht. Als Beschäftigte tauchen sie in der Studie nur beim Vergleich von Personalstärke und Personalstruktur deutscher und norwegischer Krankenhäuser auf. In welchem Umfang die Gesundheitssysteme der verschiedenen Länder Arbeitsplätze für andere Berufe bieten, kann für die skandinavischen Länder nicht gesagt werden

Gesundheitsdienstberufe

Sie zeichnen sich durch einen „unmittelbarem Dienst am Menschen" aus und haben direkten Kontakt zu diesem als Empfänger oder auch „Endverbraucher" von medizinischen und nichtmedizinischen Dienstleistungen. Sämtliche Arztgruppen (ohne Tierärzte), die psychologischen und pflegerischen Berufe sowie alle Therapieberufe fallen darunter. Eine Sondergruppe bilden Apotheker. Statistisch zählen sie zur Kerngruppe der Gesundheitsdienstleister, denn wenn sie eine Apotheke betreiben, damit Medikamente ausgeben und Kunden beraten, sind sie den Gesundheitsdienstberufen zuordnen. Schließlich kommen sie unmittelbar der Nachfrage von Endverbrauchern nach. Die Berufe der Gesundheitshandwerker (Augenoptiker etc.) sind ein Grenzfall. Man kann argumentieren, dass sie an Patienten direkt Dienstleistungen erbringen (Augenmessungen durchführen; Sehhilfen anfertigen…). Andererseits bieten sie von der Sonnen- bis zur Schneebrille auch allerhand der individuellen Lebensführung zuzurechnende Produkte. Dies gilt zumindest in Deutschland zunehmend jedoch auch für Apotheken. Die vorliegende Studie bezieht Gesundheitshandwerker nicht ein. Da die dänische Personalstatistik zu den im öffentlichen Dienst beschäftigten pädagogischen Berufen und Berufen von Gesundheitsdienstleistern, die ausgewertet wurde, jedoch nur Angaben zum Qualifikationsniveau (nach ISCED), nicht aber zu den Berufen macht, kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass sich darunter Gesundheitshandwerker befinden.

Hinsichtlich Ausbildungsgang, Qualifikationsniveau und Tätigkeitsprofil gibt es bei nichtärztlichen Gesundheitsdienstberufen zwischen Deutschland und den skandinavischen Ländern erhebliche Unterschiede. Die skandinavischen Länder haben seit den 70er Jahren einen Prozess der Professionalisierung (Akademisierung) dieser Berufe durchlaufen, Deutschland dagegen nicht. Mit dem deutschen Raster der Gesundheitsberufe lässt sich die andere skandinavische Struktur nicht erfassen. Das deutsche Gesundheitssystem ist auf Ärzte hin ausgerichtet. Andere Berufsgruppen – von Sozialarbeitern bis zu Krankenschwestern und Physiotherapeuten – rangieren als nicht-ärztliche Berufe in der Wertigkeit wesentlich tiefer. Die skandinavischen Gesundheitssysteme weisen den Ärzten keinen im gleichen Maße herausgehobenen Rang zu. Rückgrad sind die „Nurse"-Berufe. Sie sind überwiegend auf semiakademischem Niveau angesiedelt entsprechend einem Fachhochschulabschluss in Deutschland. Dem höheren Qualifikationsniveau entsprechend ist das Tätigkeitsprofil anspruchsvoller und der Kompetenzrahmen größer als in Deutschland. Neben den Krankenschwestern, Gemeindeschwestern (Public Health Nurse) und Hebammen, die ein Studium von bis zu 4 Jahren absolviert haben, existieren auch Krankenpflegeberufe auf sekundärem Niveau (Schwesternassistenten, Schwesternhelferinnen).

Die Arztzentriertheit des deutschen Gesundheitssystems spiegelt sich in der statistischen Erfassung. Für die Gruppe der Ärzte finden sich tiefe Untergliederungen nach Fachgebieten, für Schwestern und Pfleger weniger. Die geringe Wertigkeit, die man ihnen beimisst, schlägt sich statistisch in der Erfassung unter der Rubrik „Übrige Gesundheitsdienstberufe" nieder.

Beim Blick auf die Gesundheitsdienstberufe gibt es Unschärfen. Zum einen muss, wer Arzt oder Apotheker gelernt hat, nicht zwingend im Gesundheitssystem arbeiten. Ein Mediziner, ebenso Apotheker kann auch in der Pharma- oder Nahrungsmittelindustrie arbeiten. Selbst

eine Tätigkeit in einem Softwareunternehmen, das u.a. Software für das Gesundheitssystem erstellt, ist denkbar. Zum anderen sagen Begriffe wie "mit Approbation" für Ärzte oder Zahnärzte sowie "examiniert" für Krankenpflegekräfte lediglich aus, dass die entsprechenden Ausbildungen abgeschlossen wurden. Ob die Personen wirtschaftlich aktiv sind, ist damit nicht gesagt. Es wird davon ausgegangen, dass die Unschärfen eine vernachlässigbare Größe darstellen.

Krankenhauspersonal

Es erfolgt ein exemplarischer Vergleich zwischen Deutschland und Norwegen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass in Norwegen ambulante und stationäre Versorgung nicht zwei weitgehend voneinander abgeschottete Systeme sind wie in Deutschland. Der Umfang von an norwegischen Kliniken erbrachten ambulanten Leistungen dürfte deshalb wesentlich größer sein als in Deutschland. Trotz der nicht deckungsgleichen Aufgabenstellung liefert der Vergleich Antworten zu der Frage, wie sich die Verteilung von Personalressourcen in deutschen im Vergleich zu norwegischen Kliniken darstellt.

Anlage 2

Verzeichnis der Tabellen im Anhang

Nr.	Bezeichnung	Seite
A-0	**Gesundheitssysteme der Vergleichsländer**: Synoptischer Vergleich hinsichtlich grundlegender Merkmale	402
A-1	**Institutionelle vorschulische Bildung 2002 - 2005**: Deutschland (insgesamt und ausgewählte Bundesländer 2002) im Vergleich mit Dänemark (2005), Island (2002 und 2005) und Norwegen (2004)	405
A-2	**Island im Detail**: Außerfamiliäre Frühförderung von Vorschulkindern (0 bis 5 Jahre): 1998 bis 2005	406
A-3	**Institutionelle vorschulische Bildung: Geschätzte fiktive Beschäftigungslücke** von Deutschland anhand der Vergleichsländer Dänemark, Island und Norwegen	407
A-4a+b	**Deutschland: Schüler/Studenten und Lehrpersonal insgesamt und in den Bundesländern 2004/2005 resp. 2005/06** a) Bildungspersonal insgesamt und in den Bundesländern 2005 (2004/2005) b) Bildungspersonal insgesamt und in den Bundesländern 2005 (2004/2005)	409
A-5a+b	**Island: Schüler und Lehrpersonal an Schulen und Hochschulen 1998 - 2006** a) Pflichtschulen 1998 – 2006: Schüler und Lehrpersonal (incl. Schulmanagement) b) Schüler und Lehrpersonal an Schulen und Hochschulen 1998 - 2006	411
A-6	**Schweden**: Schüler und Lehrpersonal an Vorschulklassen, Pflichtschulen und den Schulen der oberen Sekundarstufe 1998/99 bis 2004/2005	413
A-7	Geschätzte fiktive Lehrkraft-Beschäftigungslücken von Deutschland (incl. Bundesländer) anhand der Vergleichsländer Island, Finnland, Norwegen und Schweden 2004 bis 2006 (Dichteziffern pro 1000 Schüler/Studenten)	414
A-8	**Deutschland: Gesundheitspersonal nach der Amtlichen Statistik 1999 (2000) - 2004** d) Beschäftigte in VZ und TZ insgesamt e) VZ-Äquivalente f) Gesundheitspersonal nach Berufsgruppen 1999 – 2004 (pro 1000 Einwohner	416
A-9	**Finnland:** Gesundheitsdienstberufe (ohne Physiotherapeuten) 1980 bis 2006	420
A-10	**Island**: Gesundheitsdienstberufe 1997 – 2004 (VZ und TZ)	421
A-11	**Schweden:** Gesundheitsdienstberufe 1998 bis 2004	422
A-12	**Deutschland**: Gesundheitspersonal 2004 nach Einrichtungen: Anzahl, Geschlecht, Teilzeitquoten und Dichteziffer	423
A-13	**Norwegen und Deutschland im Vergleich**: Beschäftigte (VZÄ) in Krankenhäusern (incl. Psychiatrie) im Jahr 2004	424
A-14	**Dänemark** - Pädagogisches und Gesundheitsdienstpersonal (Stellen) 1999 – 2005: Lokal- und Zentralregierung	425

Tabelle A-0: Gesundheitssysteme der Vergleichsländer: Synoptischer Vergleich hinsichtlich grundlegender Merkmale

Merkmal	Deutschland	Dänemark	Finnland	Island	Norwegen	Schweden
Grundtyp	□ Sozialversicherungssystem mit privater Leistungserbringung unter Selbstverwaltung bei politischer Steuerung und Aufsicht □ Ambulanter Sektor: niedergelassene Haus- und Fachärzte □ Stationärer Sektor: Kliniken in gemischter Trägerschaft □ Parallelsystem einer privaten Vollversicherung	□ Öffentlicher Gesundheitsdienst □ Primärsektor: Kommunale Gesundheitszentren und niedergelassene Hausärzte (Primärarztsystem) □ Sekundärsektor: öffentliche Krankenhäuser	□ Öffentlicher Gesundheitsdienst in kommunaler Trägerschaft (Gesundheitszentren und Krankenhäuser) □ Ergänzung durch private Anbieter (betriebliche Gesundheitsfürsorge)	□ Öffentlicher Gesundheitsdienst □ Ergänzung durch private Fach- und Zahnärzte	□ Öffentlicher Gesundheitsdienst □ Primärsektor: Kommunale Gesundheits-zentren und niedergelassene Hausärzte □ Sekundärsektor: Krankenhäuser als Staatsunternehmen	□ Öffentlicher Gesundheitsdienst in kommunaler Trägerschaft (Gesundheitszentren und Krankenhäuser) □ Nationale Sozialversicherung leistet Kostenerstattungen/ Entgeltfortzahlungen
Gesundheits-kultur	□ Dominant pathogenetische Orientierung/geringe Bedeutung von Prävention □ Vertrauen in schnelle Medizininterventionen □ Therapiefreiheit □ Spezialistenorientierung □ Stark hierarchisch □ Blockierte Akademisierung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe □ Verheimlichung von Fehlern (Schuldkultur)	□ Dominant Pathogenetische Orientierung/geringe Bedeutung von Primärprävention □ Vertrauen in Allgemeinmediziner und Nurses □ Mittel-hierarchisch □ Akademisierung nicht-ärztlicherGesundheitsberufe □ Offener Umgang mit Fehlern	□ Saluto- und pathogenetische Orientierung □ Hohe Bedeutung von Prävention □ NEIN-Prinzip □ „Nurses“ als Rückgrat; □ Geringe Hierarchie □ Akademisierung nicht-ärztlicherGesundheitsberufe □ Offenlegung von Fehlern	□ Lange Tradition von flächendeckendem Screening; □ direkter Facharztzugang □ Akademisierung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe (seit den 70er Jahren)	□ Saluto- und pathogenetische Orientierung □ NEIN-Prinzip □ Strikte Anti-Drogenpolitik □ Geringe Hierarchie □ Akademisierung NA-DLB	□ Saluto- und pathogenetische Orientierung □ Hohe Bedeutung von Primärprävention □ NEIN-Prinzip □ Strikte Anti-Drogenpolitik □ Geringe Hierarchie □ Akademisierung NA-DLB (seit den 70er Jahren) □ Offenlegung von Fehlern
Patienten-rechte	□ Freie Arzt- und Therapiewahl □ wenig Prozessrechte; geringe Informations- und Prozessrechte □ schwache Rechtsstellung bei Behandlungsfehlern	□ Eingeschränkt freie Arztwahl (optional); □ gut ausgebaute Patientenrechte (Information, Behandlung) □ starke Rechtsstellung bei Behandlungsfehlern	□ Keine freie Arztwahl; aber umfassendes System von Patientenrechten □ Prozessrechte, Informationsrechte, Beratungsrechte; Behandlungsrechte □ Schadensregulierungs-rechte	□ Relativ freie Arzt- und Therapiewahl	□ Eingeschränkt freie Arztwahl (optional) □ umfassendes System von Patientenrechten (Prozessrechte, InformationsrechteBehandlungs- +, Pflegerechte, □ Schadensregulierungsrechte)	□ Keine freie Arztwahl; aber umfassendes System von Patientenrechten □ Prozessrechte, Informationsrechte, Behandlungsrechte, □ Schadensregulierungsrechte

Fortsetzung 1 von Tabelle A-O

Merkmal	Deutschland	Dänemark	Finnland	Island	Norwegen	Schweden
Art der Absicherung	□ Gesetzliche Krankenversicherung für rd. 75% der Bevölkerung (Beitragsbemessungsgrenze: 42.750 € jährlich ab 1.1.2007) mit kostenloser Kinder-Mitversicherung □ gut 10% der Bevölkerung sind privat vollversichert (Versicherungspflichtgrenze ab 1.1.2007: 47.700 € p.a.) □ Beamte sind beihilfeberechtigt (50%-Versicherungsschutz)	□ alle Einwohner sind nach dem Wohnsitzprinzip in die Primär- und Sekundärversorgung einbezogen □ Krankenversicherung deckt Geldleistungen (Krankengeld, Elterngeld; Kostenerstattungen) □ Private Zusatzversicherung: geringe Bedeutung, obwohl ein Viertel der Bevölkerung Policen abgeschlossen hat	□ alle Einwohner sind nach dem Wohnsitzprinzip in die Primär- und Sekundärversorgung einbezogen □ Zahnbehandlung Erwachsener ist eine öffentliche Leistung □ Krankenversicherung deckt Geld-L (Krankengeld, Elterngeld; Kostenerstattungen)	□ alle Einwohner sind nach dem Wohnsitzprinzip in die Primär- und Sekundärversorgung einbezogen □ Krankenversicherung deckt Geldleistungen (Krankengeld, Elterngeld, Erstattungen) □ Private Versicherungen sind praktisch irrelevant	□ alle Einwohner sind nach dem Wohnsitzprinzip in die Primär- und Sekundärversorgung einbezogen □ Krankenversicherung deckt Geldleistungen (Krankengeld, Elterngeld) □ Private Zusatzversicherung: geringe Bedeutung	□ alle Einwohner sind nach dem Wohnsitzprinzip in die Primär- und Sekundärversorgung einbezogen □ Krankenversicherung deckt Geldleistungen (Krankengeld, Elterngeld, Erstattungen)
Finanzierungssystem	□ Überwiegend beitragsfinanziert (Beiträge differieren von Kasse zu Kasse); Gesundheitsfonds mit einheitl. Beitragssatz ab 2009 geplant □ Krankenhaus: Fallpauchalen; Investitionen: steuerfinanziert □ Private Zuzahlungen (A, K, P, M) sind gedeckelt	□ Steuerfinanziert (rd. 80%) □ Zentralregierung erstattet Geld-L. aus Mitteln des Arbeitsmarktfonds (Systemeinführung in den 70er Jahren Beitragsfinanzierung staatl. Erstattungen □ Zuzahlungen (Z, M) □ 100 % Selbstbeteiligung bei nicht zugelassenen Privatkliniken	□ Kommunale Gesundheitszentren und regionale Krankenhäuser: Kommunale Steuern, Staatszuschüsse und Patientengebühren □ Beiträge (AN: 1,5 % des zu versteuernden EK; AG: 1,614 %; Staat: 2,864 % der Lohnsumme) □ Keine Beitragsbemessungsgrenze □ Teil-Kostenerstattung von Privatleistungen	□ Steuern (83 %) und Patientengebühren (rd. 17 %); □ Private Zuzahlungen (A, K, P, M) sind gedeckelt	□ Sach-L. überwiegend Steuerfinanziert; □ Geld-L- beitragsfinanziert □ Private Zuzahlungen (Z, M) sind gedeckelt □ 100 % Selbstbeteiligung bei nicht zugelassenen Privatkliniken	□ Sach-L. überwiegend Steuerfinanziert; □ Geld-L. beitragsfinanziert (AG mit 10,5 %; SS: 11,12%) seit 1993, □ Private Zuzahlungen differieren auf kommunaler Ebene □ Zuzahlungen (A, P, Z, M) sind lediglich nach oben einheitlich gedeckelt;
Versorgungssystem (Ärzte und andere Professionen)	□ Arztzentriertes System □ Ambulanter Bereich: freiberufliche Ärzte □ freie Arztwahl □ starke Position des Facharztes	□ Primärarztstruktur □ Hausarztmodel ist freiwillig □ Facharzt auf Überweisung □ Belegarztstruktur in Krankenhäusern	□ Primärarztstruktur (Gesundheitszentren) □ Teamorientierung □ Facharzt auf Überweisung □ Ergänzender Privatsektor	□ Widersprüchliches System (Primärarzt system und doppelte Facharzt schiene)	□ Hausarztmodel ist freiwillig □ Mittlere Bedeutung freiberufl. Ärzte: □ Facharzt auf Überweisung □ Teamorientierung	□ Primärarztstruktur (Gesundheitszentren) □ geringe Bedeutung freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit □ Facharzt auf Überweisung □ Teamorientierung

Fortsetzung 1 von Tabelle A-O

	Deutschland	Dänemark	Finnland	Island	Norwegen	Schweden
Leistungsumfang	□ Krankengeld □ Sach-L in Praxen und Kliniken □ Kuren □ Zahnbehandlung (teilweise Festbeträge) □ Heilmittel teilweise □ Alternativtherapien (teilweise) □ Kostenerstattung für freiwillig Versicherte	□ Krankengeld □ Sachleistungs-system bei der Basisversorgung □ Kostenerstattung bei Privat-Leistungen □ Zahnbehandlung Erwachsener nicht einbezogen □ Ambulante und stationäre Pflege	□ Krankengeld □ Sach-L. in öffentl. System □ Heilmittel teilweise □ Zahnbehandlung ist einbezogen □ Teil-Kostener-stattung von Privat-leistungen □ Ambulante und stationäre Pflege	□ Krankengeld □ Sachleistungs-system bei der Basisversorgung □ Teil-Kostener-stattung von Privat-leistungen □ Zahnbehandlung Erwachsener nicht einbezogen	□ Krankengeld □ Sachleistungs-system bei der Basisversorgung; □ Teil-Kosten-erstattung von Privatleistungen □ Ambulante und stationäre Pflege	□ Krankengeld □ Sach-L. □ Zahnbehandlung der Erwachsenen keine ÖGS-Leistung □ Heilmittel sehr eingeschränkt □ Ambulante und stationäre Pflege
Art der Leistungsvergütung	□ Einzelleistungs-vergütung (ambulanter Bereich) □ Fallpauschalen und Sonderentgelte im Krankenhausbereich	□ Basispauschale □ Sonderleistungen nach Einzelleistungsvergütung	□ Ärzte sind überwiegend Angestellte mit festem Gehalt	□	□ Basispauschale □ Sonderleistungen nach Einzelleistungsvergütung	□ Ärzte sind überwiegend Angestellte mit festem Gehalt
Art der Kostenerstattung	□ überwiegend Sachleistungsprinzip □ Kostenerstattung bei Privatpatienten (GKV-Mitglieder: Optional)	□ Sachleistungs-system bei der Basis-versorgung; □ Teil-Kostener-stattung bei Privatleistungen	□ Sachleistungs-system bei der Basisversorgung □ Teil- Kostener-stattung bei Privat-leistungen	□ Sachleistungssystem bei der Basisversorgung □ Teil- Kostener-stattung bei Privat-Leistungen	□ Sachleistungs-system bei der Basisversorgung □ Teil- Kostener-stattung bei Privat-Leistungen	□ Sachleistungs-system bei der Basisversorgung □ Teil- Kostener-stattung bei Privat-Leistungen
Integrierte Versorgung	□ Nur ansatzweise; Teilsysteme folgen einer Partiallogik	□ Relativ gut Integriertes System	□ Integriertes System mit einheitlicher Steuerung	□ Nur teilweise integriertes System	□ Relativ gut Integriertes System	□ Integriertes System (relativ einheitliche Steuerung)
Apotheken und Arzneimittelmarkt	□ Keine allgemeine Preisregulierung □ Marktregulierung von Apotheken	□ Preisregulierung	□ Preisregulierung	□ Ansätze für Preis-regulierung □ Freier Marktzutritt für approbierte Apotheker	□ Preisregulierung □ Marktregulierung;	□ Preisregulierung □ Vertriebsmonopol (Staatliches Apothekenmonopol)
Bedeutung privater Leistungserbringung	□ Hoch (überwiegend private Praxen; Mischstruktur bei Krankenhäusern)	□ mittel (frei praktizierende Hausärzte; öffentliche Krankenhäuser)	□ gering	□ mittel (frei praktizierende Fachärzte; öffentliche Krankenhäuser)	□ mittel (frei praktizierende Hausärzte; staatliche Krankenhäuser)	□ gering

Legende: A = Arzt; K = Krankenhaus; M = Medikamente; Geld-L = Geldleistungen; NA-DLB = Nicht-ärztliche Dienstleistungsberufe (Physiotherapeuten, Nurses, Dentalhyhieniker usw.) NEIN-Prinzip (Prinzip des niedrigsten effektiven Interventionsniveaus); ÖGS = Öffentliches Gesundheitssystem; P = Praxisgebühr; Sach-L = Sachleistungen; Z = Zahnarzt

Quelle: Eigene Darstellung (Bezug: Diverse nationale Quellen incl. Sozial-Kompass mit Stand 1.1.2005; vgl. die im Text angegebenen Quellen)

Tabelle A-1: Institutionelle vorschulische Bildung 2002 - 2005: Deutschland (insgesamt und ausgewählte Bundesländer 2002) im Vergleich mit Dänemark (2005), Island (2002 und 2005) und Norwegen (2004)

	DE	BW	BY	HB	HE	NI	NW	SN	ST	SH	IS-02	IS-05	NO	DK
Bevölkerung (31.12. d. J.) In 1000	82.536,7	10.661	12.387	662	6.092	7.980	18.076	4.349	2.549	2.817	286,6	293,6	4.606,0	5.427,5
Bevölkerung bis 5 Jahre											25.248	25.403		
Bevölkerung bis 6 Jahre	4.623.521													
Kinder (insgesamt) resp. verfügbare Plätze (incl. Hortbereich)	3.096.533	443.880	441.040	23.295	229.694	269.256	558.400	212.265	126.141	93.643				649.114
Vorschulkinder/Plätze ohne Hortbereich und ohne Spezialeinrichtungen (DE bis 6,5 Jahre; sonst bis 5 Jahre)	2.698.139	421.638	403.391	18.914	205.309	253.584	518.125	135.440	89.786	87.007	16.283	16.864	213.097	322.583
Kinder bis 3 Jahre/Plätze für unter 3Jährige	190.395	7.231	7.538	1.706	6.301	5.335	10.348	27.976	30.412	2.092		8.903		120.233
Personal														
Beschäftigte insgesamt	**374.170**	**47.429**	**44.959**	**3.954**	**33.969**	**33.235**	**70.194**	**21.417**	**14.630**	**12.272**	**4.425**	**4.735**		
Vollzeit-Äquivalente											**3.578**	**3.935**	**60.470**	**73.419**
Frauen	359.811	46.226	44.015	3.526	32.007	31.818	68.201	20.521	14.297	11.297	4.276	4.576		
Frauenanteil	96,2%	97,5%	97,9%	89,2%	94,2%	95,7%	97,2%	95,8%	97,7%	92,1%	96,6%	96,6%		
Personal mit Hochschulbildung (Pädago-	11.696	1.248	855	524	2.165	1.641	1.939	301	168	530	1.372	1.646	20.277	
Anteil	3,1%	2,6%	1,9%	13,3%	6,4%	4,9%	2,8%	1,4%	1,1%	4,3%	31,0%	34,8%	33,5%	
Krippenplätze je 1000 Kinder unter 1 bis unter 3 Jahre	85	23	21	100	37	23	20	291	566	26				
KITA-Plätze je 1000 Kinder von 3 Jahren bis unter 6,5 Jahre	**898**	**1037**	**875**	**820**	**929**	**830**	**781**	**1050**	**1008**	**821**				
KITA-Beschäftigte pro 1000 Kinder/Plätze (ohne Hort)	138,7	112,5	111,5	209,1	165,5	131,1	135,5				271,8	280,8		
Krippenbeschäftigte pro 1000 Krippenkinder	25,2	59,5	222,1	146,0	107,3	66,4	3,0	6,9	17,1	51,1				
KITA-VZÄ-Beschäftigte pro 1000 Kinder/Plätze											219,7	233,3	283,8	227,6
Personal mit tertiärer Bildung pro 1000 Plätze/Kinder	3,8	2,8	1,9	22,5	9,4	6,1	3,5	1,4	1,3	5,7	84,3	97,6	95,2	
Beschäftigte pro 1000 EW	**4,5**	**4,4**	**3,6**	**6,0**	**5,6**	**4,2**	**3,9**	**4,9**	**5,7**	**4,4**	**15,4**	**16,1**		
VZ-Äquivalente pro 1000 EW											**12,5**	**13,4**	**13,1**	**13,5**

Quellen: Deutschland: Eigene Auswertung mit Bevölkerungszahlen aus Statistisches Bundesamt (2006): Stat. Jahrbuch 2006: 42 und Daten zu Plätzen und personal aus: Statistisches Bundesamt (2004c): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe - Tageseinrichtungen für Kinder am 31.12.2002 (diverse Tabellen); Platz-Kind-Relationen aus: Statistisches Bundesamt (2004d): Kindestagesbetreuung in Deutschland 2002: Faltblatt vom März 2004, Wiesbaden ; Island vgl. Angaben bei Tabelle AN-XY; Dänemark: Vollzeitäquivalente (Basis: 37-Std.-Woche) nach Statistical Yearbook 2006: Table 146 (u.a.) und Statistics Denmark, laufende Aktualisierung; Norwegen: Statistics Norway, Statistical Yearbook 2006, 'Table 160

Tabelle A-2: Island im Detail
Institutionelle vorschulische Bildung und Erziehung (0 bis 5 Jahre): 1998 bis 2005

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bevölkerung (Stichtag 31.12. d J.) in 1000	275,7	279,0	283,4	286,6	288,5	290,6	293,6	299,9
dar. bis 2 Jahre	12.826	12.655	12.839	12.682	12.596	12.406	12.570	12.844
dar. bis 5 Jahre	26.098	25.788	25.818	25.627	25.248	25.178	25.185	25.403
Geförderte Kinder bis 5 Jahre (insgesamt)	15.105	14.764	14.574	15.578	16.283	16.685	16.755	16.864
dar. unter 2 Jahre	3.336	3.045	2.779	3.666	4.509	4.722	4.874	5.066
Anteil der Kinder bis 2 Jahre in Frühförderung	26,0%	24,1%	21,6%	28,9%	35,8%	38,1%	38,8%	39,4%
Betreuung bis 6 Stunden (tgl)	1897	1602	1339	1480	1510	1329	1183	1138
Betreuung 6 bis über 9 Stunden (tgl)	1439	1443	1440	2186	2999	3393	3691	3928
Anteil der Ganztagsbetreuung unter Zweijähriger (über 6 Std.)	43,1%	47,4%	51,8%	59,6%	66,5%	71,9%	75,7%	77,5%
Kinder in kommunalen Einrichtungen (incl. Kliniken): absolut	14.310	13.962	13.733	14.436	15.016	15.175	15.263	15.322
Öffentlicher Betreuungsanteil	94,7%	94,6%	94,2%	92,7%	92,2%	90,9%	91,1%	90,9%
Beschäftigte insgesamt und nach formalem Bildungsniveau								
Beschäftigte insgesamt	3.714	3.763	3.847	4.129	4.425	4.684	4.703	4.735
Beschäftigte nach VZ-Äquivalenten	2.780	2.871	2.985	3.279	3.578	3.811	3.872	3.935
Geringqualifizierte (unteres Sekundärniveau)	1.943	2.000	2.117	2.157	2.198	2.271	2.232	2.189
Anteil an allen Beschäftigten	52,3%	53,1%	55,0%	52,2%	49,7%	48,5%	47,5%	46,2%
Oberes Sekundärniveau	677	625	657	717	855	894	885	900
Lehrer und anderes Personal (u.a. Leitungskräfte, Spezialkräfte) mit Hochschulbildung	1.029	1.103	1.069	1.255	1.372	1.519	1.586	1.646
Anteil an allen Beschäftigten	27,7%	29,3%	27,8%	30,4%	31,0%	32,4%	33,7%	34,8%
KITA-Beschäftigte pro 1000 Kinder bis 5 Jahre	**142,3**	**145,9**	**149,0**	**161,1**	**175,3**	**186,0**	**186,7**	**186,4**
KITA-Beschäftigte pro 1000 Kinder in Frühförderung	**245,9**	**254,9**	**264,0**	**265,1**	**271,8**	**280,7**	**280,7**	**280,8**
Personal mit tertiärer Bildung pro 1000 Kinder in Frühförderung	**68,1**	**74,7**	**73,3**	**80,6**	**84,3**	**91,0**	**94,7**	**97,6**

Quellen: Statistics Iceland - http://www.statice.is/ (eigene Auswertung anhand der Selektion von Daten aus Bevölkerungsstatistik nach Alter und Geschlecht, Personal in Vorschuleinrichtungen nach Geschlecht und Beruf 1998 – 2005; Personal in Vorschuleinrichtungen nach Ausbildungsniveau 1998 – 2005; Vorschuleinrichtungen und rechnerischem Kindäquivalent 1998 – 2005, Kinder in Vorschuleinrichtungen nach Alter und zeitlichen Umfang der Betreuung)

Tabelle A-3: Institutionelle vorschulische Bildung: Geschätzte fiktive Beschäftigungslücke von Deutschland insgesamt und ausgewählter Bundesländer anhand der Vergleichsländer Dänemark, Island und Norwegen

	DE	BW	BY	HB	HE	NI	NW	SN	ST	SH
Faktisch Beschäftigte 2002 (VZ + TZ)	**374.170**	**47.429**	**44.959**	**3.954**	**33.969**	**33.235**	**70.194**	**21.417**	**14.630**	**12.272**
a) Island 2002 (Beschäftigte insgesamt) als Referenzbasis										
Dichteziffer-Relation 1	340,6%	347,0%	425,4%	258,5%	276,9%	370,7%	397,6%	313,5%	269,0%	354,4%
Fiktiv-Beschäftigte	1.274.336	164.602	191.251	10.221	94.058	123.208	279.087	67.147	39.356	43.493
Fiktive Beschäftigungslücke	**900.166**	**117.173**	**146.292**	**6.267**	**60.089**	**89.973**	**208.893**	**45.730**	**24.726**	**31.221**
Qualitätslücke 1	383.420	49.788	58.444	2.645	26.998	36.561	84.594	20.518	12.034	12.955
Dichteziffer-Relation2	224,9%	254,3%	266,6%	160,1%	183,8%	220,2%	216,2%	269,3%	234,3%	207,4%
Fiktiv-Beschäftigte	841.501	120.627	119.855	6.331	62.421	73.172	151.748	57.684	34.280	25.448
Qualitätslücke 2	**467.331**	**73.198**	**74.896**	**2.377**	**28.452**	**39.937**	**81.554**	**36.267**	**19.650**	**13.176**
dar. Mehr Personal mit Hochschulbildung	249.217	36.153	36.307	1.439	17.189	21.046	45.112	17.584	10.461	7.360
b) Island 2002 (VZÄ) als Referenzbasis										
Dichteziffer-Relation 1	275,4%	280,6%	344,0%	209,0%	223,9%	299,8%	321,5%	253,5%	217,5%	354,4%
Fiktiv-Beschäftigte	1.030.413	133.095	154.643	8.265	76.054	99.625	225.666	54.294	31.822	43.493
Fiktive VZÄ-Beschäftigungslücke	**656.243**	**85.666**	**109.684**	**4.311**	**42.085**	**66.390**	**155.472**	**32.877**	**17.192**	**31.221**
Dichteziffer-Relation 2	181,8%	205,6%	215,6%	129,5%	148,6%	178,0%	174,8%	217,8%	189,5%	167,7%
Fiktiv-Beschäftigte	680.427	97.537	96.913	5.119	50.473	59.166	122.702	46.643	27.718	20.577
Qualitätslücke 2	**306.257**	**50.108**	**51.954**	**1.165**	**16.504**	**25.931**	**52.508**	**25.226**	**13.088**	**8.305**
c) Norwegen 2004 (VZÄ) als Referenzbasis										
Dichteziffer-Relation 1	289,6%	295,1%	361,7%	219,8%	235,4%	315,2%	338,1%	266,6%	228,7%	301,4%
Fiktiv-Beschäftigte	1.083.585	139.963	162.623	8.691	79.979	104.766	237.311	57.096	33.465	36.983
Fiktive VZÄ-Beschäftigungslücke	**709.415**	**92.534**	**117.664**	**4.737**	**46.010**	**71.531**	**167.117**	**35.679**	**18.835**	**24.711**
Qualitätslücke 1	351.655	45.685	53.676	2.390	24.654	33.489	77.637	18.845	11.053	11.871
Dichteziffer-Relation 2	234,8%	265,6%	278,4%	167,2%	191,9%	229,9%	225,7%	281,2%	244,7%	216,5%
Fiktiv-Beschäftigte	878.695	125.959	125.153	6.610	65.180	76.406	158.456	60.234	35.795	26.573
Qualitätslücke 2	**504.525**	**78.530**	**80.194**	**2.656**	**31.211**	**43.171**	**88.262**	**38.817**	**21.165**	**14.301**
dar. Mehr Personal mit Hochschulbildung	282.951	40.989	41.112	1.693	19.691	23.980	51.195	19.897	11.835	8.380
d) Dänemark 2005 (VZÄ) als Referenzbasis										
Dichteziffer-Relation 1	298,4%	304,1%	372,7%	226,5%	242,6%	324,8%	348,3%	274,7%	235,7%	310,5%
Fiktiv-Beschäftigte	1.116.500	144.215	167.563	8.955	82.408	107.948	244.520	58.830	34.481	38.106
Fiktive VZÄ-Beschäftigungslücke	**742.330**	**96.786**	**122.604**	**5.001**	**48.439**	**74.713**	**174.326**	**37.413**	**19.851**	**25.834**
Dichteziffer-Relation 2	188,4%	213,0%	223,3%	134,1%	153,9%	184,4%	181,1%	225,6%	196,2%	173,7%
Fiktiv-Beschäftigte	704.762	101.026	100.379	5.302	52.278	61.282	127.090	48.311	28.709	21.313
Qualitätslücke 2	**330.592**	**53.597**	**55.420**	**1.348**	**18.309**	**28.047**	**56.896**	**26.894**	**14.079**	**9.041**

Legende: Qualitätslücke 1 = Fiktives Mehrpersonal mit Hochschulbildung; Qualitätslücke 2: Fiktives Mehrpersonal bei Betreuungsschlüssel des Referenzlandes (ohne quantitativem Ausbau)
Dichteziffer-Relation 1 = Personaldichteziffer pro 1000 EW des Referenzlandes in % von Deutschland resp. den ausgewählten Bundesländern
Dichteziffer-Relation 2: = Personaldichteziffer pro 1000 Kinder/Plätze des Referenzlandes in % von Deutschland resp. den ausgewählten Bundesländern

Lesehilfe zu Tabelle A-3

a) Island 2002:

In der Betreuung und Frühförderung von Kindern unter 5 Jahren gab es in Island im Jahr 2002 auf 1000 Einwohner bezogen zwischen 2,5 (Bremen) bis 4,2fach (Bayern) so viele Beschäftigte wie in den deutschen Vergleichsländern Arbeitsplätze im Jahr 2002 in Kindertagesstätten insgesamt (incl. der Horte). Für Deutschland insgesamt resultiert daraus eine fiktive Beschäftigungslücke von 900,2 Tsd. Arbeitsplätzen. Zwar sind die jüngeren Alterskohorten in Island stärker besetzt als in Deutschland; dies wird jedoch ausgeglichen durch den Umstand, dass die deutschen Zahlen sich auf mehr Alterskohorten (Betreuung von den Kleinkindern bis zu den Hortkindern) beziehen. Da das Personal in Island höherwertig qualifiziert ist, gibt es nicht nur eine quantitative, sondern auch eine qualitative Beschäftigungslücke. Qualitätslücke 1 drückt aus, wie viele der fiktiven Mehrarbeitsplätze für Personal mit Hochschulbildung (ErzieherInnen auf Bachelor- oder Masterniveau, Kleinkindpädagogen etc.) eingerichtet werden müssten. In Gesamtdeutschland wären gut 380 Tsd. zusätzliche Arbeitsplätze für Hochschulabsolventen zu schaffen. Die Zahlen für die einzelnen Bundesländer bewegen sich zwischen 2.645 (Bremen) und 84.594 (Nordrhein-Westfalen). Qualitätslücke 2 resultiert aus der in Island weit höheren Betreuungsdichte gemessen in Beschäftigten pro 1000 Kindern. Würde es in Deutschland auf die vorhandenen Plätze bezogen im Jahr 2002 gleich viel Beschäftigte gegeben haben wie in Island bezogen auf 1000 Kinder bis 5 Jahren, hätte Deutschland bundesweit gut 467,3 Arbeitsplätze mehr benötigt. Diese Zahl ist aufgrund der in Deutschland anderen Altersstruktur (der Betreuungsschlüssel ist bei Kleinkindern, für die es in Westdeutschland kaum ein Angebot gibt, am höchsten und bei Hortkindern, die in Island nicht erfasst sind, am geringsten).

b) Island 2002 auf Basis von Vollzeitäquivalenten

Ein korrekter Vergleich ist nur auf Basis von Vollzeitäquivalenten möglich. Zwischen den skandinavischen Ländern ist dies problemlos möglich, da Beschäftigtenzahlen entweder nur oder auch in Vollzeitäquivalenten dargestellt werden. Verzerrungen durch unterschiedliche hohe Teilzeitquoten werden so vermieden. Bedauerlicherweise liegen für Deutschland und die deutschen Bundesländern nur die Beschäftigtenzahlen insgesamt vor. Von einer hohen Teilzeitquote ist auszugehen, wie sie sich in den einzelnen Bundesländern darstellt und entwickelt hat, ist jedoch unklar. Wären alle in Deutschland 2002 in Kindertageseinrichtungen Beschäftigte Vollzeit-Beschäftigte gewesen, gäbe es verglichen mit den entsprechenden Vollzeit-Äquivalenten von Island immer noch eine Beschäftigungslücke von bundesweit über 650 Tsd. Vollzeitarbeitsplätzen.

c) Norwegen 2004 auf Basis von Vollzeitäquivalenten

Die Vergleichszahlen von Norwegen sind Vollzeitäquivalenzzahlen. Sie beziehen sich auf Kinder bis 3 Jahren. Die fiktive Lücke von Vollzeitarbeitsplätzen liegt bundesweit bei über 700.000 und reicht in den einzelnen Bundesländern von knapp 5.000 (Bremen) über 46.000 in Hessen bis gut 167 Tsd. in Nordrhein-Westfalen.

d) Dänemark 2005 auf der Basis von Vollzeitäquivalenten

Aus Tabelle A-B-1 (letzte Spalte) ergibt sich, dass die Zahl der vorschulisch und schulbegleitend betreuten Kinder und Jugendlichen im Jahr 2005 mit 649 Tsd. gut doppelt so hoch war wie die Anzahl der vorschulisch betreuten Kinder bis 5 Jahren (322.583). Da die deutschen Zahlen den Hortbereich einschließen, ist dieser Hinweis relevant. Mit dem Ausbaustand von Dänemark im Jahr 2005 müsste es in Deutschland aktuell (2005/2006) über 1,1 Mio. Vollzeitäquivalent-Beschäftigte in der Frühförderung von Kindern bis 5 Jahren geben. In den einzelnen Bundesländern gäbe es in der Spitze (NRW) über 240Tsd. Beschäftigte in diesem Bereich. Die fiktive Beschäftigungslücke liegt bundesweit bei einer Dreiviertelmillion VZ-Arbeitsplätzen.

Tabelle A-4: Deutschland – Schüler/Studenten und Lehrpersonal insgesamt und in den Bundesländern 2005
a) Bildungspersonal insgesamt und in den Bundesländern 2005 (Schuljahr 2004/2005)

Bezeichnung	Insges.	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Bevölkerung (in 1000) am 31.12.2005	82.438	10.736	12.469	3.395	2.559	663	1.744	6.092	1.707	7.994	18.058	4.059	1.050	4.274	2.470	2.833	2.335
SchülerInnen und Studenten (in 1000)																	
Allgemeinbildenden	9.505,9	1.317,3	1.472,5	347,2	245,9	73,2	182,2	705,2	157,7	989,7	2.315,3	488,0	114,7	343,7	215,6	342,6	195,3
Berufliche Schulen	2.769,8	395,7	383,2	99,0	81,2	25,6	60,2	192,2	68,2	278,6	588,2	126,8	37,8	170,1	85,0	88,4	89,5
Gesundheitsschulen	118,4	16,0	24,5	5,7	3,7	0,8				11,2	41,8	6,0	2,4		2,5	3,8	
Berufsschulen insgesamt	2.888,2	411,7	407,7	104,7	84,9	26,4	60,2	192,2	68,2	289,9	630,0	132,8	40,2	170,1	87,5	92,2	89,5
Primar- u. Sekundärbereich insgesamt	12.394,1	1.729,0	1.880,2	451,9	330,8	99,5	242,4	897,4	225,9	1.279,5	2.945,3	620,8	155,0	513,7	303,1	434,8	284,7
Auszubildende	1.553,4	197,6	255,7	55,5	51,3	15,1	32,1	104,9	44,4	145,6	311,7	74,5	21,7	86,8	54,4	51,2	50,9
StudentInnen (WS 2005/06)	1.977,0	244,2	252,5	133,2	41,7	34,9	70,4	162,3	34,5	152,2	476,9	101,5	19,6	106,1	50,9	47,1	49,1
Schüler und Studenten	14.371,1	1.973,2	2.132,7	585,2	372,5	134,4	312,8	1.059,6	260,4	1.431,7	3.422,1	722,3	174,5	619,9	354,0	481,9	333,8
Hauptberufliche Lehrkräfte (in 1000)																	
Allgemeinbild. Schulen	672,0	92,7	93,3	27,4	21,2	5,6	13,6	45,8	13,8	67,7	150,2	33,9	7,3	33,7	21,9	22,6	21,3
dar. TZ-Personal	278,2																
Berufsschulen	121,2	20,4	14,4	4,5	3,1	1,2	3,2	8,5	2,4	13,4	24,2	5,4	1,5	7,3	3,4	3,8	4,6
dar. TZ-Personal	35,2																
Schulen Gesundheitswesen	7,5	1,1	1,6	0,4	0,2						3,1	0,6	0,2		0,3		
Berufliche Schulen	128,7	21,5	16,0	5,0	3,3	1,2	3,2	8,5	2,4	13,4	27,3	6,0	1,6	7,3	3,7	3,8	4,6
Lehrkräfte an Schulen insgesamt	**800,6**	**114,2**	**109,3**	**32,3**	**24,5**	**6,8**	**16,7**	**54,3**	**16,3**	**81,1**	**177,5**	**39,9**	**9,0**	**41,0**	**25,6**	**26,4**	**25,9**
Wiss. und künstlerisches Hochschulpersonal (VZ+TZ)	236,4	35,4	35,3	18,9	4,0	3,5	8,4	18,0	4,3	18,7	44,7	9,4	3,9	13,3	7,1	5,4	6,1
Lehrpersonal insgesamt (Schulen und Hochschulen)	**1.037,0**	**149,6**	**144,6**	**51,2**	**28,5**	**10,3**	**25,2**	**72,2**	**20,5**	**99,8**	**222,2**	**49,3**	**12,9**	**54,3**	**32,7**	**31,8**	**32,0**

Die Angaben zu den allgemein bildenden Schulen umfassen die öffentl. und privaten Schulen des mehrgliedrigen Schulsystems für das Schuljahr 2004/2005, incl. Abendschulen und Kollegs
Die Zahlen zu den Berufsschulen umfassen auch Berufsaufbauschulen, Fachoberschulen, Fachschulen und auch das Berufsgrundbildungsjahr
Hochschulen: Universitäten, Fachhochschulen, Kunstjochschulen, Pädagogische Hochschulen, theologische Hochschulen, Verwaltungshochschulen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006: Statistisches Jahrbuch 2006: 123; eigene Auswertung

Tabelle A-4: Deutschland– Schüler/Studenten und Lehrpersonal insgesamt und in den Bundesländern 2005
b) Bildungspersonal insgesamt und in den Bundesländern 2005 (Schuljahr 2005/2006) nach Dichteziffern

Bezeichnung	Insges.	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Bevölkerung (in 1000) am 31.12.2005	82.438	10.736	12.469	3.395	2.559	663	1.744	6.092	1.707	7.994	18.058	4.059	1.050	4.274	2.470	2.833	2.335
Öffentlich Beschäftigte (alle Gebietskörperschaften): 30.6.2005	4.599,4	590,8	690,7	263,3	142,0	40,3	108,9	338,0	119,0	434,3	909,9	225,0	55,5	234,4	151,5	164,4	125,5
dar. Landesbeschäftigte	2.076,9	253,8	308,4	140,2	66,5	28,5	68,2	129,6	48,7	194,3	397,6	96,5	29,8	112,1	73,2	61,6	67,8
Dichteziffern																	
ÖD-Beschäftigte pro 1000 EW	55,8	55,0	55,4	77,6	55,5	60,8	62,4	55,5	69,7	54,3	50,4	55,4	52,9	54,8	61,3	58,0	53,7
Lehrpersonal (VZ+TZ) pro 1000 SchülerInnen/StudentInnen																	
Allgemeinbildende Schulen	70,7	70,4	63,3	78,8	86,2	76,9	74,5	64,9	87,8	68,4	64,9	69,5	64,0	98,1	101,6	66,0	109,2
Berufliche Schulen	44,5	52,2	39,2	47,5	39,1	45,2	52,8	44,1	35,5	46,2	43,3	45,1	40,4	42,7	42,0	41,4	50,9
Hochschulen	119,6	145,0	140,0	141,6	96,2	99,4	119,8	110,6	123,9	122,8	93,8	92,6	198,4	125,8	138,9	114,2	124,7
Schulen und Hochschulen	72,2	75,8	67,8	87,5	76,5	76,5	80,5	68,1	78,9	69,7	64,9	68,2	73,7	87,6	92,2	66,0	95,8
Schüler/Student pro Lehrpersonal (VZ+TZ)																	
Schüler (insgesamt) pro Lehrkraft	15,5	15,1	17,2	14,0	13,5	14,6	14,5	16,5	13,9	15,8	16,6	15,6	17,3	12,5	11,8	16,5	11,0
Schüler pro Lehrkraft (allgemeinbildende Schulen)	14,1	14,2	15,8	12,7	11,6	13,0	13,4	15,4	11,4	14,6	15,4	14,4	15,6	10,2	9,8	15,2	9,2
Studenten pro Lehrkraft	8,4	6,9	7,1	7,1	10,4	10,1	8,3	9,0	8,1	8,1	10,7	10,8	5,0	7,9	7,2	8,8	8,0
Lehrkräfte insgesamt pro 1000 EW	12,6	13,9	11,6	15,1	11,1	15,5	14,4	11,9	12,0	12,5	12,3	12,1	12,2	12,7	13,2	11,2	13,7
Lehrkräfte (ohne Hochschulen) pro 1000 EW	**9,7**	**10,6**	**8,8**	**9,5**	**9,6**	**10,3**	**9,6**	**8,9**	**9,5**	**10,1**	**9,8**	**9,8**	**8,5**	**9,6**	**10,4**	**9,3**	**11,1**

Erläuterungen
Ohne das im Ausland beschäftigte Personal; die Gesamtzahlen öffentlich Beschäftigter beinhalten auch die Beschäftigten des mittelbaren Öffentlichen Dienstes
Die Angaben zu den allgemeinbildenden Schulen umfassen die öffentl. und privaten Schulen des mehrgliedrigen Schulsystems, incl. Abendschulen und Kollegs
Die Zahlen zu den Berufsschulen umfassen auch Berufsaufbauschulen, Fachoberschulen, Fachschulen und auch das Berufsgrundbildungsjahr
Hochschulen: Universitäten, Fachhochschulen, Kunstjochschulen, Pädagogische Hochschulen, theologische Hochschulen, Verwaltungshochschulen
Quelle: Länderdaten zu Schülern und Lehrpersonal aus Stat. Bundesamt (2006): Stat. Jahrbuch 2006, S. 123ff. und Tabelle unter: http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_inhalt26.asp

Tabelle A-5: Island – Schüler und Lehrpersonal an Schulen und Hochschulen 1998 - 2006
a) Pflichtschulen 1998 – 2006: Schüler, Lehrpersonal (incl. Schulmanagement) und Personaldichte

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Bevölkerung (31.12. d J.): in 1000	275,7	279,0	283,4	286,6	288,5	290,6	293,6	299,9	307,7
Bevölkerung 6 bis 15 Jahre	42.851	43.384	43.936	44.512	45.059	45.223	44.872	44.793	44.449
Schüler an Pflichtschulen	42.421	43.030	43.644	44.103	44.695	44.809	44.511	44.336	43.875
dar. Anteil von Schülern an Privatschulen	1,2%	1,3%	1,3%	1,2%	1,0%	1,0%	1,0%	1,1%	1,3%
Lehr- und Leitungspersonal (VZ+TZ): Gemeinschaftsschu-	**4.045**	**4.196**	**4.229**	**4.491**	**4.697**	**4.743**	**4.725**	**4.841**	**4.961**
Schulleiter/Schulmanager	193	190	190	194	194	189	181	180	171
Frauenanteil	35,2%	34,7%	39,5%	39,2%	40,2%	43,4%	43,6%	48,9%	46,2%
Schulmanagerassistenten	126	142	150	144	145	141	139	136	142
Lehrer/LehrerInnen	3.726	3.864	3.889	4.153	4.358	4.413	4.405	4.525	4.648
Frauenanteil	76,6%	77,9%	78,3%	78,1%	78,4%	78,6%	79,4%	79,8%	80,1%
Lehr- und Leitungspersonal nach VZ-Äquivalenten	**3.520**	**3.702**	**3.784**	**4.270**	**4.437**	**4.440**	**4.458**	**4.696**	**4.792**
Frauenanteil	73,3%	74,6%	76,1%	75,4%	75,6%	76,0%	76,7%	77,5%	77,6%
LehrerInnen nach VZ-Äquivalenten	3.202	3.373	3.446	3.927	4.104	4.108	4.136	4.370	4.469
Frauenanteil	76,2%	77,6%	78,8%	77,7%	77,7%	78,0%	78,7%	79,2%	79,3%
Dichteziffern									
Lehrpersonal (incl. Schulmanager) pro 1000 Schüler	95,4	97,5	96,9	101,8	105,1	105,8	106,2	109,2	113,1
Lehrpersonal (ohne Schulmanagement) pro 1000 Schüler	87,8	89,8	89,1	94,2	97,5	98,5	99,0	102,1	105,9
VZÄ-Lehrpersonal (incl. Schulmanagement) pro 1000 Schüler	83,0	86,0	86,7	96,8	99,3	99,1	100,2	105,9	109,2
VZÄ-Lehrpersonal (ohne Schulmanagement) pro 1000 Schüler	75,5	78,4	79,0	89,0	91,8	91,7	92,9	98,6	101,9
Schüler pro Lehrkraft (incl. Schulmanagement)	10,5	10,3	10,3	9,8	9,5	9,4	9,4	9,2	8,8
Schüler pro Lehrkraft (ohne Schulmanagement)	11,4	11,1	11,2	10,6	10,3	10,2	10,1	9,8	9,4
Schüler pro VZÄ-Lehrkraft (incl. Schulmanagement)	12,1	11,6	11,5	10,3	10,1	10,1	10,0	9,4	9,2
Schüler pro VZÄ-Lehrkraft (ohne Schulmanagement)	13,2	12,8	12,7	11,2	10,9	10,9	10,8	10,1	9,8

Quellen: Statistics Iceland - http://www.statice.is/ (eigene Auswertung anhand der Selektion von Daten aus den Datenbeständen: Number of students in autumn by school level 1997-2006 ; Teaching personnel in compulsory schools by fields of employment 1998 - 2006; Private, public and special compulsory schools 1998-2006; Personnel by age, full-time equivalents and education 2000-2006; Registered students by mode of teaching and type of school 1997-2006; Aktualisierungsstand: März 2007; eigene Auswertung

Tabelle A-5: Island - Schüler und Lehrpersonal an Schulen und Hochschulen 1998 - 2006
b) Sekundarstufe II und Hochschulen (Schüler/Studenten und Lehrpersonal) und Lehrpersonaldichte insgesamt

Schuljahr/Semester	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Sekundarstufe II (Pflichtschulen und andere Schulen)							
Schüler Sekundarstufe II	20.388	20.332	20.863	21.363	21.890	22.599	23.345
Lehrpersonal	1.479	1.565	1.589	1.666	1.645	1.706	1.808
dar. Frauen	650	714	735	790	791	849	931
Frauenanteil	43,9%	45,6%	46,3%	47,4%	48,1%	49,8%	51,5%
Hochschulbereich							
Studenten (Universitäten plus andere Tertiäreinrichtungen)	10.064	10.468	11.884	13.900	15.477	16.098	16.626
Gesamtpersonal	2.270	2.540	2.620	2.587	2.436	2.665	2.840
dar. Lehrpersonal	1.517	1.849	1.786	1.774	1.663	1.767	1.879
dar. Frauen	640	905	836	821	731	783	871
Frauenanteil	28,2%	35,6%	31,9%	31,7%	30,0%	29,4%	30,7%
VZÄ-Lehrpersonal	971	1034	998	1067	1132	1158	1247
dar. Frauen	371	421	410	435	466	460	516
Frauenanteil	38,2%	40,7%	41,1%	40,8%	41,2%	39,7%	41,4%
VZÄ-Professoren (incl. Assistenzprofessoren)	345	346	331	365	376	387	409
dar. Frauen	70	71	79	88	88	92	101
Frauenanteil	20,3%	20,5%	23,9%	24,1%	23,4%	23,8%	24,7%
Studenten pro Lehrkraft	6,6	5,7	6,7	7,8	9,3	9,1	8,8
Studenten pro VZÄ-Lehrkraft	10,4	10,1	11,9	13,0	13,7	13,9	13,3
Dichteziffern (pro 1000 Schüler/Studenten)							
Lehrpersonal Sekundarstufe II pro 1000 Schüler	72,5	77,0	76,2	78,0	75,1	75,5	77,4
Lehrkräfte pro 1000 Studenten	150,7	176,6	150,3	127,6	107,4	109,8	113,0
VZÄ-Professoren pro 1000 Studenten	34,2	33,1	27,9	26,2	24,3	24,0	24,6
VZÄ-Lehrkräfte pro 1000 Studenten	96,5	98,8	84,0	76,8	73,1	71,9	75,0
Lehrpersonal (ohne Sekundärstufe II)	**107,0**	**116,2**	**114,6**	**111,0**	**106,5**	**109,3**	**113,1**
Lehrpersonal-VZÄ (ohne Sekundärstufe II)	**88,5**	**97,2**	**96,1**	**95,4**	**93,2**	**96,9**	**99,8**
Lehrkräfte (Schulen und Hochschulen) pro 1000 Einwohner	**25,5**	**27,6**	**28,0**	**28,2**	**27,4**	**27,7**	**28,1**
Lehrkräfte (ohne Hochschulen) pro 1000 EW	**20,6**	**20,8**	**21,5**	**22,2**	**22,1**	**22,1**	**22,6**

Quellen: Statistics Iceland - http://www.statice.is/ Eigene Auswertung anhand der Selektion von Daten aus den Datenbeständen: Number of students in autumn by school level 1997-2006 und Personnel by occupation, type of school and region 2000 – 2005

Tabelle A-6: Schweden
Schüler und Lehrpersonal an Vorschulklassen, Pflichtschulen und den Schulen der oberen Sekundarstufe 1998/99 bis 2004/2005

Jahr	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Bevölkerung (1.1. d J.): in 1000	8.854,3	8.861,4	8.882,8	8.909,1	8.940,8	8.975,7	9.011,4
SchülerInnen (Oktober 2004: insgesamt 1.493.774)							
Vorschulklassen		112.251	107.505	99.615	93.613	89.514	89.324
Pflichtschulen	**1.010.227**	**1.034.881**	**1.051.929**	**1.059.122**	**1.057.225**	**1.046.441**	**1.023.724**
dar. an privaten Pflichtschulen (%)			3,9%	4,8%	5,5%	6,2%	6,8%
dar. Obere Sekundarschule	309.143	305.579	305.270	311.121	322.587	333.928	347.713
Personal Schulen insgesamt (incl. für Erwachsene)	140.116	159.187	166.342	173.354	177.845	182.834	178.375
Personal im aktiven Dienst (zum Stichtag)[1]	131.499	148.636	153.747	159.807	163.648	169.003	164.987
Frauenanteil	66,9%	69,6%	69,5%	69,5%	69,4%	69,5%	69,5%
Lehrkräfte an Vorschulklassen		14.587	14.290	13.860	12.748	12.148	11.842
Pflichtschulen: Lehrpersonal insgesamt	**91.245**	**94.483**	**97.884**	**101.618**	**103.902**	**104.939**	**103.496**
Lehrpersonal im aktiven Dienst	84.938	87.374	89.814	92.883	94.660	95.811	94.522
Frauenanteil	68,5%	68,1%	67,3%	66,9%	66,8%	67,1%	67,6%
Schulleiter/Schulmanager	4.878	5.301	5.875	6.011	6.101	6.175	6.134
Anteil der Schulmanager mit Unterrichtsverpflichtung	15,1	14,3	13,4	11,6	9,0	8,6	6,6
Frauenanteil im Schulmanagement	60,2%	61,9%	63,7%	64,1%	64,1%	64,6%	64,4%
Obere Sekundarstufe: Lehrpersonal insgesamt	**30.811**	**31.186**	**31.876**	**32.914**	**34.199**	**35.386**	**36.184**
Personal im aktiven Dienst (zum Stichtag)	28.929	28.962	29.662	30.773	32.001	33.283	34.084
Lehrkräfte (aktive) an Privatschulen	1.353	1.407	1.794	2.051	2.763	3.346	3.852
Schulleiter/Schulmanager	1.513	1.515	1.579	1.566	1.608	1.654	1.728
Anteil der Schulmanager mit Unterrichtsverpflichtung	13,5	14,1	15,0	12,4	11,4	9,1	9,1
Frauenanteil im Schulmanagement	39,0%	39,1%	38,1%	37,5%	38,1%	38,8%	41,3%
Lehrpersonal Gesamt- und Sekundarschulen	**122.056**	**140.256**	**144.050**	**148.392**	**150.849**	**152.473**	**151.522**
Dichteziffern (Lehrpersonal pro 1000 Schüler/Einwohner und Schüler-Lehrer-Relation)							
Lehrpersonal insgesamt an Pflichtschulen	90,3	91,3	93,1	95,9	98,3	100,3	101,1
Lehrpersonal (aktiv) an Pflichtschulen	84,1	84,4	85,4	87,7	89,5	91,6	92,3
Lehrpersonal an oberen Sekundarschulen	99,7	102,1	104,4	105,8	106,0	106,0	104,1
Lehrpersonal (aktiv) an oberen Sekundarschulen	93,6	94,8	97,2	98,9	99,2	99,7	98,0
Schüler pro Lehrkraft an Pflichtschulen	11,1	11,0	10,7	10,4	10,2	10,0	9,9
Schüler pro Lehrkraft an oberen Sekundarschulen	10,0	9,8	9,6	9,5	9,4	9,4	9,6
Lehrkräfte (alle Schulen) pro 1000 EW	15,8	18,0	18,7	19,5	19,9	20,4	19,8
Lehrkräfte (ohne Schulen für Erwachsene) pro 1000 EW	13,8	15,8	16,2	16,7	16,9	17,0	16,8

Erläuterung: 1) Personal im Dienst zum Stichtag (jeweils Mitte Oktober)
Quellen: Statistisches Jahrbuch 2006 (Tabelle 622, S. 574; Tabelle 625, S. 575; Tabelle 633, S. 581, Tabelle 639, S. 588 und Tabelle 646, S. 595) sowie Enheten för utbildningsstatistik 2006: verschiedene Tabellen (http://www.skolverket.se/sb/d/749/a/3254#paragraphAnchor3, u.a.); eigene Zusammenstellung und Auswertung

Tabelle A-7: Geschätzte fiktive Lehrkraft-Beschäftigungslücken von Deutschland (incl. Bundesländer) anhand der Vergleichsländer Island, Finnland, Norwegen und Schweden 2004 bis 2006 (Dichteziffern pro 1000 Schüler/Studenten)

Bezeichnung	Insge.	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
1. Lehrpersonal Allgemeinbildende Schulen 2005 (VZ+TZ): in 1000	**672,0**	**92,7**	**93,3**	**27,4**	**21,2**	**5,6**	**13,6**	**45,8**	**13,8**	**67,7**	**150,2**	**33,9**	**7,3**	**33,7**	**21,9**	**22,6**	**21,3**
1.1. Fiktives Lehrpersonal (Bezug**: Island** VZ+TZ 2005 res. VZÄ 2006)	1.037,9	143,8	160,8	37,9	26,9	8,0	19,9	77,0	17,2	108,1	252,8	53,3	12,5	37,5	23,5	37,4	21,3
Fiktive Beschäftigungslücke 1	366,0	51,1	67,5	10,5	5,7	2,4	6,3	31,2	3,4	40,4	102,6	19,4	5,2	3,8	1,6	14,8	0,0
1.2. Fiktives VZÄ-Lehrpersonal (Bezug: **Island** VZÄ 2005)	1.006,9	139,5	156,0	36,8	26,0	7,7	19,3	74,7	16,7	104,8	245,2	51,7	12,1	36,4	22,8	36,3	20,7
Fiktive VZÄ-Beschäftigungslücke 2	334,9	46,8	62,7	9,4	4,9	2,1	5,7	28,9	2,9	37,1	95,0	17,8	4,8	2,7	0,9	13,7	-0,6
1.3. Fiktiv Lehrpersonal (Bezug **Island** VZ+TZ 2006)	1.075,1	149,0	166,5	39,3	27,8	8,3	20,6	79,8	17,8	111,9	261,9	55,2	13,0	38,9	24,4	38,8	22,1
Fiktive Beschäftigungslücke 3	403,16	56,30	73,29	11,90	6,63	2,65	7,04	33,99	3,99	44,23	111,67	21,29	5,63	5,16	2,48	16,15	0,77
1.4. Fiktives VZÄ-Lehrpersonal (Bezug: **Finnland** VZÄ 2005)	720,3	99,8	111,6	26,3	18,6	5,5	13,8	53,4	11,9	75,0	175,4	37,0	8,7	26,0	16,3	26,0	14,8
Fiktive VZÄ-Beschäftigungslücke 4	48,3	7,1	18,3	-1,1	-2,6	-0,1	0,2	7,7	-1,9	7,3	25,3	3,1	1,3	-7,7	-5,6	3,4	-6,5
1.5. Fiktives VZÄ-Lehrpersonal (Bezug **Norwegen** VZÄ 2004)	1.006,7	139,5	155,9	36,8	26,0	7,7	19,3	74,7	16,7	104,8	245,2	51,7	12,1	36,4	22,8	36,3	20,7
Fiktive Beschäftigungslücke 5	334,7	46,8	62,7	9,4	4,9	2,1	5,7	28,9	2,9	37,1	95,0	17,8	4,8	2,7	0,9	13,7	-0,6
1.6. Fiktives Lehrpersonal (Bezug: **Schweden** VZ+TZ 2004)	961,0	133,2	148,9	35,1	24,9	7,4	18,4	71,3	15,9	100,1	234,1	49,3	11,6	34,7	21,8	34,6	19,7
Fiktive Beschäftigungslücke 6	289,1	40,5	55,6	7,7	3,7	1,8	4,9	25,5	2,1	32,4	83,9	15,4	4,3	1,0	-0,1	12,0	-1,6
2. Lehrkräfte an Schulen insgesamt	**800,6**	**114,2**	**109,3**	**32,3**	**24,5**	**6,8**	**16,7**	**54,3**	**16,3**	**81,1**	**177,5**	**39,9**	**9,0**	**41,0**	**25,6**	**26,4**	**25,9**
Fiktiv-Lehrpersonal (Bezug: Schweden 2004)	1.480,0	206,5	224,5	54,0	39,5	11,9	28,9	107,2	27,0	152,8	351,7	74,1	18,5	61,3	36,2	51,9	34,0
Fiktive Beschäftigungslücke	679,4	92,3	115,3	21,6	15,0	5,1	12,2	52,9	10,7	71,7	174,2	34,2	9,5	20,4	10,6	25,5	8,1
3. Lehrpersonal insgesamt (Schulen und Hochschulen)	**1.037,0**	**149,6**	**144,6**	**51,2**	**28,5**	**10,3**	**25,2**	**72,2**	**20,5**	**99,8**	**222,2**	**49,3**	**12,9**	**54,3**	**32,7**	**31,8**	**32,0**
Fiktives Lehrpersonal (Bezug**: Island** VZ+TZ 2006)	1.624	223	241	66	42	15	35	120	29	162	387	82	20	70	40	54	38
Fiktive Beschäftigungslücke	586,9	73,4	96,4	14,9	13,6	4,9	10,2	47,5	8,9	62,0	164,5	32,3	6,9	15,7	7,3	22,7	5,7

Quelle: eigene Berechnung (Für Deutschland, Island und Schweden sind die Bezugsdaten in den Tabellen A-4 bis A-6 enthalten; die Daten für Norwegen entstammen dem Statistical Yearbook 2006 (Table 162, 165, 166, 169 und 176), die Daten für Finnland stammen aus Statistics Finland, Education Statistics (http://www.edu.fi/english/pageLast.asp?path=500;4699;4847; Zugriff am 5.4.2007)

Lesehilfe zu Tabelle A-7

a) Lehrpersonal Allgemeinbildende Schulen 2005

Im Schuljahr 2004/2005 gab es in Deutschland im allgemeinbildenden Schulsystem bundesweit 672 Tsd. LehrerInnen (2006: 667,7). In den Bundesländern bewegten sich die Zahlen zwischen 252,8 Tsd. in Nordrhein-Westfalen und 5,6 Tsd. in Bremen. Hätte es 2005 pro 1000 SchülerInnen genauso viele Lehrkräfte gegeben wie im selben Jahr in Island, hätten bundesweit 366 Tsd. LehrerInnen mehr beschäftigt sein müssen. Die Lücke in der Betrachtung nach Bundesländern wäre unterschiedlich hoch ausgefallen. Keine Lücke hätte es in Thüringen gegeben. In Nordrhein-Westfalen hätte die Lücke 102,6 Tsd. Stellen betragen, in Hessen 31,2, in Sachsen 3,8 Tsd. und in Bremen 2,4 Tsd. Bei dieser Betrachtung bleibt unberücksichtigt, dass in Deutschland die Teilzeitquote unter LehrerInnen viel höher ist als in den skandinavischen Ländern. Im Schuljahr 2004/2005 lag sie (vgl. Tabelle A-4a) bundesweit bei über 40 Prozent. Zieht man als Bezugsgröße die isländischen Dichteziffern der Jahre 2005 und 2006 auf VZ-Äquivalentbasis heran, ergeben sich größenordnungsmäßig keine Unterschiede zur Betrachtung der Lehrkräfte (VZ und TZ). Mit den isländischen VZÄ-Zahlen des Jahres 2005 hätten an den allgemeinbildenden deutschen Schulen über 1 Mio. Lehrkräfte in Vollzeit beschäftigt sein müssen. Es waren aber nur 672 Tsd. und davon gut 40 Prozent in Teilzeit. Bei Wahl der anderen skandinavischen Länder als Referenzgrößen ergeben sich sowohl fast identische Zahlen wie auch deutliche Unterschiede. Bei der Wahl von Norwegen (VZÄ von 2004) als Bezugsgröße errechnen sich fast identische Zahlen wie bei der Wahl der VZÄ von Island im Jahr 2005. Die fiktive Beschäftigungslücke, die sich auftut wenn Schweden (VZ + TZ im Jahr 2004) als Referenzmodell gewählt wird, ist um etwas über 20 Prozent geringer. Die Lücke beläuft sich auf 289 Tsd. Lehrkräfte bundesweit. Sachsen-Anhalt und Thüringen haben bei diesem Bezugspunkt sogar einen Lehrkräfteüberschuss, alle anderen Bundesländer dagegen eine Lücke. Die geringste fiktive Lücke von bundesweit nur etwas über 48 Tsd. Lehrkräften errechnet sich bei der Wahl von Finnland als Referenzmodell. Allerdings besteht die Bezugsgröße in VZÄ. Mit der finnischen Lehrkräftedichte hätte es 2005 bundesweit 720,3 Tsd. vollzeitbeschäftigte Lehrkräfte geben müssen. In Hessen wären es 53,4 Tsd. Vollzeitkräfte gewesen statt tatsächlich 45,8 Tsd. Vollzeit- und Teilzeitkräfte.

b) Lehrkräfte an Schulen insgesamt

Die Berechnung fiktiver Beschäftigungslücken für die Schulen insgesamt ist durch die Systemunterschiede bei der beruflichen Bildung verzerrt. Bei Wahl von Schweden(2004) als Referenzmodell errechnet sich eine Beschäftigungslücke von bundesweit 679,4 Tsd. Lehrerstellen. Die Bundesländer weisen fiktive Lücken von 5,1 Tsd. in Bremen über 52,9 Tsd. in Hessen bis 174 Tsd. in Nordrhein-Westfalen auf.

c) Lehrpersonal insgesamt (Schulen und Hochschulen)

Beim Lehrpersonal von Schulen und Hochschulen insgesamt tut sich mit Island als Referenzmodell eine Lücke in der Größenordnung von bundesweit rd. 590 Tsd. auf. Alle Bundesländer weisen gleichfalls Lücken auf.

Tabelle A-8: Deutschland

a) Gesundheitspersonal nach der Amtlichen Statistik 1999 - 2004 (Beschäftigte in VZ und TZ insgesamt)

Berufsgruppen (in 1000)	1999	dar. Frau-en	2000	dar. Frau-en	2001	dar. Frau-en	2002	dar. Frau-en	2003	dar. Frau-en	2004	dar. Frau-en
Berufe insgesamt	4.098	2.925	4.087	2.909	4.131	2.946	4.187	2.986	4.230	3.033	4.235	3.052
Gesundheitsdienstberufe	**2.129**	**1.648**	**2.134**	**1.673**	**2.179**	**1.704**	**2.206**	**1.736**	**2.233**	**1.759**	**2.243**	**1.767**
Ärzte, Zahnärzte, Apotheker	407	162	413	167	415	168	421	173	424	173	427	179
Ärzte	291	107	295	109	298	112	301	114	304	116	306	118
Apotheker	53	32	55	35	53	33	56	35	55	34	56	35
Zahnärzte	63	22	63	23	64	23	64	24	63	24	63	25
übrige Gesundheitsdienstberufe	1.723	1.506	1.721	1.507	1.764	1.536	1.785	1.564	1.809	1.585	1.816	1.589
Arzthelfer / zahnmedizinische Fachang	488	482	489	484	493	488	506	501	510	505	512	507
dar.: zahnmedizinische Fachangestellte									195	194	197	196
Diätassistenten	12	11	11	11	12	11	12	11	13	12	14	13
Heilpraktiker	18	11	13	8	18	12	15	10	17	12	18	13
Helfer in der Krankenpflege	207	156	208	158	223	167	222	167	224	168	221	163
Gesundheits- und Krankenpfleger	695	593	699	596	697	591	709	605	713	609	713	608
dar.: Hebammen									18	18	17	17
Physiotherapeuten, Masseure…	120	86	116	84	126	92	127	94	135	100	139	102
dar.: Physiotherapeuten									77	63	79	67
Medizinisch-technische Assistenten	94	87	86	80	93	85	87	80	86	80	87	80
Pharmazeutisch-techn. Assistenten	44	43	47	46	48	47	50	49	51	50	52	51
Therapeutische Berufe	45	36	51	42	54	43	57	46	60	49	61	50
Soziale Berufe	**246**	**212**	**259**	**223**	**282**	**242**	**295**	**253**	**309**	**263**	**315**	**272**
Altenpfleger	229	201	242	210	263	228	276	238	288	250	295	257
Heilerziehungspfleger	6	4	6	4	7	5	7	5	7	5	7	5
Heilpädagogen	10	7	11	8	12	9	12	10	13	10	12	9
Gesundheitshandwerker	136	63	137	64	136	63	137	67	138	68	140	69
Augenoptiker	38	22	40	23	41	25	40	25	40	26	40	25
Orthopädiemechaniker	12	3	11	3	11	2	11	2	12	3	10	3
Zahntechniker	69	35	69	36	67	35	70	36	69	35	72	36
sonstige Gesundheitshandwerker	16	3	16	3	16	4	17	4	17	4	18	4
sonstige Gesundheitsfachberufe	83	61	86	64	84	62	88	63	87	62	84	60
Gesundheitsingenieure	15	12	15	12	14	11	15	12	15	11	13	10
Gesundheitssichernde Berufe	14	3	14	3	16	3	13	3	13	3	12	3
Gesundheitstechniker	8	2	7	1	8	2	7	1	8	1	7	1
Pharmakanten	5	3	5	3	5	3	6	3	7	4	7	4
pharmazeutisch-kaufmänn. Angestellte	41	40	46	45	41	41	47	46	45	44	44	43
andere Berufe im Gesundheitswesen	1.504	921	1.472	884	1.449	873	1.461	864	1.463	879	1.454	883

Tabelle A-8: Deutschland:
b) Gesundheitspersonal nach der Amtlichen Statistik 2000 - 2004 (VZ-Äquivalente)

Berufsgruppen (in 1000)	**2000**	dar. Frauen	**2001**	dar. Frauen	**2002**	dar. Frauen	**2003**	dar. Frauen	**2004**	dar. Frauen
Berufe insgesamt	**3.275**	**2.198**	**3302**		**3.318**	**2.228,0**	**3.363**	**2.273,0**	**3.335**	**2.262,0**
Gesundheitsdienstberufe	**1.700**	**1.282**	**1.728**	**1.298**	**1.730**	**1.314**	**1.771**	**1.339**	**1.762**	**1.330**
Ärzte, Zahnärzte, Apotheker	**372**	**140**	**375**	**141**	**379**	**142**	**381**	**145**	**386**	**149**
Ärzte	264	92	**269**	94	272	95	273	98	279	100
Apotheker	46	26	45	26	46	26	45	25	45	26
Zahnärzte	60	21	61	21	61	21	61	22	62	22
Übrige Gesundheitsdienstberufe	**1.328**	**1.143**	**1.353**	**1.157**	**1.362**	**1.172**	**1.390**	**1.195**	**1.377**	**1.181**
Arzthelfer / zahnmedizinische Fachang	389	384	388	383	395	391	395	391	393	389
Diätassistenten	8	8	9	8	9	8	10	9	10	10
Heilpraktiker	9	5	9	6	10	6	12	8	13	9
Helfer in der Krankenpflege	155	112	168	119	164	118	172	123	168	119
Gesundheits- und Krankenpfleger	528	438	533	440	527	439	537	448	526	437
Physiotherapeuten, Masseure	95	64	99	70	104	73	110	78	112	78
Medizinisch-technische Assistenten	68	62	68	62	67	61	68	62	67	61
Pharmazeutisch-techg. Assistenten	36	36	36	36	38	38	39	38	40	39
Therapeutische Berufe a.n.g.	40	32	42	33	45	36	48	38	48	39
Soziale Berufe	**226**	**190**	**228**	**191**	**236**	**198**	**245**	**207**	**249**	**212**
Altenpfleger	211	180	212	180	220	187	228	195	232	200
Heilerziehungspfleger	5	3	6	4	6	4	6	4	6	4
Heilpädagogen	10	7	10	7	10	8	11	8	10	8
Gesundheitshandwerker	**126**	**56**	**125**	**56**	**125**	**57**	126	58	127	58
Augenoptiker	36	20	37	20	35	21	36	22	36	21
Orthopädiemechaniker	11	2	11	2	10	2	11	2	10	3
Zahntechniker	64	31	62	30	63	31	63	30	64	31
Sonstige Gesundheitshandwerker	15	3	15	3	16	3	16	3	16	4
Sonstige Gesundheitsfachberufe	**68**	**48**	**69**	**48**	**70**	**49**	**69**	**47**	**64**	**45**
Gesundheitsingenieure	13	11	13	10	14	11	13	10	12	9
Gesundheitssichernde Berufe	11	2	11	2	10	2	10	2	10	2
Gesundheitstechniker	6	1	7	1	7	1	7	1	7	1
Pharmakanten	5	2	5	3	6	3	7	3	7	3
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte	33	32	33	32	33	33	32	31	31	30
Andere Berufe im Gesundheitswesen	1.154	621	1.152	617	1.147	610	1.152	622	1.131	617

Tabelle A-8: Deutschland
c) Gesundheitspersonal nach Berufsgruppen 1999 – 2004 (VZ und TZ pro 1000 Einwohner)

Berufsgruppen	1999	dar. Frauen	2000	dar. Frauen	2001	dar. Frauen	2002	dar. Frauen	2003	dar. Frauen	2004	dar. Frauen
Bevölkerung in Tsd. (Jahresmitte)	82.087	82.087	82.188	82.188	82.340	82.340	82.482	82.482	82.532	82.532	82.501	82.501
Berufe insgesamt	49,92	35,63	49,73	35,39	50,17	35,78	50,76	36,20	51,25	36,75	51,33	36,99
Gesundheitsdienstberufe	**25,94**	**20,08**	**25,96**	**20,36**	**26,46**	**20,69**	**26,75**	**21,05**	**27,06**	**21,31**	**27,19**	**21,42**
Ärzte, Zahnärzte, Apotheker	4,96	1,97	5,03	2,03	5,04	2,04	5,10	2,10	5,14	2,10	5,18	2,17
Ärzte	3,55	1,30	3,59	1,33	3,62	1,36	3,65	1,38	3,68	1,41	3,71	1,43
Apotheker	0,65	0,39	0,67	0,43	0,64	0,40	0,68	0,42	0,67	0,41	0,68	0,42
Zahnärzte	0,77	0,27	0,77	0,28	0,78	0,28	0,78	0,29	0,76	0,29	0,76	0,30
Übrige Gesundheitsdienstberufe	20,99	18,35	20,94	18,34	21,42	18,65	21,64	18,96	21,92	19,20	22,01	19,26
Arzthelfer / zahnmedizinische Fachang	5,94	5,87	5,95	5,89	5,99	5,93	6,13	6,07	6,18	6,12	6,21	6,15
dar.: zahnmedizinische Fachang	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,36	2,35	2,39	2,38
Diätassistenten	0,15	0,13	0,13	0,13	0,15	0,13	0,15	0,13	0,16	0,15	0,17	0,16
Heilpraktiker	0,22	0,13	0,16	0,10	0,22	0,15	0,18	0,12	0,21	0,15	0,22	0,16
Helfer in der Krankenpflege	2,52	1,90	2,53	1,92	2,71	2,03	2,69	2,02	2,71	2,04	2,68	1,98
Gesundheits- und Krankenpfleger	**8,47**	**7,22**	**8,50**	**7,25**	**8,46**	**7,18**	**8,60**	**7,33**	**8,64**	**7,38**	**8,64**	**7,37**
Physiotherapeuten, Masseure etc. Ba-	1,46	1,05	1,41	1,02	1,53	1,12	1,54	1,14	1,64	1,21	1,68	1,24
Medizinisch-technische Assistenten	1,15	1,06	1,05	0,97	1,13	1,03	1,05	0,97	1,04	0,97	1,05	0,97
Pharmazeutisch-tech. Assistenten	0,54	0,52	0,57	0,56	0,58	0,57	0,61	0,59	0,62	0,61	0,63	0,62
Therapeutische Berufe	0,55	0,44	0,62	0,51	0,66	0,52	0,69	0,56	0,73	0,59	0,74	0,61
Soziale Berufe	**3,00**	**2,58**	**3,15**	**2,71**	**3,42**	**2,94**	**3,58**	**3,07**	**3,74**	**3,19**	**3,82**	**3,30**
Altenpfleger	2,79	2,45	2,94	2,56	3,19	2,77	3,35	2,89	3,49	3,03	3,58	3,12
Heilerziehungspfleger	0,07	0,05	0,07	0,05	0,09	0,06	0,08	0,06	0,08	0,06	0,08	0,06
Heilpädagogen	0,12	0,09	0,13	0,10	0,15	0,11	0,15	0,12	0,16	0,12	0,15	0,11
Gesundheitshandwerker	**1,66**	**0,77**	**1,67**	**0,78**	**1,65**	**0,77**	**1,66**	**0,81**	**1,67**	**0,82**	**1,70**	**0,84**
Augenoptiker	0,46	0,27	0,49	0,28	0,50	0,30	0,48	0,30	0,48	0,32	0,48	0,30
Orthopädiemechaniker	0,15	0,04	0,13	0,04	0,13	0,02	0,13	0,02	0,15	0,04	0,12	0,04
Zahntechniker	0,84	0,43	0,84	0,44	0,81	0,43	0,85	0,44	0,84	0,42	0,87	0,44
sonstige Gesundheitshandwerker	0,19	0,04	0,19	0,04	0,19	0,05	0,21	0,05	0,21	0,05	0,22	0,05
Sonstige Gesundheitsfachberufe	**1,01**	**0,74**	**1,05**	**0,78**	**1,02**	**0,75**	**1,07**	**0,76**	**1,05**	**0,75**	**1,02**	**0,73**
Gesundheitsingenieure	0,18	0,15	0,18	0,15	0,17	0,13	0,18	0,15	0,18	0,13	0,16	0,12
Gesundheitssichernde Berufe	0,17	0,04	0,17	0,04	0,19	0,04	0,16	0,04	0,16	0,04	0,15	0,04
Gesundheitstechniker	0,10	0,02	0,09	0,01	0,10	0,02	0,08	0,01	0,10	0,01	0,08	0,01
Pharmakanten	0,06	0,04	0,06	0,04	0,06	0,04	0,07	0,04	0,08	0,05	0,08	0,05
Pharmazeutisch-kaufmännische Ange-	0,50	0,49	0,56	0,55	0,50	0,50	0,57	0,56	0,55	0,53	0,53	0,52
Andere Berufe im Gesundheitswesen	**18,32**	**11,22**	**17,91**	**10,76**	**17,60**	**10,60**	**17,71**	**10,48**	**17,73**	**10,65**	**17,62**	**10,70**

Quelle: Eigene Berechnung (Daten von Tabelle A-8a)

Tabelle A-8: Deutschland
d) Gesundheitspersonal nach Berufsgruppen 2000 – 2004 (VZ-Äquivalente pro 1000 Einwohner)

Berufsgruppen (in 1000)	**2000**	dar. Frauen	**2001**	dar. Frauen	**2002**	dar. Frauen	**2003**	dar. Frauen	**2004**	dar. Frauen
Bevölkerung (Jahresmitte)	82.188	82.188	82.340	82.340	82.482	82.482	82.532	82.532	82.501	82.501
Berufe insgesamt	39,85	26,74	40,10	0,00	40,23	27,01	40,75	27,54	40,42	27,42
Gesundheitsdienstberufe	20,68	15,60	20,99	15,76	20,97	15,93	21,46	16,22	21,36	16,12
Ärzte, Zahnärzte, Apotheker	4,53	1,70	4,55	1,71	4,59	1,72	4,62	1,76	4,68	1,81
Ärzte	3,21	1,12	3,27	1,14	3,30	1,15	3,31	1,19	3,38	1,21
Apotheker	0,56	0,32	0,55	0,32	0,56	0,32	0,55	0,30	0,55	0,32
Zahnärzte	0,73	0,26	0,74	0,26	0,74	0,25	0,74	0,27	0,75	0,27
Übrige Gesundheitsdienstberufe	16,16	13,91	16,43	14,05	16,51	14,21	16,84	14,48	16,69	14,31
Arzthelfer / zahnmed. Fachangestellte	4,73	4,67	4,71	4,65	4,79	4,74	4,79	4,74	4,76	4,72
Diätassistenten	0,10	0,10	0,11	0,10	0,11	0,10	0,12	0,11	0,12	0,12
Heilpraktiker	0,11	0,06	0,11	0,07	0,12	0,07	0,15	0,10	0,16	0,11
Helfer in der Krankenpflege	1,89	1,36	2,04	1,45	1,99	1,43	2,08	1,49	2,04	1,44
Gesundheits- und Krankenpfleger	**6,42**	**5,33**	**6,47**	**5,34**	**6,39**	**5,32**	**6,51**	**5,43**	**6,38**	**5,30**
Physiotherapeuten, Masseure..	1,16	0,78	1,20	0,85	1,26	0,89	1,33	0,95	1,36	0,95
Medizinisch-technische Assistenten	0,83	0,75	0,83	0,75	0,81	0,74	0,82	0,75	0,81	0,74
Pharmazeutisch-techg. Assistenten	0,44	0,44	0,44	0,44	0,46	0,46	0,47	0,46	0,48	0,47
Therapeutische Berufe a.n.g.	0,49	0,39	0,51	0,40	0,55	0,44	0,58	0,46	0,58	0,47
Soziale Berufe	2,75	2,31	2,77	2,32	2,86	2,40	2,97	2,51	3,02	2,57
Altenpfleger	2,57	2,19	2,57	2,19	2,67	2,27	2,76	2,36	2,81	2,42
Heilerziehungspfleger	0,06	0,04	0,07	0,05	0,07	0,05	0,07	0,05	0,07	0,05
Heilpädagogen	0,12	0,09	0,12	0,09	0,12	0,10	0,13	0,10	0,12	0,10
Gesundheitshandwerker	1,53	0,68	1,52	0,68	1,52	0,69	1,53	0,70	1,54	0,70
Augenoptiker	0,44	0,24	0,45	0,24	0,42	0,25	0,44	0,27	0,44	0,25
Orthopädiemechaniker	0,13	0,02	0,13	0,02	0,12	0,02	0,13	0,02	0,12	0,04
Zahntechniker	0,78	0,38	0,75	0,36	0,76	0,38	0,76	0,36	0,78	0,38
sonstige Gesundheitshandwerker	0,18	0,04	0,18	0,04	0,19	0,04	0,19	0,04	0,19	0,05
Sonstige Gesundheitsfachberufe	0,83	0,58	0,84	0,58	0,85	0,59	0,84	0,57	0,78	0,55
Gesundheitsingenieure	0,16	0,13	0,16	0,12	0,17	0,13	0,16	0,12	0,15	0,11
Gesundheitssichernde Berufe	0,13	0,02	0,13	0,02	0,12	0,02	0,12	0,02	0,12	0,02
Gesundheitstechniker	0,07	0,01	0,09	0,01	0,08	0,01	0,08	0,01	0,08	0,01
Pharmakanten	0,06	0,02	0,06	0,04	0,07	0,04	0,08	0,04	0,08	0,04
Pharmazeutisch-kaufmännische Ange.	0,40	0,39	0,40	0,39	0,40	0,40	0,39	0,38	0,38	0,36
Andere Berufe im Gesundheitswesen	14,04	7,56	13,99	7,49	13,91	7,40	13,96	7,54	13,71	7,48

Quelle: Für die Tabelle A-8a bis A-8d: Statistisches Bundesamt (2006): Statistisches Jahrbuch 2006 (verschiedene Tabellen); und http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php

Tabelle A-9: Finnland - Gesundheitsdienstberufe 1980 bis 2006

Jahr	1980	1990	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Bevölkerung (1.1. d. J.): in 1000	4.779	5.141	5.132	5.147	5.160	5.171	5.181	5.195	5.206	5.220	5.237	5.256
dar. Anteil der über 65-Jährigen					14,7	14,8	15,0	15,2	15,3	15,6	15,9	16,0
1. Ärzte, Zahnärzte	**11.660**	**16.577**	**20.031**	**20.269**	**20.620**	**20.699**	**20.841**	**21.104**	**21.240**	**21.405**	**21.638**	**23.086**
Ärzte (Lääkäreitä)	8.330	12.091	15.192	15.436	15.794	15.905	16.110	16.446	16.633	16.849	17.101	18.507
Zahnärzte (Hammaslääkäreitä)	3.330	4.486	4.839	4.833	4.826	4.794	4.731	4.658	4.607	4.556	4.537	4.579
2. Pharmazeutische Berufe	6.770	6.877	7.367	7.462	7.569	7.660	7.755	7.851	8.073	8.109	8.220	8.594
Approbierte Apotheker (Proviisoreita)	1.070	1.351	1.672	1.736	1.837	1.902	1.964	2.022	2.073	2.116	2.180	2.299
Pharmazeuten/Pharmakanten (Farmaseutteja)	5.700	5.526	5.695	5.726	5.732	5.758	5.791	5.829	6.000	5.993	6.040	6.295
Arzte, Zahnärzte, Apotheker	**12.730**	**17.928**	**21.703**	**22.005**	**22.457**	**22.601**	**22.805**	**23.126**	**23.313**	**23.521**	**23.818**	**25.385**
3. Pflegeberufe	**61.610**	**84.073**	**105.766**	**113.194**	**120.047**	**125.626**	**127.936**	**132.114**	**135.731**	**140.104**	**144.329**	**131.972**
Nurses (Sairaanhoitajia)	38.480	49.861	54.085	56.044	57.765	59.053	59.927	60.917	61.265	61.907	62.333	68.683
Praktische Krankenschwestern (Perushoitajia)	23.130	34.212	33.635	32.412	31.176	30.210	29.275	28.342	27.239	25.893	24.582	..
PflegehelferInnen (Lähihoitajia)			18.046	24.738	31.106	36.363	38.734	42.855	47.227	52.304	57.414	63.289
Summe Berufsgruppen 1 bis 3	**80.040**	**107.527**	**133.164**	**140.925**	**148.236**	**153.985**	**156.532**	**161.069**	**165.044**	**169.618**	**174.187**	**163.652**
Berufsgruppen 1 bis 3 pro 1000 EW	**16,75**	**20,92**	**25,95**	**27,38**	**28,73**	**29,78**	**30,21**	**31,01**	**31,70**	**32,50**	**33,26**	**31,14**
Ärzte insgesamt	**2,44**	**3,22**	**3,90**	**3,94**	**4,00**	**4,00**	**4,02**	**4,06**	**4,08**	**4,10**	**4,13**	**4,39**
Ärzte (Lääkäreitä)	1,74	2,35	2,96	3,00	3,06	3,08	3,11	3,17	3,19	3,23	3,27	3,52
Zahnärzte (Hammaslääkäreitä)	0,70	0,87	0,94	0,94	0,94	0,93	0,91	0,90	0,88	0,87	0,87	0,87
Ärzte und Apotheker	2,66	3,49	4,23	4,28	4,35	4,37	4,40	4,45	4,48	4,51	4,55	4,83
Pharmazeutische Berufe	1,42	1,34	1,44	1,45	1,47	1,48	1,50	1,51	1,55	1,55	1,57	1,64
Pflegeberufe insgesamt	**12,89**	**16,35**	**20,61**	**21,99**	**23,27**	**24,29**	**24,69**	**25,43**	**26,07**	**26,84**	**27,56**	**25,11**
Nurses (Sairaanhoitajia)	**8,05**	**9,70**	**10,54**	**10,89**	**11,20**	**11,42**	**11,57**	**11,73**	**11,77**	**11,86**	**11,90**	**13,07**
Praktische Krankenschwestern (Perushoitajia)	4,84	6,65	6,55	6,30	6,04	5,84	5,65	5,46	5,23	4,96	4,69	..
PflegehelferInnen (Lähihoitajia)	0,00	0,00	3,52	4,81	6,03	7,03	7,48	8,25	9,07	10,02	10,96	12,04
Gesundheitsdienstberufe (ohne Physiotherapeuten)	**16,75**	**20,92**	**25,95**	**27,38**	**28,73**	**29,78**	**30,21**	**31,01**	**31,70**	**32,50**	**33,26**	**31,14**

Erläuterung: Die Bevölkerungsdaten von 1980 und 1990 beziehen sich auf die Jahresmitte; aufgrund geänderter Methodik gibt es Brüche in der Reihe (1997 bei den Nurse-Gruppen), 2005 bei den Ärzten; die Abgrenzung zwischen praktischen Krankenschwestern und Pflegehelfern ist unklar

Quellen:Statistics Finland: Lähde: Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes = Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit); Daten mit Aktualisierungsstand vom 2. Mai 2007

Tabelle A-10: Island - Gesundheitsdienstberufe 1997 – 2004 (VZ und TZ)

Jahr	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Bevölkerung am 1.1. d. J. (in 1000)	269,9	272,4	275,7	279,0	283,4	286,6	288,5	290,6
Gesundheits- und Sozialdienstberufe insgesamt		20.030	20.800	21.210	22.050	22.830	22.990	23.320
dar. Männer (in %)		16,0%	15,7%	15,9%	16,1%	17,0%	16,8%	17,0%
Gesundheitsdienstberufe (Kernbereich)	**5.811**	**6.040**	**6.122**	**6.229**	**5.880**	**5.916**	**5.745**	**6.389**
Wichtige Berufsgruppen								
1. Ärzte insgesamt	1.249	1.299	1.337	1.380	1.359	1.403	1.421	1.431
Ärzte und Chirurgen	884	909	938	968	990	1.029	1.047	1.056
Radiologen	81	79	82	87	84	86	86	88
Zahnärzte	284	271	278	283	285	288	288	287
2. Pharmazeutische Berufe	329	334	338	334	347	374	376	381
Approbierte Apotheker	46	42	42	40	39	39	38	34
Apothekeninhaber	58	60	62	64	65	62	59	60
Pharmazeuten/Pharmakanten	225	232	234	230	243	273	279	287
3. Pflegeberufe (incl. Hebammen)	3.756	3.908	3.926	3.934	3.964	4.016	3.948	3.999
Hebammen (Hochschulbildung)	202	207	209	206	219	200	..	..
Nurses (Hochschulbildung)	2.075	2.205	2.216	2.237	2.325	2.342	2.474	2.525
Krankenschwesterhelferinnen	1.479	1.496	1.501	1.491	1.420	1.474	1.474	1.474
4. Therapeutische Berufe (incl. Sozialarbeiter in	477	499	521	581	..	..	..	578
Physiotherapeuten	321	333	375	405	..	..	..	431
Berufstherapeuten	79	88	62	70	88	..	..	147
Sozialarbeiter in Gesundheitszentren	77	78	84	106	122	123	..	..
Dichteziffern pro 1000 Einwohner								
Berufsgruppen 1 bis 4 pro 1000 EW	21,5	22,2	22,2	22,3	20,7	20,6	19,9	22,0
Ärzte und Zahnärzte insgesamt	4,6	4,8	4,8	4,9	4,8	4,9	4,9	4,9
Ärzte (ohne Zahnärzte)	3,6	3,6	3,7	3,8	3,8	3,9	3,9	3,9
Pharmazeutische Berufe	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3
Pflegeberufe insgesamt	13,9	14,3	14,2	14,1	14,0	14,0	13,7	13,8
Nurses (Hochschulbildung)	8,4	8,9	8,8	8,8	9,0	8,9	8,6	8,7
Krankenschwesterhelferinnen	5,5	5,5	5,4	5,3	5,0	5,1	5,1	5,1
Therapeuten	1,8	1,8	1,9	2,1	..	..	..	2,0
Nachrichtl.: Gesundheits- und Sozialdienstberufe	..	*73,5*	*75,4*	*76,0*	*77,8*	*79,7*	*79,7*	*80,3*

Quelle: Statistics Iceland: Health Personal 1981 – 2004 (eigene Auswertung)

Tabelle A-11: Schweden - Gesundheitsdienstberufe in öffentlichen Einrichtungen 1998 bis 2004

Jahr	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Bevölkerung (1. 1. d. Jahres): in 1000	8.847,6	8.854,3	8.861,4	8.882,8	8.909,1	8.940,8	8.975,7
1. Ärzte, Zahnärzte	**27.800**	**28.600**	**28.900**	**29.600**	**30.000**	**30.700**	**31.300**
Ärzte (Läkare)	23.600	24.200	24.500	25.200	25.700	26.400	27.000
Zahnärzte (Tandläkare)	4.200	4.400	4.400	4.400	4.300	4.300	4.300
2. Beschäftigte in staatl. Apotheken (Jahresdurchschnitt)	9.439	9.687	10094	10.600	10.827	10.886	10.865
3. Pflegeberufe	**140.600**	**141.900**	**142.300**	**143.200**	**144.600**	**146.400**	**144.700**
Nurses und Hebammen (Sjukskötare u. Barnmorskor): Hochschulbildung	75.800	77.100	77.700	78.000	78.800	80.800	81.900
Pflegespezialisten/Psychiatrie (Skötare)	12.700	12.500	12.300	11.900	11.700	11.700	11.500
Dental Nurses (Tandsköterskor) incl. Dentalhygieniker	9.600	9.800	9.900	9.800	9.700	9.900	9.700
Gesundheitspflegeassistenten (Assistant nurses: Undersköterskor)	39.500	39.800	40.000	41.300	42.300	42.000	40.000
PflegehelferInnen (Sjukvardsbiträden)	3.000	2.700	2.400	2.200	2.100	2.000	1.600
Anteil der Pflegekräfte mit Hochschulbildung	69,77%	70,05%	70,20%	69,62%	69,29%	69,95%	71,25%
4. Therapeutische Berufe	**10.200**	**10.400**	**10.500**	**10.700**	**10.600**	**10.700**	**10.600**
Physiotherapeuten	5.700	5.800	5.900	6.000	5.900	6.000	5.900
Verhaltenstherapeuten	3.900	4.000	4.000	4.100	4.100	4.100	4.100
Sonstige therapeutische Berufe (Logopäden)	600	600	600	600	600	600	600
Summe Gruppe 1 bis 4	**188.039**	**190.587**	**191.794**	**194.100**	**196.027**	**198.686**	**197.465**
Personal pro 1000 Einwohner (1.1.)	**21,25**	**21,52**	**21,64**	**21,85**	**22,00**	**22,22**	**22,00**
Ärzte insgesamt	3,14	3,23	3,26	3,33	3,37	3,43	3,49
Ärzte (Läkare)	2,67	2,73	2,76	2,84	2,88	2,95	3,01
Zahnärzte (Tandläkare)	0,47	0,50	0,50	0,50	0,48	0,48	0,48
Beschäftigte in staatl. Apotheken	1,07	1,09	1,14	1,19	1,22	1,22	1,21
Pflegekräfte pro 1000 Einwohner	**15,89**	**16,03**	**16,06**	**16,12**	**16,23**	**16,37**	**16,12**
Nurses und Hebammen (Sjukskötare u. Barnmorskor): Hochschulbildung	8,57	8,71	8,77	8,78	8,84	9,04	9,12
Pflegespezialisten/Psychiatrie (Skötare)	1,44	1,41	1,39	1,34	1,31	1,31	1,28
Dental Nurses (Tandsköterskor) incl. Dentalhygieniker	1,09	1,11	1,12	1,10	1,09	1,11	1,08
Gesundheitspflegeassistenten (Assistant nurses: Undersköterskor)	4,46	4,49	4,51	4,65	4,75	4,70	4,46
PflegehelferInnen (Sjukvardsbiträden)	0,34	0,30	0,27	0,25	0,24	0,22	0,18
Therapeutische Berufe	**1,15**	**1,17**	**1,18**	**1,20**	**1,19**	**1,20**	**1,18**
Physiotherapeuten	0,64	0,66	0,67	0,68	0,66	0,67	0,66
Verhaltenstherapeuten	0,44	0,45	0,45	0,46	0,46	0,46	0,46
Sonstige therapeutische Berufe (Logopäden)	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07

Erläuterungen: Vermutlich handelt es sich um rechnerische Vollzeitkräfte; dies ist aber nicht eindeutig.
Quelle: Statistical Yearbook of Sweden 2006: Tabellen 570 und 574; eigene Berechnungen

Tabelle A-12: Deutschland: Gesundheitspersonal 2004 nach Einrichtungen: Anzahl, Geschlecht, Teilzeitquoten und Dichteziffer

Gegenstand der Nachweisung	Insgesamt			dar. Frauen			Beschäfti-gungsdichte
	in 1000	dar. Teilzeit	Teilzeitquote	insgesamt	dar. Teilzeit	Teilzeitquote	pro 1000 EW
Bevölkerung in 1000							82.438
Einrichtungen insgesamt	4.235	1.146	27,1%	3.052	1.048	34,3%	51,4
Gesundheitsschutz	40	9	22,5%	27	8	29,6%	0,5
ambulante Einrichtungen	1.773	477	26,9%	1.352	444	32,8%	21,5
Arztpraxen	666	167	25,1%	528	158	29,9%	8,1
Zahnarztpraxen	336	82	24,4%	272	79	29,0%	4,1
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	201	54	26,9%	144	48	33,3%	2,4
Apotheken	167	48	28,7%	138	46	33,3%	2,0
Gesundheitshandwerk /-einzelhandel	170	22	12,9%	69	16	23,2%	2,1
ambulante Pflege	203	95	46,8%	177	89	50,3%	2,5
sonstige Einrichtungen	31	8	25,8%	24	8	33,3%	0,4
stationäre / teilstationäre Ein-richtungen	1.763	541	30,7%	1.373	503	36,6%	21,4
Krankenhäuser	1.080	284	26,3%	810	264	32,6%	13,1
Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen	159	41	25,8%	118	37	31,4%	1,9
stationäre / teilstationäre Pflege	523	217	41,5%	445	202	45,4%	6,3
Rettungsdienste	46	8	17,4%	16	6	37,5%	0,6
Verwaltung	213	37	17,4%	85	27	31,8%	2,6
sonstige Einrichtungen	102	23	22,5%	63	19	30,2%	1,2
Vorleistungsindustrien	298	51	17,1%	136	40	29,4%	3,6
pharmazeutische Industrie	113	21	18,6%	54	17	31,5%	1,4
medizintechnische / augenopti-sche Industrie	111	18	16,2%	50	14	28,0%	1,3
medizinische Laboratorien und Großhandel	74	13	17,6%	32	10	31,3%	0,9

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006): http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php (Zugriff: Ende Dezember 2006); eigene Berechnung

Tabelle A-13:
Norwegen und Deutschland im Vergleich: Beschäftigte (VZÄ = in 1000) in Krankenhäusern (incl. Psychiatrie) im Jahr 2004

	Deutschland				Norwegen				Fiktive Beschäftigungslücke		
Bevölkerung (31.12.2004)	82.438				4.606						
Bettenzahl (absolut und pro 1000 EW)	531.333		6,45		24.086	5,24					
	VZÄqui (1000)	Anteil (%)	VZÄ auf 1000 EW	auf 1000 Betten (in Tsd.)	VZÄ (1000)	Anteil (%)	VZÄ auf 1000 EW	auf 1000 Betten (in Tsd.)	Anteil (%)	Fiktiv-VZÄ-Erwerbstätige	Lücke von Deutschland
1. Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt	3.335,00	100%	40,45		334,60	100%	72,64		179,6%	5.988,66	2.653,7
2. Krankenhäuser											
Personal insgesamt (VZÄ)	805,99	100%	9,78	**1,52**	84,70	100%	18,39	**3,52**	**188,1%**	**1515,9**	**710,0**
Ärzte (incl. Psychiater)	**117,68**	**14,6%**	**1,43**	**0,22**	**9,37**	**11,1%**	**2,03**	**0,39**	**142,5%**	**167,74**	**50,1**
Pflegedienst	**309,51**	**38,4%**	**3,75**	**0,58**	**40,48**	**47,8%**	**8,79**	**1,68**	**234,1%**	**724,58**	**415,1**
dar. in der Psychiatrie	38,32	4,8%	0,46	0,07	9,56	11,3%	2,07	0,40	446,3%	171,0	132,7
Krankenschwestern/-pfleger mit Hochschulbildung					29,49	34,8%	6,40	1,22			
dar. College trained Nurses in der Psychiatrie					5,53	6,5%		0,23			
Pflegehilfspersonal					10,99	13,0%	2,39	0,46			
Med.-tech. und Funktionspersonal	**207,72**	**25,8%**	**2,52**	**0,39**	**13,23**	**15,6%**	**2,87**	**0,55**	**114,0%**	**236,70**	**29,0**
Med-techn. Dienst	123,47	15,3%	1,50	0,23							
Funktionsdienst	84,26	10,5%	1,02	0,16							
Nicht ärztliche Therapeuten (incl. Psycholo-					5,071	6,0%		0,21			
dar. Physiotherapeuten					1,417	1,7%		0,06			
dar. Hebammen					1,218	1,4%		0,05			
Therapiepersonal Psychiatrie					3,166	3,7%		0,13			
Medizintechn. Und Laborpersonal					4,988	5,9%		0,21			
Verwaltung und sonstiges Personal	**171,08**	**21,2%**	**2,08**	**0,32**	**21,62**	**25,5%**	**4,69**	**0,90**	**226,2%**	**386,92**	**215,8**
dar. Verwaltung	57,03	7,1%	0,69	0,11							
dar. Sonstiges Personal	114,05	14,2%	1,38	0,21							
Korrektur für den Fall, dass die deutschen Daten den REHA-Bereich nicht enthalten (Umrechnung auf VZÄ: VZ + 2TZ = 1VZÄ)											
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	138,5		1,68								
Personal (incl. Vorsorge und REHA)	944,49	100%	11,46		84,70	100%	18,39	3,52	160,5%	1515,9	571,5

Erläuterungen: Bei den Angaben VZÄ pro 1000 Einwohner handelt es sich um Absolutzahlen (Beispiel: In Deutschland kommen auf 1000 Einwohner 1,43 Krankenhausärzte); die Angaben pro 1000 Betten sind dagegen in Tsd. dargestellt. Beispiel: auf 1000 Betten kommen in Deutschland 0,58 Tsd. Pflegekräfte und in Norwegen 1,68 Tsd. Pflegekräfte

Quellen: Zahlenangaben für Deutschland: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006): Tabellen S. 19 und S. 33 (Stichtagsangabe fehlt) und Stat. BA für REHA (Gesundheitspersonal nach Einrichtungen und Art der Beschäftigung 2003 und 2004 mit Stand 8/2006:http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php). Die Daten für Norwegen stammen aus dem Statistischen Jahrbuch 2006, Tabellen 131ff. (http://www.ssb.no/english/yearbook/tab/tab-131.html ff.; Zugriff am 26.2.2007). Stichtag für die norwegische Krankenhausstatistik ist der 31.12. d. J.. Daher werden die Jahresendbevölkerungszahlen herangezogen.

Tabelle A-14: Dänemark - Pädagogisches und Gesundheitsdienstpersonal (Stellen) 1999 – 2005: Lokal- und Zentralregierung

Jahr	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bevölkerung am 1.1. d. J.: in 1000	5.313,6	5.330,0	5.349,2	5.368,4	5.383,5	5.397,6	5.411,4
Arbeitnehmer (Privatwirtschaft und Staat)	2.519.262	2.533.118	2.549.559	2.561.267	2.532.438	2.507.873	2.514.009
Staatsbeschäftigte (incl. Unternehmen)	947.248	945.879	937.826	946.646	925.964	925.410	929.558
Staatsbeschäftigte VZÄ (incl. Unternehmen)	887.265	887.029	882.649	892.510	879.284	877.895	880.568
Staatsbeschäftigte pro 1000 EW	178,3	177,5	175,3	176,3	172,0	171,4	171,8
Staatsbeschäftigte (VZÄ) pro 1000 EW .	167,0	166,4	165,0	166,3	163,3	162,6	162,7
Gesamtstellenzahl bei Lokal- und Zentralregierung	735.890	854.483	839.876	829.838	833.145	869.329	873.901
abzüglich Stellen mit unklarer Zuordnung	722.497	840.340	824.998	816.296	819.538	855.806	858.514
Stellen für pädagogische Berufe insgesamt	**107.002**	**129.444**	**134.469**	**144.594**	**145.080**	**148.705**	**158.931**
dar. ISCED ab 35 bis 40	861	1.262	1.844	2.449	2.520	2.966	3.628
dar. ISCED 5020	105.450	127.408	131.876	141.408	141.822	143.959	152.856
dar. ISCED 6520 und 7020	691	774	749	737	738	1.780	2.447
Anteil an allen abhängig Beschäftigten	4,2%	5,1%	5,3%	5,6%	5,7%	5,9%	6,3%
Stellen für Gesundheitsdienstberufe insgesamt	**126.617**	**143.720**	**143.269**	**146.021**	**155.508**	**172.046**	**173.968**
dar.: Dentaldienst der Gemeinden (VZÄ)		3.109,2	3.144,2	3.159,3	3.153,2	3.156,2	3.190,0
dar. ISCED ab 35 bis 40	62.232	76.537	78.878	78.331	80.188	81.751	83.089
dar. ISCED 5020	50.495	53.612	50.129	54.266	59.939	71.305	70.978
dar. ISCED 6520 und 7020	13.890	13.571	14.262	13.424	15.381	18.990	19.901
Stellen für Pädagogische und Gesundheitsdienstberufe insgesamt	**233.619**	**273.164**	**277.738**	**290.615**	**300.588**	**320.751**	**332.899**
Anteil an abhängig Beschäftigten insge-	9,3%	10,8%	10,9%	11,3%	11,9%	12,8%	13,2%
Dichteziffern							
Pädagogische Berufe (pro 1000 EW)	20,1	24,3	25,1	26,9	26,9	27,6	29,4
Gesundheitsdienstberufe (pro 1000 EW)	23,8	27,0	26,8	27,2	28,9	31,9	32,1
Zusammen (pro 1000 EW)	44,0	51,3	51,9	54,1	55,8	59,4	61,5
Nachrichtlich: ÖD-Beschäftigte in Deutschland pro 1000 EW	60,5	59,7	58,6	58,3	57,9	56,6	56,0

Quelle: Statistical Yearbook of Denmark 2006:http://www.dst.dk/HomeUK/Statistics/ofs/Publications/Yearbook/2006.aspx; Statistics Denmark: http://www.statbank.dk/statbank5a/default.asp?w=1024: Eigene Auswertung der Datenquellen mit den Codes LON31ff; LON41ff; RAS2, RASOFF21.; letzte Zeile: Heintze 2007 (Abbildung 1: 48)