



HessenAgentur

HA Hessen Agentur GmbH

**Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck
Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und
Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz**

Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung



Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck
Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reform-
optionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz

Studie im Auftrag der
Hans-Böckler-Stiftung

Diether Döring
Bettina Dudenhöffer
Jürgen Herdt

Report Nr. 689
Wiesbaden 2005

Erstellt im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung
Eine Veröffentlichung der HA Hessen Agentur GmbH

Postfach 1811
D-65008 Wiesbaden

Abraham-Lincoln-Straße 38-42
D-65189 Wiesbaden

Telefon 0611 / 774-81
Telefax 0611 / 774-8313
E-Mail info@hessen-agentur.de
Internet <http://www.hessen-agentur.de>

Geschäftsführer: Martin H. Herkströter
Dr. Dieter Kreuziger

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Alois Rhiel,
Hessischer Minister für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung

Zweite Auflage

Nachdruck – auch auszugsweise – ist nur mit Quellenangabe gestattet. Belegexemplar erbeten.

Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck

Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz

Inhalt	Seite
1 Einleitung	1
1.1 Zielsetzung	1
1.2 Die Diskussion in Deutschland	2
1.3 Ausgangslage in Europa	5
2 Die Gesundheitssysteme der EU 15-Mitgliedsländer und der Schweiz	9
2.1 Die Gesundheitssysteme in der Einzelbetrachtung	9
2.1.1 Belgien	11
2.1.2 Dänemark	15
2.1.3 Deutschland	18
2.1.4 Finnland	24
2.1.5 Frankreich	28
2.1.6 Griechenland	33
2.1.7 Irland	37
2.1.8 Italien	42
2.1.9 Luxemburg	46
2.1.10 Niederlande	50
2.1.11 Österreich	55
2.1.12 Portugal	59
2.1.13 Schweden	63
2.1.14 Spanien	67
2.1.15 Vereinigtes Königreich (von Großbritannien und Nordirland)	72
2.1.16 Schweiz	77
2.2 Strukturdaten in tabellarischer Übersicht	83

Inhalt	Seite
3 Vergleich zentraler Strukturindikatoren der Finanzierungssysteme im Gesundheitsbereich	86
3.1 Finanzierungssystematik und Reformdruck	86
3.2 Gesundheitsausgaben und Akzeptanz des Gesundheitssystems	92
3.3 Volkswirtschaftliche Rahmenbedingungen	95
3.4 Entwicklungstrends und Handlungsoptionen	97
4 Resümee	102
Tabellenverzeichnis	105
Abbildungsverzeichnis	105
Literatur	106

1 Einleitung

1.1 Zielsetzung

Die Globalisierung der Wirtschaftsprozesse und die demographische Entwicklung dominieren den Argumentationsrahmen, innerhalb dessen die Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme in Europa erörtert wird.

Von der Globalisierung, d.h. der beschleunigten und intensivierten Internationalisierung der Wirtschaftsprozesse, geht ein zunehmender Wettbewerbsdruck auf die Mehrzahl der europäischen Volkswirtschaften aus. Er äußert sich als Standortwettbewerb zwischen diesen Volkswirtschaften, der sich – nicht ausschließlich, aber doch zentral – um die Höhe der Lohnkosten dreht. Thesenhaft verkürzt bedeutet dies: Je höher die Lohnkosten, desto schwieriger die Durchsetzungsfähigkeit in diesem internationalen Standortwettbewerb. Die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme muss sich vor diesem Hintergrund zusehends bezüglich der von ihr induzierten Lohnkosteneffekte hinterfragen lassen.

Zudem hat eine steigende Lebenserwartung bei gleichzeitig vergleichsweise niedriger Geburtenrate die Altersstruktur in vielen dieser europäischen Volkswirtschaften verändert. Es kommt zu einer Alterung dieser Gesellschaften, die volkswirtschaftlich relevant wird, weil sich der Anteil der nicht-erwerbstätigen gegenüber der erwerbstätigen Bevölkerung kontinuierlich erhöht. Die finanzielle Tragfähigkeit insbesondere von Systemen mit altersabhängigen Sicherungsleistungen – wie Renten, Gesundheits- und Pflegeleistungen – muss sich dabei erhöhten Anforderungen stellen.

Die vorliegende Studie richtet den Blick auf die Gesundheitssysteme der EU 15-Mitgliedsstaaten¹ und der Schweiz und betrachtet sie unter den Rahmenbedingungen der Globalisierung und der demographischen Entwicklung im Hinblick auf die Ausgestaltung ihrer Finanzierungsstrukturen synoptisch.

Im Mittelpunkt der Analyse stehen die *faktische* Ausgestaltung, vorliegende Problemlagen und angestrebte Entwicklungspfade in den nationalen Gesundheitssystemen. Damit werden die im Kern modelltheoretisch geführten Diskussionen zur Weiterentwicklung der Versorgungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen der EU 15 ergänzt, die die zumeist tiefe historische Verwurzelung, die jeweiligen systemeigenen Spezifika und den häufig hohen Identifikationsgrad der Leistungsberechtigten nicht ausreichend berücksichtigen.

¹ In die Betrachtung einbezogen sind damit alle Mitgliedsstaaten der Europäischen Union vor ihrer letzten Erweiterungsrunde im Mai 2004.

Für eine geschlossene interinstitutionelle Synopse werden zentrale Strukturmerkmale und Parameter herausgearbeitet, die sich beziehen auf:

- die zentrale Methodik und die Gestaltungskriterien des jeweiligen Finanzierungssystems,
- den Kreis der Versicherten bzw. der Leistungsberechtigten,
- den Umfang des Leistungsrahmens sowie
- sozial- und gesundheitsökonomisch relevante Kennzahlen.

Mit in die synoptische Betrachtung einfließen sollen zudem die aktuellen gesundheitspolitischen und -ökonomischen Debatten im jeweils betrachteten Land und insbesondere die dort diskutierten Reformoptionen für die zukünftige Ausgestaltung des Finanzierungssystems.

Die Diskussion der Finanzierungskonzepte im Gesundheitsbereich wird nicht zuletzt in Deutschland überwiegend modelltheoretisch und weniger empirisch geführt. Die vorliegende Untersuchung soll einen empirischen Beitrag zur Verbreiterung und besseren Fundamentierung dieser Debatte bieten.

Mit den Ergebnissen soll zudem schlussfolgernd eine Bewertung zukünftiger Entwicklungstrends im Bereich der Gesundheitsfinanzierungssysteme vorgenommen werden und damit Richtung und Umfang möglicher Strukturreformen beurteilt werden.

Korrespondierend mit den zur Verfügung stehenden Mitteln kann es sich bei der vorliegenden Untersuchung nur um eine Kurzstudie handeln. Mit ihr soll auf der einen Seite ein geschlossener Überblick über die Finanzierungsstrukturen der Gesundheitssysteme aller EU 15-Mitgliedsstaaten und der Schweiz geboten werden, der auf der anderen Seite aber nur die Grundzüge darstellen und zentrale Entwicklungstrends ableiten kann.

1.2 Die Diskussion in Deutschland

Die unter dem Schlagwort der „Kostenexplosion“ Mitte der 1970er Jahre geführte Debatte wird zumeist als Beginn der gesundheitsökonomischen Diskussion in Deutschland gesehen. Der Begriff bezieht sich auf die zum Teil deutlichen Steigerungen der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den frühen 1970er Jahren, dem Zeitraum, in dem die GKV ihren Kulminationspunkte hatte. Ihm folgten ab 1977 in mehrjährigen, nahezu periodischen Abständen Kostendämpfungsgesetze, die mit unterschiedlich strukturierten Maßnahmen

(Leistungsausgrenzungen, Zuzahlungen) regulierend auf die GKV-Ausgaben wirkten. Der Begriff der „Kostenexplosion“ dominierte aber noch weit in die 1980er Jahre hinein die gesundheitsökonomische Debatte, als bereits erkennbar wurde, dass nicht weiterhin die Entwicklung der Ausgaben-, als vielmehr der Einnahmenseite die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung einengte: Schwächeres Wirtschaftswachstum, steigende Arbeitslosigkeit, Wandel der Beschäftigungsverhältnisse sowie eine sinkende Lohnquote führten zu einer rückläufigen Einnahmeseite der GKV, die selbst bei nur mäßiger Zunahme der Ausgaben einen Anstieg des Beitragssatzes² der GKV zur Folge hat. Zusätzliche Dynamik im Hinblick auf den Beitragssatz entstand zu Beginn der 1990er Jahre mit der Implementation der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Bundesländern.

Die zu diesem Zeitpunkt sich verstärkende, unter dem Leitdiskurs einer „Globalisierung“ der Arbeitsbeziehungen geführte Debatte um die Standortbedingungen in einem globaler gewordenen Wettbewerb hat in Deutschland insbesondere den Beitragssatz der GKV als Element der so genannten Lohnnebenkosten in den Fokus der wirtschaftspolitischen Kritik gestellt: Durch die direkte Bindung der GKV-Einnahmen in Form von Beiträgen an die Bruttolöhne geht mit einem Anstieg des Beitragssatzes der GKV, in der immerhin rund 85 Prozent der Bevölkerung versichert sind, unmittelbar eine Erhöhung des Arbeitgeberanteils und damit der gesamten Arbeitskosten einher. Makroökonomisch, so ein Argumentationsstrang, verschlechterten diese Standortstrukturen letztlich die Wettbewerbsbedingungen der Unternehmen und führten zur Hemmung von Beschäftigungsimpulsen.

Verschärft werde diese Ausgangslage durch die sich abzeichnende demographische Entwicklung: die Zahl der Personen in einem Lebensalter von über 65 Jahren werde in den kommenden Jahrzehnten gegenüber der Zahl der Personen, die in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis beschäftigt sind – sowohl absolut als auch relativ – sehr deutlich zunehmen. Der Beitragssatz werde daher wegen altersspezifischer Krankheitskosten überproportional steigen und damit auch in dieser Hinsicht expansiv auf die Lohnkosten wirken.

Das wirtschaftspolitische Diktum, zur Stabilisierung der Lohnkosten regulierend auf den Beitragssatz der GKV einzuwirken, offenbart an dieser Stelle aber seine beschäftigungspolitische Ambivalenz: Denn mit der Regulation des Finanzrahmens der GKV werden die Wachstums- und Beschäftigungspotenziale des Gesundheits-

2 Zur terminologischen Vereinheitlichung wird in der vorliegenden Untersuchung dann von Beitragssätzen und Beiträgen gesprochen, wenn es sich um lohngebundene und einkommensabhängige Abgaben handelt. Hingegen ist von Prämien die Rede, wenn nicht lohngebundene und einkommensunabhängige Abgaben vorliegen.

sektors eingeschränkt. Gerade der Gesundheitssektor aber gilt als personalintensive, standortgebundene Wirtschaftsbranche mit hoher Wertschöpfungskraft, der damit nachhaltige Arbeitsmarkteffekte zugeschrieben werden können.

Dieser im Spannungsfeld der Diskussion um das Lohnkostenniveau, die demographische Entwicklung und das Wachstumspotenzial des Gesundheitssektors evidente wirtschaftspolitische Zielkonflikt hat den Schwerpunkt der Gesundheitsdebatte in Deutschland insbesondere zum Ende der 1990er und der darauf folgenden Jahre verlagert: Weniger ausgabensteuernde Maßnahmen auf der Leistungsseite als vielmehr eine grundsätzliche Bewertung des Finanzierungssystems stehen in ihrem Mittelpunkt.

Argumentativ nimmt diese Diskussion ihren Ausgangspunkt in der Einschätzung, dass die gesetzliche Krankenversicherung in der derzeitigen Form ihrer Finanzierungsstrukturen sich den beschriebenen wirtschaftlichen und demographischen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte nicht angemessen wird stellen können.

Die Debatte über eine zukünftige Finanzierung des Gesundheitssystems hat sich dabei insbesondere in den letzten drei Jahren in Deutschland fokussiert auf eine Kontroverse zwischen einer Weiterentwicklung des bestehenden Systems in Richtung einer so genannten „Bürgerversicherung“ einerseits und einem Wechsel des Finanzierungssystems in ein „Kopfpauschalen“- oder „Gesundheitsprämien“-Modell andererseits. Gemeinsam ist beiden Positionen, dass sie eine Finanzierungsreform für unabdingbar halten.

In einer „Bürgerversicherung“ soll zum einen der Kreis der Versicherten und zum anderen die Bemessungsgrundlage für die Beitragszahlungen erweitert werden, um die Einnahmen der GKV zu erhöhen und dadurch die Lohnnebenkosten zu senken. Darüber hinaus werden keine zentralen Veränderungen an den bestehenden Finanzierungsstrukturen erwogen, d.h. an einer weitgehend paritätischen Finanzierung und damit der Einbindung der Arbeitgeber wird ebenso festgehalten wie an der aus dem Solidaritätsprinzip abgeleitenden einkommensbezogenen Beitragsbemessung. Transfers aus dem Steuersystem sind nicht vorgesehen.

In „Kopfpauschalen“- oder „Gesundheitsprämien“-Modellen hingegen wird die Finanzierung des Gesundheitssystems von der unmittelbaren Koppelung an das Erwerbseinkommen entbunden. Gezahlt wird letztlich eine einheitliche Pauschale – unabhängig vom Einkommen des Einzelnen. Damit wird zwar am Morbiditätsausgleich, nicht aber am Einkommens- und – zum Teil – auch nicht am Familienlasten-

ausgleich festgehalten. Unterhalb einer kritischen Einkommensgrenze wird der individuelle Finanzbedarf durch Transfers aus dem Steuersystem ausgeglichen.

Die vorliegende Arbeit soll die Ausgangslage und die Rahmenbedingungen der Finanzierungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem in den aktuellen europäischen Kontext einordnen und aus dieser Perspektive einen empirischen Beitrag zur Bewertung der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland bieten. In ihrem Anspruch kann sie – wie im vorangegangenen Abschnitt bereits beschrieben – nur eine Kurzstudie sein.

1.3 Ausgangslage in Europa

Alle Unterschiedlichkeit in der Ausgestaltung der Finanzierungsstrukturen in den einzelnen Gesundheitssystemen der EU 15-Mitgliedsländer und der Schweiz, die es in der vorliegenden Studie herauszuarbeiten gilt, soll eingangs nicht verdecken, dass beim Blick über diese Einzelstaaten von einem weitgehend übereinstimmenden Grundverständnis über den Kern des sozialen Schutzes im Bereich der medizinischen Versorgung ausgegangen werden kann. Dieses Grundverständnis ist letztlich Ausdruck eines historisch gewachsenen und verwurzelten sozialpolitischen Denkens, das noch bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts seine Strahlkraft auf jene süd- und südosteuropäischen Länder ausdehnen konnte, die aufgrund politisch-totalitärer Strukturen dem gesamtgesellschaftlichen Gestaltungsprozess in Europa entzogen waren.

So kann in nahezu allen Ländern von einer staatlichen Leitmotivation zur Gewährleistung gesundheitlicher Versorgung ausgegangen werden. Sichergestellt freilich mit unterschiedlichen Mitteln, zu denen die Versicherungspflicht, die Pflichtversicherung, Fürsorgerechte oder die Eröffnung von Rechtsansprüchen auf Zugang zu einem staatlichen Gesundheitssystem gehören. Ziel ist, zumindest dem überwiegenden Teil der Einwohner den Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen zu garantieren und über diese Basisgewährleistung gesundheitlichen Schutzes eine Teilhabe am jeweiligen gesellschaftlichen Wohlstand sicherzustellen³.

In diesem Grundverständnis übereinstimmend haben sich im Wesentlichen zwei strukturprägende, konträre Typen der Finanzierung von Gesundheitssystemen in Europa geformt: In am Konzept einer universellen Basissicherung des britischen Ökonomen und Sozialpolitiker Beveridge orientierten Sicherungssystemen wird soziale Sicherung unter dem normativen Blickwinkel der Armutsvermeidung und Bedarfsgerechtigkeit gesehen. Im Bedarfsfall ein garantiertes Minimum an Einkommen

3 Hänlein 1998.

bzw. medizinischer Versorgung für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung zu stellen, wird in Beveridge-typischen Sicherungssystemen als staatliche Aufgabe betrachtet. Die notwendige Infrastruktur wird – im Falle des Gesundheitswesens – als staatlicher Gesundheitsdienst vorgehalten. Der Staat hat in diesem Modell unmittelbare und direkte Steuerungsmöglichkeiten sowohl auf der Einnahme- als auch auf der Leistungsseite. Sozialsysteme, die ihrem Wesen nach dem Beveridge-Typ entsprechen, finden sich im Vereinigten Königreich, den nordeuropäischen und der Mehrzahl der südeuropäischen EU 15-Länder. Die nationalen Gesundheitsdienste sind in diesen Ländern überwiegend Teil einer einheitlichen Organisation der Sozialversicherung.

Obwohl im ursprünglichen „Beveridge-Plan“⁴ nicht vorgesehen, sind Beveridge-typische Sozialsysteme mit Steuerfinanzierung assoziiert: Die finanziellen Mittel für die soziale Sicherung werden zumeist aus dem allgemeinen Steueraufkommen oder steuerartigen Beiträgen getragen.

Der so genannte „Bismarck-Typ“, der auf die gesellschaftlich pazifizierende Sozialgesetzgebung von Otto von Bismarck als Reichskanzler am Ende des 19. Jahrhunderts zurückgeht, gibt dem Gedanken der sozialen Sicherung eine andere normative Grundlage: Bei ihm geht es um Lebensstandardsicherung und Beitrags- und Leistungsgerechtigkeit. Sozialrechtliche Ansprüche werden über Beiträge aus überwiegend dem Lohn Einkommen im Sinne einer Versicherung erworben. Die Höhe der Ansprüche hängt – soweit es sich um Geldleistungen wie Renten oder Arbeitslosenunterstützung handelt – von der Höhe der Beiträge ab. Einkommensunterschiede werden damit in das soziale Sicherungssystem übersetzt. Im Bereich der Gesundheitsleistungen, in dem Sachleistungen dominieren, orientiert sich das Bismarck-Modell aber auch am Grundsatz der Bedarfsdeckung. Es sieht damit ebenfalls ein medizinisch für notwendig erachtetes Maß an Versorgung bei den Versicherten, unabhängig vom Einkommen und individueller Beitragshöhe, vor. Die Einbindung – die Inklusion – in das soziale Sicherungssystem erfolgt hier nicht universell in der Rolle des Staatsbürgers, sondern kategorial über das Arbeitsverhältnis. Der Arbeitgeber ist – anders als im Beveridge-Modell – unmittelbar an der Finanzierung beteiligt. Der Staat hingegen hat nur eine indirekte Steuerungsfunktion. Vom

4 Beveridge war während des Zweiten Weltkriegs von der britischen Regierung die Leitung einer Kommission zur Reform des sozialen Sicherungssystems übertragen. Als Abschlussbericht legte diese Kommission im Jahr 1942 den so genannten Beveridge-Plan vor. Im Kern sah dieser Plan die Beschränkung staatlicher Tätigkeit auf eine Basissicherung – ein garantiertes Minimum – vor, um privater Aktivität einen möglichst großen Spielraum zu belassen. Die Finanzierung dieser Basissicherung sollte ursprünglich über einkommensunabhängige Prämien erfolgen. Steuertransfers waren nur in denen Fällen vorgesehen, in denen diese Prämie nicht ohne Unterschreiten des garantierten Minimums finanziert werden konnte. (Döring 2004)

Bismarck-Typ geprägt sind insbesondere die Sozialsysteme der mitteleuropäischen Länder, allen voran Deutschland und Frankreich.

Zwischen den normativen Polen des Beveridge- und des Bismarck-Modells haben sich in den einzelnen Gesundheitssystemen individuelle institutionelle Strukturen entwickelt und verfestigt. Eine Ausnahme bildet dabei allerdings die Schweiz, in der als einzigem europäischem Land ein auf einheitlichen, regional differenzierten Pauschalprämien beruhendes Pflichtversicherungssystem etabliert ist. Dieses Modell folgt keiner von Bismarck oder Beveridge vorgegebenen Systematik: Es ist zwar Versicherungsmodell, aber – entgegen dem Bismarck'schen Typ – nicht auf das Arbeitsverhältnis und das Einkommen bezogen; es inkludiert zwar nach dem Wohnortprinzip universell, wird aber – entgegen Beveridge-typischen Modellen – nicht aus Steuermitteln finanziert.

Die vorliegende Studie will zunächst in einem deskriptiven Ansatz die Finanzierungsstrukturen, die sich aus den unterschiedlichen Entwicklungspfaden der einzelnen Länder ergeben, darstellen. Neben den allgemeinen Gestaltungselementen interessiert dabei insbesondere, welche Akteure in die Finanzierung der Gesundheitskosten eingebunden sind und welche aktuellen Entwicklungen der Finanzierungsstrukturen zu finden sind.

Der letztgenannte Aspekt erhält seine Relevanz vor dem Hintergrund, dass sich die betrachteten Länder weitgehend gleichartigen wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Herausforderungen stellen müssen: Auf wirtschaftlicher Seite gehören dazu in Verbindung mit der Globalisierung – der Intensivierung des internationalen Wettbewerbs – Forderungen nach Senkung der direkten und indirekten Arbeitskosten bei gleichzeitig anhaltenden Finanzproblemen der öffentlichen Haushalte. Gesamtgesellschaftlich stellen sich politische Gestaltungsanforderungen durch die Alterung der Bevölkerung, Veränderungen in der Gesellschaftsstruktur sowie durch Fortschritte in der medizinischen Versorgung.⁵

Die Studie richtet den Blick auf die gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen und die umgesetzten und diskutierten Veränderungen in den Finanzierungsstrukturen der nationalen Gesundheitssysteme. In einer komparativen Zusammenfassung werden die Steuerungsmöglichkeiten und die Bewältigungspotenziale im Hinblick auf die beschriebenen sozioökonomischen Herausforderungen bewertet.

Dieser national differenzierte Blick hat auch auf europäischer Ebene weiterhin Gewicht, da die Ausgestaltung des Gesundheitssystems nach Artikel 152 Absatz 5 des EG-Gründungsvertrages nach wie vor ausschließlich in der Kompetenz der einzel-

5 Maydell 1998.

nen Mitgliedsstaaten liegt. Ungeachtet dessen übt die Europäische Union mittlerweile aber nicht unerheblichen indirekten Einfluss aus durch die Maastricht-Kriterien, die Binnenmarktregelungen, das Wettbewerbsrecht sowie die gemeinsame Gesundheitspolitik, die sich u.a. auf Politikfelder wie den Umwelt- oder den Verbraucherschutz bezieht.⁶

6 Busse 2004.

2 Die Gesundheitssysteme der EU 15-Mitgliedsländer und der Schweiz

Die vorliegende synoptische Betrachtung gliedert sich in drei Abschnitte: Zunächst werden wesentliche Strukturmerkmale, Kennzahlen sowie in Grundzügen die Ausgestaltung und die aktuellen Problemstellungen für die einzelnen Länder getrennt dargestellt. Im Anschluss werden diese Informationen kursorisch bzw. als Daten in einer Tabelle zusammengefasst. Diese Tabelle bietet als Informationstableau einen klar strukturierten, kompakten Blick über die Strukturdaten aller untersuchten Länder. Sie ist Grundlage einer vergleichenden Analyse zentraler Strukturindikatoren im dritten Abschnitt, auf deren Grundlage Entwicklungsperspektiven im Hinblick auf die Finanzierung der europäischen Gesundheitssysteme bewertet werden können. Im abschließenden Resümee werden diese Entwicklungsperspektiven verallgemeinert.

2.1 Die Gesundheitssysteme in der Einzelbetrachtung

Nachfolgend werden die Gesundheitssysteme der EU 15-Mitgliedsländer und der Schweiz an Hand ausgewählter Merkmale und Indikatoren dargestellt. Für alle Länder wurde dabei eine einheitliche Systematik gewählt, die zunächst die Art des Finanzierungssystems und den Kreis der Versicherten beschreibt. Die Ausgestaltung des Finanzierungssystems sowie der Versorgungsstrukturen ergänzen die Charakterisierung, die ebenso auf die aktuellen Problemstellungen und Reformvorgänge im jeweiligen Land eingeht. Separat dargestellt ist zudem die Einbindung zweier zentraler Akteure – des Staates und der Arbeitgeber – in die Finanzierung des Gesundheitssystems. Abgeschlossen wird jedes Länderkapitel mit der Darstellung demographischer und gesundheitsökonomischer Kennzahlen.

Soweit keine andere Quelle angegeben wird, stammen alle Angaben zur Finanzierung der Gesundheitssysteme sowie zum Kreis der Versicherten dem Gegenseitigen Informationssystem zur sozialen Sicherheit – MISSOC – der Europäischen Kommission⁷ zum Stand 1. Mai 2004.

Die Angaben und Informationen zur Ausgestaltung der Gesundheitssysteme und insbesondere zu deren aktuellen Problembereichen und Reformoptionen stammen von unterschiedlichen Datenquellen. Aufgrund einer zum Teil sehr heterogenen Berichts- und Forschungslage zu den Gesundheitssystemen der einzelnen Länder unterscheiden sich die Ausführungen im Hinblick auf Umfang und Aktualität nicht un-

⁷ Europäische Kommission. Generaldirektion Beschäftigung und Soziales Referat E.2 (2004): MISSOC – Gegenseitiges Informationssystem zur sozialen Sicherheit. Soziale Sicherheit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz, Stand am 1. Januar 2004.

erheblich. Eine wesentliche, die Entwicklung der Mehrzahl der Länder aktuell reflektierende Quelle war dabei der von der Bertelsmann Stiftung im Internet unter www.healthpolicymonitor.org angebotenen Health Policy Monitor. Dieser Service bietet Kurzzusammenfassungen zu den aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen, Entschlüssen und Strategiepapieren für ausgewählte europäische Länder.

Die demographischen und gesundheitsökonomischen Kennzahlen sind den OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. und den OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. entnommen. Neben gesundheitsökonomischen Indikatoren insbesondere zur Höhe und zur Aufteilung des Gesundheitsbudgets werden auch volkswirtschaftlich relevante sozioökonomische Kennzahlen dargestellt. Dazu gehören bspw. der Anteil der Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren oder die Arbeitslosenquote. Diese Kennzahlen sollen in groben Zügen die wirtschaftlichen und sozialstrukturellen Rahmenbedingungen beschreiben, unter denen sich das jeweilige Finanzierungssystem behaupten muss.

Der volkswirtschaftliche Datensatz wird abschließend um eine subjektive Dimension erweitert: Befragungsergebnisse zur Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem jeweiligen Gesundheitssystem sollen in einer komparativen Perspektive reflektieren, wie hoch die Systemakzeptanz unter den jeweils gegebenen Strukturbedingungen ist.

Neben wissenschaftlicher Literatur, die gerade auf dem Gebiet international vergleichender Analysen einen Abstand von zum Teil mehr als zwei bis drei Jahren gegenüber gegenwärtigen Entwicklungen aufweist, wurde zur besseren Aktualität auch auf Artikel der Fach-, Amts- und Verbandspresse zurückgegriffen.

2.1.1 Belgien

Finanzierungsmodus

Das belgische Gesundheitssystem wird im Sinne eines obligatorischen Sozialversicherungssystems durch auf das Arbeitseinkommen erhobene Beiträge finanziert.

Kreis der Versicherten

Das obligatorische Sozialversicherungssystem schließt Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen, wie Rentenbezieher, Arbeitslose, Behinderte und Studenten, ein. Selbstständige sind bedingt eingebunden. Es gibt keine Versicherungspflichtgrenze.

Ausgestaltung des belgischen Gesundheitssystems

In Belgien gilt das Prinzip des Globalbeitrags: Für alle Sozialversicherungsbereiche wird ein gemeinsamer Beitrag erhoben. Aus diesem Budget werden Sach- und Geldleistungen im Krankheitsfall sowie die Altersversorgung und Transferleistungen bei Arbeitslosigkeit geleistet. Im Rahmen dieses Globalbeitrages liegt der Arbeitnehmerbeitrag bei 13,07 Prozent und der Arbeitgeberbeitrag bei 24,87 Prozent des Bruttolohnes. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze.

Rentner zahlen für die Gesundheitsversorgung 3,55 Prozent ihrer Rente, sofern diese dadurch nicht unter 1.295,28 Euro im Monat sinkt. Staatsangestellte zahlen ebenfalls Beiträge in Höhe von 3,55 Prozent ihres Bruttolohnes. Der Staat führt für sie allerdings weitere 3,8 Prozent ab.

Zusätzlich existieren in Belgien noch Sonderregelungen, die in erster Linie dazu dienen, die Beitragslast von Unternehmen mit geringer Beschäftigtenzahl zu reduzieren. So gibt es zum einen einen Lohnkostendämpfungsbeitrag für Arbeitgeber, der 7,48 Prozentpunkte beträgt, zum anderen wird zu Lasten von Unternehmen mit mindestens zehn Beschäftigten ein zusätzlicher Arbeitgeberbeitrag von 1,96 Prozentpunkten erhoben.

Zur Entlastung der Sozialversicherungsbeiträge fließen mittlerweile fünf bis zehn Prozent der Kfz-Versicherungsprämien, zehn Prozent der privaten Krankenversicherungsprämien sowie Abgaben bezüglich des auf dem belgischen Markt erzielten Umsatzes der Pharmaindustrie in die Finanzierung der Gesundheitskosten ein.

Die Selbstbeteiligung der Versicherten bei ambulanter ärztlicher Behandlung liegt bei bis zu maximal 25 Prozent der Kosten. Obergrenzen für die Selbstbeteiligung sind nach dem Einkommen gestaffelt und liegen zwischen 450 und 2.500 Euro jährlich. Zuzahlungen bei Arzneimitteln sind nach der Schwere der Krankheit gestaffelt. Bei schweren Krankheiten fallen sie gänzlich weg. In den anderen Fällen liegen sie zwischen 25 und 80 Prozent des Preises bei jeweils variierenden Obergrenzen.

Für Selbstständige besteht nur eine Versicherungspflicht für große Risiken wie bspw. Krankenhausaufenthalte. Sie können Zusatzversicherungen für die Absicherung kleiner Risiken bei Versicherungsanstalten auf Gegenseitigkeit abschließen.⁸

Jeder Belgier kann freiwillig Zusatzversicherungen bei privaten, auf Gewinnerzielung ausgerichteten Versicherungen abschließen. Diese decken vornehmlich Kosten ab, die nicht im Leistungspaket der gesetzlichen Krankenversicherungen enthalten sind. Für die in Belgien übliche Selbstbeteiligung bei der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Dienstleistungen kommen die Zusatzversicherungen jedoch nicht auf.

Am 1. Oktober 2001 wurde obligatorisch für alle Personen mit Wohnsitz in Flandern sowie freiwillig für die Bürger von Brüssel die flämische Pflegeversicherung eingeführt. Sie deckt Kosten im Pflegefall ab.

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Die entstehenden finanziellen Defizite innerhalb der Sozialversicherung werden vom Staat in Form eines pro Jahr festgelegten staatlichen Pauschalbetrages übernommen.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist in Belgien über Sozialbeiträge an der Finanzierung von Sach- und Geldleistungen im Krankheitsfall beteiligt. Abgeführt wird – als Globalbeitrag – ein gemeinsamer Beitrag für alle Sozialversicherungsbereiche. Der Anteil der Arbeitgeber an der Finanzierung dieses Sozialbudgets übersteigt deutlich den Anteil der Arbeitnehmer.

⁸ Soweit nicht anders vermerkt, sind die hier genannten Fakten aus einem von der Europäischen Kommission im Jahr 2003 auf der Internetseite: http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc_info_en.htm veröffentlichten Bericht über die Ausgestaltung des Gesundheitssystems in Belgien entnommen.

Aktuelle Problemstellungen und Reformtrends

Im letzten Jahrzehnt bemühte sich der belgische Staat, den Versicherungsschutz auszudehnen. Inzwischen haben nahezu alle Personen, die in Belgien gemeldet sind und nicht schon aufgrund ihres Sozialstatus (Arbeitnehmer und gleichberechtigte Gruppen) sozialversichert sind, Anspruch auf eine Krankenversicherung. Sie zahlen hierfür Beiträge, die nicht für den ganzen Globalbeitrag vorgesehen sind, sondern nur für die Absicherung im Krankheitsfall. Personen mit niedrigem Einkommen sind beitragsfrei versichert.

Belgien kämpft darüber hinaus mit nicht unerheblichen Defiziten in der Gesundheitsfinanzierung. Für das Jahr 2004 wird angenommen, dass das Defizit im Gesundheitsbereich bei 238 Millionen Euro liegen wird.⁹ Aufgrund des wachsenden Defizits in der Gesundheitsfinanzierung schlug der Minister für soziale Angelegenheiten und Volksgesundheit umfangreiche Sparmaßnahmen vor. Die Steuerungsinstrumente setzen dabei insbesondere auf der Ausgaben- und Leistungsseite an: Belgiens Ärzte sollen künftig auf den jährlichen Teuerungsausgleich verzichten und für bestimmte Operationen sollen Pauschalpreise eingeführt werden. Abteilungen in Krankenhäusern sollen zusammengelegt und Betten abgebaut werden. Die Ausgaben für Medikamente sollen drastisch reduziert werden und Generika häufiger in Einsatz kommen.¹⁰ Zudem soll die Rolle des Hausarztes aufgewertet werden. Dazu sollen unter anderem Informationen über Krankheitsverläufe auf Dauer zentralisiert werden. Personen über 50 Jahre können, wenn sie möchten, die Verwaltung ihrer Krankenakte einem Allgemeinmediziner ihrer Wahl anvertrauen und so von einer Ermäßigung in der Selbstbeteiligung profitieren.

9 Ärzte Zeitung 2.12.2004.

10 Ärzte Zeitung 2.12.2004.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs- jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002 ¹	10.333.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002 ¹	285.726 / 27.651,8
Anteil der Bevölkerung über 65	2002 ¹	17,0%
Arbeitslosenquote	2002 ¹	7,3%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002 ¹	9,1%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002 ¹	2.515
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	72,1% / k.A. / k.A.
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	27,9% / k.A. / k.A.
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	1997 ²	35,4% / 34,8% / 16,5%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	k.A.
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	61,2% / 15,8% / 77,0%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.1.2 Dänemark

Finanzierungsmodus

Dänemark verfügt über ein öffentliches Gesundheitssystem: Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft sind steuerfinanziert. Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft werden beitragsfinanziert. Arbeitnehmer und Selbstständige zahlen hierfür in den so genannten Arbeitsmarktfonds ein.

Kreis der Versicherten

Im Sinne eines Universalsystems ist die gesamte Bevölkerung nach dem Wohnsitzprinzip anspruchsberechtigt. Alle Einwohner sind individuell abgesichert. Ausnahmen für bestimmte Bevölkerungsgruppen gibt es nicht.

Ausgestaltung des dänischen Gesundheitssystems

Die Sachleistungen werden im dänischen Gesundheitssystem vom nationalen Gesundheitsdienst erbracht. Bisher sind die einzelnen Regionen – die Landkreise – für die Bereitstellung von Dienstleistungen im Gesundheitswesen verantwortlich. Allerdings steht die dezentrale Organisation des dänischen Staatswesens – im Allgemeinen wie im Gesundheitswesen im Besonderen – zusehends in der politischen Debatte. Diese Debatte soll klären, ob die bisherige Struktur des Staatswesens weiterhin Unterstützung findet.¹¹

Die ärztlichen Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden ohne Zahlung zur Verfügung gestellt. Kosten, die den Leistungsrahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes übersteigen, und privatärztliche Behandlung müssen gänzlich vom Inanspruchnehmer getragen werden. Kosten für festgelegte, „gelistete“ Medikamente müssen bis zu einer Grenze von jährlich 520 DKK – etwa 70 Euro – ganz übernommen werden. Darüber hinausgehende Beträge müssen nur anteilig getragen werden. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann in besonderen Fällen höhere Zuschüsse gewähren oder die Kosten vollständig übernehmen. Die öffentliche Versorgung umfasst jedoch keine Zahnbehandlungen. Für diese ist gegebenenfalls eine private Zusatzversicherung abzuschließen.

¹¹ Busse und Schlette 2003, Seite 23.

Zur Finanzierung von Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft zahlen Arbeitnehmer acht Prozent ihres Nettolohnes und Selbständige acht Prozent ihres Gewinns in den Arbeitsmarktfonds ein. Es besteht keine Beitragsbemessungsgrenze.

Staatliche Finanzierungsbeteiligung

Die Finanzierung der Sachleistungen erfolgt auf kommunaler Ebene. Staatsausgaben für Geldleistungen werden durch den Arbeitsmarktfonds gedeckt. Pflegeleistungen werden teilweise von Gemeinden und Regionen finanziert.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist weder an der Finanzierung von Geld- noch von Sachleistungen im Krankheitsfall beteiligt.

Aktuelle Problemstellungen und neueste Entwicklungen

Dänemark ist – wie die überwiegende Zahl der Länder mit nationalem Gesundheitsdienst – mit dem Problem langer Wartelisten konfrontiert.¹²

Steigerung von Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen bestimmen damit auch in Dänemark die gesundheitspolitische und versorgungsstrukturelle Diskussion. Im Spätherbst 2001 wurde ein Beratungskomitee für den Gesundheitssektor ins Leben gerufen. Auf Grundlage eines im Februar 2002 von diesem Komitee veröffentlichten Berichtes wurden 2003 Veränderungen insbesondere im stationären Bereich implementiert, die im Wesentlichen den Ausbau wettbewerblicher Anreizstrukturen zum Ziel haben. Dazu gehören unter anderem eine größere Unabhängigkeit der Krankenhäuser, die Nutzung fallbezogener Kostenerstattung in Krankenhäusern sowie die vermehrte Einbeziehung privater Anbieter. Die Gemeinden sind nun verpflichtet, auch private Anbieter zuzulassen. Sie geben Preis- und Qualitätsniveaus vor und gehen mit den privaten Anbietern eine Vertragsbeziehung ein.

Im Januar 2003 wurden finanzielle Mittel für den Gesundheitssektor in Höhe von rund 200 Millionen Euro zur Reduzierung von Wartelisten zur Verfügung gestellt. Durch diese Maßnahme konnten die Wartezeiten bei freiwilligen Operationen verkürzt werden.

¹² Busse und Schlette 2003, Seite 23.

Im März 2004 wurde ein Strategiepapier veröffentlicht, das mehr Wettbewerb unter den Krankenhäusern fördern möchte. Es werden finanzielle Anreize und eine größere Autonomie für Krankenhäuser, die bessere Leistungen als andere erzielen, gefordert. Dies soll zu höherem Verantwortungsbewusstsein und Reduzierung von Wartelisten führen.¹³

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	5.376.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	157.126 / 29.227,3
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	14,8%
Arbeitslosenquote	2002	4,6%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	8,8%
Pro Kopf – Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	2.580
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	82,5% / 0% / 82,5%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	17,5% / 1,6% / 15,9%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	54,3% / 24,8% / 8,7%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	2,8%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	45,1% / 30,7% / 75,8%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

13 Health Policy Monitor, Bertelsmann Stiftung, Stand November 2004.

2.1.3 Deutschland

Finanzierungsmodus

Das deutsche Gesundheitssystem wird im Sinne eines obligatorischen Sozialversicherungssystems durch auf das Arbeitseinkommen erhobene Beiträge finanziert.

Kreis der Versicherten

Versicherungspflicht besteht für Arbeitnehmer bis zu einer festgelegten Einkommensgrenze und gleichgestellte Gruppen, zu denen u.a. Rentenbezieher, Behinderte und Studenten zählen. Eingeschlossen sind zudem der nicht berufstätige Ehepartner des versicherten Arbeitnehmers sowie deren Kinder bis zum 18. Lebensjahr¹⁴. Arbeitslose sind über Beiträge der Arbeitslosenversicherung, Empfänger von Sozialhilfe über Sonderregelungen in die gesetzliche Krankenversicherung integriert. Für Arbeitnehmer über der Versicherungspflichtgrenze, Selbstständige, Beamte, Richter und Berufssoldaten besteht keine Versicherungspflicht. Sie können einer privaten Versicherung oder als freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Versicherung beitreten. Etwa 12 Prozent der deutschen Bevölkerung sind privat versichert.

Ausgestaltung des deutschen Gesundheitssystems

Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt im weit überwiegenden Maße durch Sozialbeiträge, die sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer nahezu paritätisch teilen. Mit Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses unterliegt der Arbeitnehmer bis zu einem Jahreseinkommen von – im Jahr 2005 – 46.800 Euro der Versicherungspflicht bei einer öffentlichen, gesetzlichen Krankenkasse. Während noch bis in die Mitte der 1990er Jahre die Wahl der Krankenkasse an den Beschäftigungsstatus – Arbeiter oder Angestellter – gebunden war, besteht seither Wahlfreiheit. Die Krankenkassen können nunmehr über die Höhe des Beitragssatzes und in geringem Umfang auch über das Leistungsangebot untereinander in Wettbewerb treten. Dieser Wettbewerb hat über die Bündelung von wirtschaftlichen Potenzialen durch Zusammenschlüsse zu einer sehr deutlichen Reduktion der Zahl gesetzlicher Krankenkassen geführt. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen hat zudem das Kostenmanagement befördert, infolgedessen insbesondere der Anstieg der Verwaltungskosten, aber auch der Leistungsausgaben abgeflacht werden konnte. Der Wettbewerb

¹⁴ Bei Vorliegen von Sondertatbeständen, wie bspw. Schul- oder Berufsausbildung, verlängert sich die Mitversicherung bis zum maximal 27. Lebensjahr.

wird durch Ausgleichszahlungen zwischen den Krankenkassen geregelt, die in einem vorgegebenen Rahmen zum einen Unterschiede in der Versichertenstruktur ausgleichen, zum anderen Anreize für eine gezielte Auswahl von Versicherten mit einem vermeintlich günstigen Einnahmen- und Ausgabenprofil reduzieren sollen. Der durchschnittliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen liegt – im ersten Halbjahr 2005 – bei rund 14,2 Prozent. Die Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen haben sich in den letzten Jahren erheblich angenähert.

Mit der Einführung der so genannten Praxisgebühr wurden ab 2004 in Deutschland erstmals Zuzahlungen für unmittelbare ärztliche Leistungen gefordert. Die Praxisgebühr wird beim ersten Arztbesuch je Quartal fällig und beträgt – soweit keine Befreiungstatbestände vorliegen – 10 Euro. Zuzahlungen sind ansonsten bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, Hilfsmitteln und beim Zahnersatz zu leisten. Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten und Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 Prozent des Preises, mindestens jedoch fünf und höchstens zehn Euro. Für Krankenhausbehandlung sind 10 Euro je Aufenthaltstag für maximal 28 Tage im Jahr zu zahlen. Die Zuzahlungen müssen bis zu einer Belastungsobergrenze von zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens vom Versicherten getragen werden. Bei chronisch kranken Personen liegt diese Obergrenze bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens.

Im deutschen Gesundheitswesen fällt eine vergleichsweise starre Trennung des ambulanten und des stationären Bereichs auf, die als eine der wesentlichen Ursachen für Ineffizienzen und mangelnde Zufriedenheit gilt. Der ambulante Sektor ist dabei geteilt in einen allgemeinmedizinischen und einen fachärztlichen Bereich. Die Mediziner sind hier freiberuflich tätig. Im Krankenhausbereich finden sich öffentliche, freigemeinnützige und private Anbieter. Der Krankenhausbereich in Deutschland sieht sich gerade im internationalen Vergleich mit einer überdurchschnittlich hohen Kapazitätsdichte und Behandlungsdauer konfrontiert. Seit den 1990er Jahren stand im Rahmen der Krankenhausplanung der Bundesländer eine Rückführung der Krankenhausbetten im Vordergrund. Aktuell wird mit der Umstellung der Vergütungssystematik auf eine weitgehend geschlossene Fallpauschalenstruktur ein Anreizsystem implementiert, das mit starken betriebswirtschaftlichen Impulsen über die Reduzierung der durchschnittlichen Behandlungsdauer zu einer Erhöhung der Effizienz führen soll. Begleitet werden diese Veränderungen von Ansätzen, im Sinne einer integrierten Versorgung die Abstimmung und die Kooperation zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu verbessern.

Im Hinblick auf die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen ist in Deutschland ein System der Selbstverwaltung vorzufinden, d.h. der Staat gibt Rahmenvorgaben für das Leistungsangebot und die Finanzierungsstrukturen vor, die konkrete Ausgestaltung unterliegt allerdings der Verantwortung der Krankenkassen und der Organe der Ärzte und stationären Leistungsanbieter.

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Eine staatliche Finanzierungsbeteiligung ist in Deutschland nur gering ausgeprägt. Seit den 1970er Jahren werden die Investitionsleistungen im Krankenhausbereich von den Bundesländern getragen. Seit 2001 gibt es im Zusammenhang mit der Finanzierung so genannter versicherungsfremder Leistungen zielgerichtete Steuertransfers in das Gesundheitssystem.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist über auf den Arbeitslohn bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze bezogene Beiträge an der Finanzierung von Sach- und Geldleistungen im Krankheitsfall beteiligt. Diese Beteiligung war in der Vergangenheit paritätisch, d.h. sie bestand aus gleichen Anteilen für Arbeitgeber wie Arbeitnehmer. Ab dem 1. Juli 2005 werden Leistungen zum Zahnersatz und für einen so genannten Sonderbeitrag nur noch von den Arbeitnehmern getragen, so dass erstmals die paritätische Finanzierung im Gesundheitsbereich – wenn auch in einem vergleichsweise kleinen Schritt – aufgegeben wurde. Die Differenz zwischen dem Beitragsanteil der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer beträgt dann 0,9 Prozentpunkte.

Aktuelle Problemstellungen und Reformvorgänge

Zentrales Motiv für Interventionen in die Finanzierungs- und Leistungsstruktur ist die Sicherstellung stabiler, nicht weiter steigender Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung. Ebenso werden Effizienz- und Qualitätsdefizite problematisiert, denen insbesondere durch zielgerichtete Steuerung und Koordination der Versorgungsstrukturen und der Behandlungsabläufe sowie durch neue monetäre Anreizsysteme sowohl für die Leistungsanbieter als auch für die Versicherten entgegenwirken soll.

In den zurückliegenden eineinhalb Jahrzehnten wurde eine Vielzahl zum Teil tiefgreifender Änderungen im deutschen Gesundheitswesen vorgenommen. Das

Grundmodell eines überwiegend beitragsfinanzierten, öffentlichen Gesundheitswesens hat aber nach wie vor Bestand.

Die Änderungen dienten im Kern zwei zentralen Zielen:

- Der Stabilität des Beitragssatzes, dabei insbesondere einer Entlastung der direkten Arbeitgeberbeteiligung an der Finanzierung sowie
- dem Heben von Wirtschaftlichkeitsreserven bei gleichzeitigem Beheben von Qualitätsdefiziten.

Umgesetzt wurde dies mit unterschiedlichen Instrumenten, mit denen neben unmittelbarer Kostendämpfung auch monetäre und nicht-monetäre Anreize zur Regulierung des Nachfrage- und Anbieterverhaltens gesetzt werden konnten. Die eingesetzten Regulationskonzepte lassen sich wie folgt charakterisieren:

- Direkte Ausgabensteuerung:
Hier sind insbesondere die Deckelung der Ausgaben für den ambulanten und stationären Bereich, die zu Beginn der 1990er Jahre eingeführt worden sind, zu nennen. Die Gesamtvergütungen für die jeweiligen Leistungssektoren wurden budgetiert, jährliche Anpassungen dürfen nur im Rahmen der Veränderung der Grundlohnsumme vorgenommen werden. Ebenso können Festbetragsregelungen, die sich u.a. im Arzneimittel- und Heilmittelbereich finden, sowie Festzuschüsse beim Zahnersatz zur direkten Ausgabensteuerung gezählt werden.
- Veränderungen in der Finanzierungsbeteiligung:
Eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen können zusammengefasst werden, die in der Tendenz zu einer höheren Beteiligung der Versicherten bzw. der Patienten bei gleichzeitiger Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung von Ausgaben im Allgemeinen wie der direkten Finanzierungsbeteiligung der Arbeitgeber im Besonderen führten. Dazu zählen:
 - Aufgabe der paritätischen Finanzierung durch Übertragung der Leistungen bei Zahnersatz und eines so genannten Sonderbeitrages allein auf die Versicherten.
 - Ausgliederung bzw. Wegfall von Leistungen wie der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel oder der Sehhilfen.
 - Einführung bzw. Erhöhung von Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen u.a. bei Medikamenten sowie bei Erstkontakten von Ärzten im Quartal (Praxisgebühr).

Aufzuführen sind aber auch erste Ansätze einer Steuerfinanzierung: So werden Mittel aus der Erhöhung der Tabaksteuer der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt und damit der beitragsfinanzierte Anteil entlastet.

- **Steuerung des Nachfrageverhaltens:**
Mit der Praxisgebühr soll unter anderem so genanntes Doctor Hopping vermieden und eine Bindung an einen Hausarzt erreicht werden. Krankenkassen können zudem mittlerweile Hausarztmodelle für ihre Versicherten anbieten. Daneben wurden auch neue Tarifierungsformen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen wie Bonusmodelle oder die Beitragsrück-erstattung.
- **Strukturierung von Versorgungsabläufen und Behandlungswegen:**
Durch bessere Abstimmung und Kooperation soll die Qualität der Versorgung verbessert und wirtschaftlich rationaler – unter Vermeidung von Doppelunter-suchungen und nicht wirksamen Behandlungsformen – gearbeitet werden. Dies soll über so genannte Disease Management Programme bzw. eine integrierte Versorgung erreicht werden.
- **Einführung wettbewerblich orientierter Anreizsysteme:**
Die Freigabe der Krankenkassenwahl für gesetzlich Versicherte kann dazu ebenso gezählt werden wie die Umstellung des Vergütungssystems im stationären Bereich.

Zwar konnte gerade in den letzten Jahren auf einem vergleichsweise hohen Niveau der Zuwachs der Ausgaben eingedämmt werden, durch die im europäischen Kon-text unterdurchschnittliche wirtschaftliche Dynamik werden die Bemühungen um die Stabilität des Beitragssatzes aber von einer mangelnden Stärke der Einnahmeseite untergraben.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs- jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	82.489.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	2.131.717 / 25.842,4
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	17,3%
Arbeitslosenquote	2002	8,6%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	10,9%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	2.817
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	75,0% / 68,7% / 6,3%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	25,0% / 12,6% / 10,5%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	2,0%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	36,6% / 20,7% / 13,6%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	42,5% / 7,4% / 49,9%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.1.4 Finnland

Finanzierungsmodus

In Finnland ist ein öffentliches Gesundheitssystem eingerichtet: Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft sind im finnischen Gesundheitssystem steuerfinanziert. Die Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft werden über Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge finanziert.

Kreis der Versicherten

Im Sinne eines Universalsystems ist die gesamte Bevölkerung nach dem Wohnsitzprinzip anspruchsberechtigt. Alle Einwohner sind individuell abgesichert. Ausnahmen für bestimmte Bevölkerungsgruppen gibt es nicht.

Ausgestaltung des finnischen Gesundheitssystems

Der nationale Gesundheitsdienst in Finnland wird über Steuergelder – teils Gemeindesteuern, teils (gesamt-)staatliche Steuermittel – finanziert. Allerdings gibt es zudem eine einheitliche Krankenversicherung, die für alle Einwohner verpflichtend ist. Bei dieser Krankenversicherung handelt es sich um eine Art Kostenerstattungssystem, in das alle in Finnland zugelassenen Ärzte einbezogen sind. Die Versicherung übernimmt beispielsweise die Kosten für vom Arzt verordnete Medikamente und Krankentransporte und dient ebenso dazu, Einkommensausfälle bei Krankheit und Entschädigungen für Elternschaftsurlaub auszugleichen.¹⁵

Die medizinischen Leistungen werden überwiegend durch kommunale Einrichtungen angeboten. Rund 450 Gemeinden sind für die Organisation des Gesundheitsdienstes zuständig. Die ambulanten Leistungen erfolgen in Gesundheitszentren, die von größeren Gemeinden allein oder von Verbänden benachbarter Gemeinden zusammen finanziert werden. Das Leistungsangebot der verschiedenen Gesundheitszentren fällt unterschiedlich aus. Dies ist nicht zuletzt den soziogeografischen Gegebenheiten dieses über weite Teile sehr dünn besiedelten Landes geschuldet. So können in den Gesundheitszentren größerer Städte mehrere 100 Ärzte beschäftigt sein, in entlegenen Gebieten hingegen kann oftmals nur eine Basis- und Notfallmedizin angeboten werden.

15 BÄK intern 2004, Seite 15.

Im Rahmen von Zuzahlungen sind für einen Arztbesuch je nach Gemeinde bis zu 11 Euro für die ersten drei Konsultationen im Kalenderjahr oder eine Jahresgebühr von 22 Euro zu entrichten. Bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern sind 22 Euro zu zahlen. Für einen Tag Krankenhausaufenthalt fallen 26 Euro Selbstbeteiligung an. Die Obergrenze der Selbstbeteiligung liegt bei 590 Euro im Jahr. Danach werden bei einem Krankenhausaufenthalt 12 Euro pro Tag erhoben.

Die Finanzierung von Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft erfolgt durch auf den Bruttolohn erhobene Sozialabgaben. Der Arbeitnehmerbeitrag liegt bei 1,5 Prozent. Der Arbeitgeberbeitrag beträgt bei Staatsangestellten 2,864 Prozent und bei Gemeinden, Kirchen und in der Privatwirtschaft 1,614 Prozent. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze.

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Die Finanzierung der Sachleistungen erfolgt in erster Linie durch die kommunalen Behörden. Es gibt einen Zuschuss des (Gesamt-)Staates zu den sozialen Diensten und Gesundheitsdiensten der Gemeinden in Abhängigkeit zu ihrer jeweiligen Einwohnerzahl, Altersstruktur, Arbeitslosenquote und Mortalitätsrate, so dass der Staat rund ein Drittel der Ausgaben trägt. Zu Geldleistungen gibt es ebenfalls einen Staatszuschuss. 2004 übernahm hier der Staat rund ein Viertel der Ausgaben.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist an der Finanzierung von Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft beteiligt.

Aktuelle Problemstellungen und neueste Entwicklungen¹⁶

Unter anderem durch eine Reduzierung der Krankenhauskapazitäten um 16 Prozent konnte Finnland den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt zwischen 1990 und 2000 senken. Da aber nicht gleichzeitig der ambulante Sektor ausgebaut wurde, hatte dies zur Folge, dass die Gesundheitszentren mit der ärztlichen Versorgung nicht nachkamen und sich teilweise erhebliche Wartelisten bildeten.

Seit Januar 2003 wird die zahnärztliche Versorgung der gesamten Bevölkerung öffentlich finanziert.

¹⁶ Health Policy Monitor, Bertelsmann Stiftung, Stand November 2004.

Im Februar 2003 wurde in Kainuu ein Pilotprojekt bezüglich neuer Formen des Managements der Gesundheitsdienste auf Länderebene gestartet. Es ist die Einrichtung von neuen regionalen Verwaltungen geplant, die medizinische Grundversorgung und spezielle medizinische Behandlungen sowie weitere soziale Dienstleistungen wie berufliche Weiterbildung und ähnliches anbieten. Der Staat wird für Bereiche der Gesundheitsvorsorge, Wirtschaftspolitik sowie die Finanzierung der lokalen Entwicklung verantwortlich sein. Von diesem Pilotprojekt wird eine Steigerung der Produktivität von Wohlfahrtsdienstleistungen und eine nachhaltige Entwicklungsmöglichkeit für dünn besiedelte und benachteiligte Gebiete erwartet.

Im März 2003 wurde ein Strategiepapier veröffentlicht, durch das der Zugang zur Gesundheitsversorgung besser gesichert werden soll. Die Diskrepanz zwischen Nachfrage an Gesundheitsdiensten und tatsächlich vorhandenen Ressourcen soll geschlossen werden, um Wartelisten einzudämmen.

Im März 2004 wurden so genannte Wertgutscheine in die soziale und gesundheitliche Versorgung eingeführt, um den Leistungsbeziehern mehr Wahlfreiheit zu ermöglichen. Darüber sollen die Vielfalt und damit der Wettbewerb unter den Leistungserbringern erhöht werden. Durch das neu eingeführte System soll es auch kleinen Firmen ermöglicht werden, in den Markt der häuslichen Krankenpflege einzusteigen.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs- jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	5.201.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	138.419 / 26.613,9
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	15,2%
Arbeitslosenquote	2002	9,1%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	7,3%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	1.943
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	75,1% / 15,4% / 59,7%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	24,9% / 2,6% / 20,4%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	39,9% / 30,3% / 15,5%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	2,9%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	56,3% / 18,0% / 74,3%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.1.5 Frankreich

Finanzierungsmodus

Das französische Gesundheitswesen wird im Sinne eines obligatorischen Sozialversicherungssystems durch auf das Arbeitseinkommen erhobene Beiträge sowie (einkommen-)steuerähnliche Abgaben finanziert.

Kreis der Versicherten

In die obligatorische Sozialversicherung sind Personen mit Erwerbstätigkeit in Frankreich oder mit einem dauerhaften regelmäßigen Wohnsitz in Frankreich eingebunden. Anspruch auf Mitversicherung haben unter bestimmten Bedingungen zudem Ehepartner, Kinder und Verwandte sowie sonstige Personen, die seit 12 Monaten ununterbrochen mit dem Versicherten zusammengelebt haben und von ihm unterhalten werden. Dies gilt auch für eheähnliche Gemeinschaften. Es gibt keine Versicherungspflichtgrenze.

Seit dem Jahr 2000 gibt es zusätzlich eine beitragsfreie Versicherungsform für Personen mit niedrigem Einkommen.

Ausgestaltung des französischen Gesundheitssystems

Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt zum einen über Arbeitgeberbeiträge in Höhe von 12,8 Prozent und Arbeitnehmerbeiträge in Höhe von 0,75 Prozent des Bruttoeinkommens. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze. Bei Zusatz- und Ergänzungsrenten werden Beiträge von einem Prozent und bei Vorruhestandsrenten von 1,7 Prozent erhoben.

Neben den vergleichsweise geringen Arbeitnehmerbeitrag tritt zum anderen ein so genannter allgemeiner Sozialbeitrag [„contribution sociale généralisée“ (CSG)]. Dabei handelt es sich um eine (einkommen-)steuerähnliche Abgabe in Höhe von 5,25 Prozent aller Einkünfte und 3,95 Prozent der Lohnersatzleistungen, die alle Einwohner zu tragen haben.

Seit dem Jahr 2000 haben einkommensschwache Einwohner Anspruch auf einen allgemeinen Gesundheitsschutz (CMU: „Couverture maladie universelle“): Personen mit niedrigem Einkommen (bei Alleinlebenden 530 Euro pro Monat und bei einem 2-Personen-Haushalt 800 Euro pro Monat) müssen keine Sozialversicherungsbeiträge

zahlen. Sie sind über die CMU abgesichert.¹⁷ Die CMU deckt dabei die Krankheitsversorgung von rund 4 Millionen Franzosen ab, die sich bei einem so genannten „Referenzarzt“ einzuschreiben haben und Anrecht auf Kostenübernahme nach dem Sachleistungsprinzip haben.

In Frankreich sind über die Sozialbeiträge hinaus nicht unerhebliche Zuzahlungen zu leisten. Die rechtlich vorgesehenen Selbstbeteiligungssätze liegen bei 30 Prozent der Arzthonorare, 25 Prozent bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern und 20 Prozent bei stationärer Krankenhausbehandlung. Bei Medikamenten reichen die Zuzahlungssätze von 35 bis zu 100 Prozent je nach Schwere der Krankheit. Bei chronischen Krankheiten fallen keine Zuzahlungen an. Die Zuzahlungsregelungen werden allerdings aufgefangen von einem umfassenden System von Zahlungsbefreiungen und Zusatzversicherungen. Gerade das System der Zusatzversicherungen hat deutlich an Bedeutung gewonnen. Mehr als 90 Prozent der Bevölkerung besitzen mittlerweile einen solchen zusätzlichen Versicherungsschutz, der überwiegend die Zuzahlungen übernimmt, damit aber auch deren Steuerungswirkungen in großen Teilen aufhebt.

Zur weiteren Deckung der entstandenen Defizite in der Finanzierung der Sozialversicherungen wurde 1998 die Steuer zur Tilgung der Sozialschuld („Remboursement de la dette sociale“ (RDS)) eingeführt. Diese soll 13 Jahre gelten und sie beträgt 0,5 Prozent auf alle Einkünfte, die der CSG unterliegen. Im Gegenzug wurde der Arbeitnehmerbeitrag auf 0,75 Prozent gesenkt.¹⁸ Es werden zudem Steuern erhoben, die unmittelbar in die Finanzierung des Gesundheitssystems einfließen. Dazu gehören die Alkohol- und die Tabaksteuer sowie Steuern auf Mischgetränke und auf Werbung der Pharmaindustrie.

Die französischen Krankenkassen sind stark zentralisiert. Sie sind nach verschiedenen Berufsgruppen gegliedert. Im Grunde gibt es vier bedeutende Kassenarten: Die Kasse für lohnabhängige Arbeiter (CNAMTS), die rund zwei Drittel der Versicherten umfasst, die Kasse für Landarbeiter (MSA), die Kasse für selbständige Arbeiter (CANAM) und verschiedene Kassen für Beamte und Arbeitnehmer des öffentlichen Sektors.¹⁹ Der Staat übt in Frankreich einen nicht geringen Einfluss auf die Geschäfte der Krankenkassen aus, indem er beispielsweise Beitragssätze festlegt und die Verwaltungsdirektoren für die Dachorganisationen der Krankenkassen benennt.²⁰

17 Hassenteufel 2004, Seite 56.

18 Kaufmann 1998, Seite 327f.

19 Hassenteufel 2003, Seite 49.

20 Bode 2003, Seite 24.

Entscheidungen der Kassen können durch den Staat aufgehoben werden und ihre Haushaltspläne unterliegen der Kontrolle des Staates.

Aufgrund des ausgeprägten Entscheidungsrechts des Staates wird das französische System auch von einzelnen Autoren als eine Mischung zwischen dem Bismarck- und dem Beveridge-Modell bezeichnet: Einerseits spielen die Krankenversicherungen eine wichtige Rolle, andererseits erfolgt eine starke staatliche Intervention.²¹

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Die staatliche Finanzierungsbeteiligung ist vergleichsweise gering und bezieht sich auf sachgebundene Steuern, die in die Finanzierung des Gesundheitssystems einfließen.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist über auf den Arbeitslohn bezogene Beiträge an der Finanzierung von Sach- und Geldleistungen im Krankheitsfall beteiligt. Eine Beitragsbemessungsgrenze besteht nicht. Der Anteil der Arbeitgeber an der Finanzierung liegt deutlich über dem Anteil der Arbeitnehmer.

Reformvorgänge

Als Reaktion auf steigende Gesundheitskosten wurde in Frankreich die Rolle des Staates gestärkt. Die so genannte Juppé-Reform 1996 gilt als Einschnitt in der Geschichte der französischen Sozialversicherung und war ein bedeutender Schritt in Richtung Ausbau staatlicher Steuerungsmöglichkeiten. Per Erlass und ohne parlamentarische Debatte wurde seinerzeit die Gesundheitsreform beschlossen.²² Seit 1996 wird jedes Jahr ein Gesetz für die Finanzierung der Sozialversicherung („Loi de financement de la sécurité sociale“) verabschiedet. Hier wird die Kostengrenze für die Krankenversicherung im nächsten Jahr festgelegt. Das Parlament ist verpflichtet, jedes Jahr über die Entwicklungen der Ausgaben im Gesundheitsbereich neu zu entscheiden.²³ Zusätzlich wurde eine neue Institution geschaffen, durch die der Staat Kompetenzen der Krankenkassen übernommen hat, so genannte Regionale Ämter für Krankenhäuser. Sie entscheiden über infrastrukturelle Einrichtungen und beschließen den Haushalt des Krankenhauswesens.²⁴ Budgets, Leistungs- und

21 Sandier, Paris et al. 2004, Seite 115.

22 Hassenteufel 2003, Seite 52.

23 Sandier, Paris et al. 2004, Seite 134.

24 Kaufmann 1998, Seite 331.

Bettenangebotsumfang unterliegen somit im stationären Bereich einer direkten ministeriellen Kontrolle.

Über die Reform der Entscheidungsstrukturen hinaus wurden in Frankreich mit der Einführung des allgemeinen Versicherungsschutzes (CMU) im Jahr 2000 aber auch Versorgungslücken geschlossen und eine Art Grundsicherung im Hinblick auf das Krankheitsrisiko eingeführt.

Aktuelle Problemstellungen

Das französische Gesundheitssystem sieht sich mit steigenden Ausgaben und sinkenden Einnahmen konfrontiert. Diese Entwicklung fiel in den letzten Jahren besonders drastisch aus. Im Jahr 2003 betrug das Defizit des Krankenversicherungssystems 6,1 Milliarden Euro und wird für das Jahr 2004 auf 11,9 Milliarden Euro geschätzt.²⁵ Zusätzlich wurden zeitweise aus arbeitsmarktpolitischen Gründen Sozialabgabereicherungen für Arbeitgeber eingeführt. Allein im Jahr 2003 entstand hierdurch für das Kassenbudget ein geschätzter Einnahmeausfall von 9 Prozent.²⁶

Zur Sanierung der gesetzlichen Krankenversicherungen hat die französische Regierung im Mai 2004 Reformpläne vorgelegt, die auf einer Kombination von Einsparungen und Einnahmeerhöhungen basieren. Mit ihnen soll bis 2007 die Lage der Krankenkassen um rund 15 Milliarden Euro im Jahr verbessert und so eine ausgeglichene Haushaltslage erreicht werden. Die Einnahmeseite soll zum einen durch eine stärkere Eigenbeteiligung der Patienten erhöht werden. Zukünftig zahlen französische Bürger je Arztbesuch einen Euro und die Zuzahlungen für stationäre Aufenthalte werden erhöht. Zusätzlich wird der allgemeine Sozialbeitrag (CSG) erhöht. Der Staat will sich an der Sanierung der Krankenkassen durch einen jährlichen Zuschuss von einer Milliarde Euro beteiligen.²⁷

Einsparungen sollen durch die Einführung eines Primärarztmodells erfolgen. Die Koordination zwischen den Ärzten soll verbessert werden und bis zum Jahr 2007 sollen alle Behandlungsdaten auf einer Chipkarte gespeichert werden. Patienten müssen die Karte bei jedem Praxisbesuch vorlegen. Außerdem sollen sie sich bei einem so genannten behandelnden Arzt einschreiben, der sie zu Fachärzten überweist. So sollen unnötige Behandlungen und Untersuchungen vermieden und ein kostenbewusstes Handeln bei den Patienten und Ärzten erwirkt werden. Im Unterschied zu einem echten Hausarztmodell können die Patienten nach wie vor einen

25 Frankfurter Allgemeine Zeitung, 21.09.04.

26 Bodel 2003, Seite 27.

27 Frankfurter Allgemeine Zeitung, 19.05.2004.

Facharzt ohne Überweisung aufsuchen, müssen dann aber unter Umständen einen Zuschlag zahlen.²⁸ Darüber hinaus wird ein vermehrter Einsatz von Generika gefordert.²⁹

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	59.486.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	1.671.213 / 28.094,2
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	16,3%
Arbeitslosenquote	2002	8,8%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	9,7%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	2.736
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	75,8% / 73,3% / 2,5%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	24,2% / 12,7% / 10,4%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	42,3% / 22,8% / 20,4%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	1,8%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	62,2% / 16,0% / 78,2%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

28 Ärzte Zeitung, 23.06.2004.

29 Frankfurter Allgemeine Zeitung, 19.05.2004.

2.1.6 Griechenland

Finanzierungsmodus

Das griechische Gesundheitswesen wird im Sinne eines obligatorischen Sozialversicherungssystems durch auf das Arbeitseinkommen erhobene Beiträge finanziert.

Kreis der Versicherten

Das obligatorische Sozialversicherungssystem umfasst Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen, zu denen Rentempfänger und Arbeitslose zählen. Unterhaltsberechtigten Familienmitglieder sind mitversichert. Es gibt keine Versicherungspflichtgrenze und keine freiwillige Versicherung.

Ausgestaltung des griechischen Gesundheitssystems

Erst mit der Etablierung demokratischer Strukturen ab 1974 gelangte die Sozialpolitik in Griechenland auf die politische Agenda. 1983 wurde ein nationaler Gesundheitsdienst (ESY) eingerichtet, der unter direkter staatlicher Steuerung steht.³⁰ Medizinische Dienstleistungen werden in Griechenland von diesem nationalen Gesundheitsdienst (ESY), von Ambulanzen oder Kliniken der Krankenversicherungen – insbesondere der größten Krankenversicherung IKA – und privaten Vertragskliniken angeboten.³¹ Dies ist insofern als Besonderheit anzusehen, als nationale Gesundheitsdienste hauptsächlich in Ländern mit einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem zu finden sind. Das griechische Gesundheitssystem wird jedoch durch Sozialbeiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Außer Griechenland verfügt in den EU 15-Mitgliedsstaaten nur noch Italien über ein beitragsfinanziertes Gesundheitssystem mit nationalem Gesundheitsdienst.

Für Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft liegt der Arbeitgeberbeitrag bei 4,30 Prozent und der Arbeitnehmerbeitrag bei 2,15 Prozent des Bruttolohns. Die Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft werden durch Arbeitgeberbeiträge in Höhe von 0,8 Prozent und Arbeitnehmerbeiträge in Höhe von 0,4 Prozent finanziert. Damit ergibt sich ein Gesamtbeitrag der Arbeitgeber von 5,1 Pro-

³⁰ Liaropoulos 2001, Seite 5.

³¹ Soweit nicht anders vermerkt, sind die hier genannten Fakten aus einem von der Europäischen Kommission im Jahr 2003 auf der Internetseite: http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc_info_en.htm veröffentlichten Bericht über die Ausgestaltung des Gesundheitssystems in Griechenland entnommen.

zent und der Arbeitnehmer von 2,55 Prozent des Bruttolohnes. Sowohl bezüglich der Sozialabgaben für Sachleistungen wie auch für Geldleistungen gelten bei Versicherten, die seit dem 31. Dezember 1992 versichert sind, Beitragsbemessungsgrenzen von 2.058,25 Euro. Für Personen, die seit dem 1. Januar 1993 versichert sind, gibt es keine Beitragsbemessungsgrenzen.³²

Die Beitragssätze der Arbeitnehmer und Arbeitgeber sind in den letzten Jahren zwar stabil geblieben. Gleichzeitig entwickelte sich dadurch aber im Gesundheitssektor ein erhebliches finanzielles Defizit, das durch steigende staatliche Zuschüsse aufgefangen wird. Der steuerfinanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben hat damit kontinuierlich zugenommen.

Die Versorgung durch einen in den nationalen Gesundheitsdienst eingebundenen Arzt ist kostenfrei. Bei Arzneimitteln zahlen griechische Bürger einen Eigenanteil von 25 Prozent des Arzneimittelpreises. Bei Medikamenten für bestimmte Indikationen ist die Zuzahlung auf 10 Prozent des Preises reduziert. Bezieher einer Mindestrente müssen grundsätzlich nur 10 Prozent Selbstbeteiligung pro Arzneimittel aufbringen.

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Defizite des Sozialversicherungssystems werden durch staatliche Zuschüsse aufgefangen. Von 2003 bis 2008 ist ein jährlicher Staatszuschuss in Höhe von 1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für das Sozialversicherungssystem der Arbeitnehmer vorgesehen.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist aufgrund zu leistender Sozialbeiträge in Griechenland an der Finanzierung von Sach- und Geldleistungen im Krankheitsfall beteiligt. Der Arbeitgeberanteil ist dabei doppelt so hoch wie der Arbeitnehmeranteil.

32 Dies entspricht den Angaben des von der Europäischen Kommission veröffentlichten gegenseitigen Informationssystems zur sozialen Sicherheit (MISSOC), Stand 1. Januar 2004. In dem gegenseitigen Informationssystem zur sozialen Sicherheit (MISSOC), Stand 1. Januar 2003 wird das griechische Finanzierungssystem folgendermaßen beschrieben: Griechenland finanziert sein Gesundheitssystem über eine so genannte „Dreiparteienfinanzierung“ (für alle ab dem 1. Januar 1993 Versicherten). Das heißt, dass die Beiträge zu den Krankenversicherungen von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Staat getragen werden. Der Arbeitnehmerbeitrag beträgt 2,55 Prozent, der Arbeitgeberbeitrag 5,1 Prozent und der staatliche Beitrag 3,8 Prozent. Für den staatlichen Beitrag gilt eine Beitragsbemessungsgrenze von 1.074 Euro im Monat.

Aktuelle Problemstellungen und Reformtrends

In der Eurobarometerumfrage der Europäischen Kommission, die im Jahr 2001 veröffentlicht wurde, waren 1999 nur 18,6 Prozent der Griechen mit ihrem Gesundheitssystem zufrieden. Dies ist im Vergleich mit den anderen Mitgliedsstaaten der niedrigste Zufriedenheitswert. Im europäischen Vergleich schneidet das griechische Gesundheitssystem bezüglich Qualität und Effektivität unterdurchschnittlich ab. Die Gesundheitsausgaben Griechenlands stehen so in einem Missverhältnis zum Qualitätsniveau. Dafür wird zuweilen das Fehlen einer konsequenten Gesundheitspolitik verantwortlich gemacht.³³

Nicht wenige Defizite in der medizinischen Grundversorgung resultieren aus der Organisationsstruktur des Gesundheitssystems. In Griechenland fehlt bspw. die Einrichtung des Hausarztes. Dadurch wird eine kontinuierliche Behandlung erschwert. Ein weiteres Problem ist die niedrige Ärztedichte. Mit der Gründung des nationalen Gesundheitsdienstes 1983 wurde die Errichtung von 170 Gesundheitszentren in den ländlichen Regionen beschlossen. Bis heute ist, u.a. aufgrund des niedrigen Arzteinkommens, nur die Hälfte der für diese Zentren vorgesehenen Arztstellen besetzt. Als Folge suchen viele Patienten die Ambulanzen und Notfalldienste der Krankenhäuser auf, welche dadurch überlastet werden. Zusätzlich weist die Budgetzuweisung für die Krankenhäuser Defizite auf: Die Vergütung und Zuteilung der Gelder wird vom Gesundheitsministerium festgelegt. Die Anzahl der Betten richtet sich nach Ärzten und Fachgebieten. Die Verwaltungen der Krankenhäuser haben wenig Spielraum. Lange Wartelisten auf der einen und unausgelastete Stationen auf der anderen Seite sind die Folge.

Zur Beseitigung der Missstände bei der Krankenhausbudgetierung ermöglichte die griechische Regierung den Krankenhausverwaltungen mehr Flexibilität und Autonomie in der Mittelverteilung.

Bemühungen um eine grundlegende Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen in Griechenland sind in den letzten Jahren unverkennbar. So ist eine umfangreiche Reform über den Zeitraum von sechs Jahren – 2001 bis 2006 – geplant.

Ein wichtiger Eckpunkt dieser Reform ist die Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung. Es werden 17 regionale Gesundheitssysteme (PESY) eingerichtet. Hier

³³ Liaropoulos 2001, Seite 5.

soll jeweils ein Versorgungsnetz, das sich auf die Grundversorgung, die Krankenhausversorgung, die Rehabilitation und die häusliche Pflege bezieht, entwickelt und von diesem die regionale Gesundheitsplanung übernommen werden.

Darüber hinaus sollen zukünftig die Gesundheitsausgaben der Sozialversicherungen besser überprüft werden. Hierfür wurde ein Dienst zur Kontrolle der Gesundheitsausgaben der Sozialversicherungsanstalten (YPEDYFKA) gegründet, der direkt dem Minister für Arbeit und Soziale Sicherheit unterstellt ist. Zudem plant die griechische Regierung eine Vereinheitlichung der medizinischen Dienstleistungen. Ferner wird die Institution des Hausarztes eingeführt. Der Hausarzt soll dann eine zentrale Koordinationsfunktion erhalten. Schließlich sollen die Gesundheitsfonds der einzelnen Krankenkassen zukünftig durch eine Anstalt für die Verwaltung der Mittel des Gesundheitswesens (ODIPY) abgewickelt werden. Die ODIPY wird den Erwerb von Dienstleistungen übernehmen und diese den Versicherten anbieten. Hierfür soll sie sowohl mit Anbietern des öffentlichen wie auch des privaten Sektors in Verhandlung treten.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	10.604.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	201.906 / 19.040,6
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	18,1%
Arbeitslosenquote	2002	10,0%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	9,5%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	1.814
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	56,1% / k.A. / k.A.
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	43,9% / k.A. / k.A.
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	1997 ²	k.A. / k.A. / 14,2%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	k.A.
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	15,7% / 2,9% / 18,6%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.1.7 Irland

Finanzierungsmodus

Irland verfügt über ein öffentliches Gesundheitssystem nach Beveridge-Muster: Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft sind in Irland im Wesentlichen steuerfinanziert. Nur ein kleiner Teil der Sachleistungen sowie alle Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft werden durch auf das Arbeitseinkommen erhobene Beiträge finanziert.

In Irland gilt das Prinzip des Globalbeitrags: Ein gemeinsamer Beitrag wird für die Bereiche Geldleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, Invalidität, Alter, Hinterbliebenenversorgung und Arbeitslosigkeit entrichtet. Im Globalbeitrag ebenfalls enthalten sind Beiträge für das Pflegegeld für Pflegepersonen und das Dauerpflegegeld.

Kreis der Versicherten

Im Sinne eines Universalsystems für die gesamte Bevölkerung sind alle Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Irland abgesichert.

In Irland wird bezüglich des Anspruchsrechtes auf Leistungen des nationalen Gesundheitsdienstes zwischen zwei Gruppen unterschieden: Es gibt Personen, die über eine volle Anspruchsberechtigung (full eligibility) verfügen und damit keine Zahlungen leisten müssen. Dies sind alle Personen ab dem Alter von 70 Jahren und Personen mit einem wöchentlichen Einkommen unter den jeweiligen Grenzen von 142,50 Euro, soweit sie alleine leben, von 127 Euro bei einer in einem Haushalt lebenden allein stehenden Person sowie von 206,50 Euro bis 486 Euro bei Ehepaaren je nach Kinderzahl und Lebensalter. Zusätzlich voll anspruchsberechtigt sind unterhaltsberechtigter Familienangehörige mit geringem Einkommen³⁴.

Für die übrige Bevölkerung gilt eine begrenzte Anspruchsberechtigung (limited eligibility). Sie müssen sich an den für die medizinischen Leistungen anfallenden Kosten beteiligen. Es gibt keine Versicherungspflichtgrenze.

³⁴ Die Beträge zur vollen Anspruchsberechtigung erhöhen sich zusätzlich bei Kindern, Miet- und Hypothekenkosten sowie Fahrtkosten zum Arbeitsplatz.

Ausgestaltung des irischen Gesundheitssystems

Die medizinische Versorgung wird in Irland über den nationalen Gesundheitsdienst bereitgestellt. Das Gesundheitsministerium („Department of Health“) ist für die Planung und Finanzierung des Gesundheitssystems zuständig und formuliert die Zielsetzungen. Die Gesundheitsdienste werden durch acht Gesundheitsämter (Health Boards) geleitet, die ein entsprechendes Budget vom Gesundheitsministerium erhalten. Die Health Boards sind in der Regel für 200.000 bis zu einer Million Einwohner zuständig und stellen hier ambulante und stationäre Versorgung sicher. Im Gegensatz zu anderen Ländern mit einem staatlich organisierten Gesundheitssystem ist in Irland ein Großteil der stationären Einrichtungen nicht in öffentlicher Hand, sondern wird von gemeinnützigen, oftmals kirchlichen Organisationen betrieben. Rund 50 Prozent der Akutbetten sind in öffentlichen Krankenhäusern, 40 Prozent in gemeinnützigen und 10 Prozent in privaten Krankenhäusern. Die Privatkliniken leben ausschließlich von eigenen Einnahmen.³⁵

Die Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft sind überwiegend steuerfinanziert. Lediglich ein kleiner Teil wird durch Arbeitnehmerbeiträge aufgebracht. Arbeitnehmer zahlen zwei Prozent ihres Bruttolohnes und Selbständige zwei Prozent ihres Einkommens zur Finanzierung der Sachleistungen ein. Liegt der Wochenverdienst eines Arbeitnehmers unter 356 Euro, dann muss er keinen Beitrag zahlen. Das gleiche gilt für Selbständige mit einem Jahreseinkommen unter 18.512 Euro.

Die Finanzierung der Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft erfolgt im Zusammenhang mit den von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu leistenden Globalbeiträgen, die folgendermaßen erhoben werden: Arbeitnehmer zahlen vier Prozent ihres Bruttolohnes. Die ersten 127 Euro des Wochenverdienstes werden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. Arbeitnehmer mit Einkünften bis zu 287 Euro pro Woche sind von Beiträgen befreit. Die Beitragsbemessungsgrenze liegt bei 42.160 Euro pro Jahr.

Arbeitgeber zahlen Beiträge in Höhe von 8,5 Prozent bei Einkommen von bis zu 356 Euro pro Woche. Liegt das Wocheneinkommen über 356 Euro, zahlen sie 10,75 Prozent. Eingeschlossen sind jeweils 0,7 Prozent Abgaben an den Nationalen Ausbildungsfonds. Bezüglich der Arbeitgeberbeiträge gibt es keine Beitragsbemes-

³⁵ BÄK intern 2004, Seite 14.

sungsgrenze. Selbstständige zahlen drei Prozent ihres Einkommens. Auch bei ihnen gibt es keine Beitragsbemessungsgrenze.

Im Hinblick auf die Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen wird in Irland zwischen Personen mit voller Anspruchsberechtigung und Personen mit begrenzter Anspruchsberechtigung unterschieden. Personen mit voller Anspruchsberechtigung erhalten die so genannte Medical Card. Sie sind damit von Zuzahlungen befreit, jedoch in der Arztwahl eingeschränkt: Sie müssen im Krankheitsfall einen festgelegten örtlichen Allgemeinmediziner aufsuchen und können einen Facharzt erst nach Überweisung durch diesen Allgemeinarzt konsultieren. Etwa ein Drittel der irischen Bevölkerung hat Anspruch auf eine Medical Card.

Personen mit begrenzter Anspruchsberechtigung haben freie Arztauswahl und können auch ohne Überweisung einen Facharzt aufsuchen. Sie müssen sich aber finanziell an den anfallenden Kosten beteiligen. In Irland sind umfangreiche Selbstbeteiligungen der Patienten an den Kosten der medizinischen Behandlung bis zu bestimmten Obergrenzen üblich.³⁶ So sind beispielsweise bei Krankenhausbehandlung 45 Euro pro Nacht im Mehrbettzimmer bis höchstens 450 Euro in zwölf aufeinander folgenden Monaten zu zahlen. Für Medikamente ist die Selbstbeteiligung von Einzelpersonen oder Familien auf 78 Euro im Monat begrenzt.

Private Zusatzversicherungen spielen in Irland eine wichtige Rolle. Sie werden staatlich gefördert: Im Rahmen eines privaten Versicherungsprogramms (Voluntary Health Insurance Board) wird eine Zusatzversicherung, die nicht gewinnorientiert arbeitet, durch staatliche Mittel unterstützt. Sie ermöglicht den Aufenthalt als Privatpatient in öffentlichen Krankenhäusern bzw. bei höheren Prämien auch in Privatkliniken. Zudem können Zusatzversicherte Wartezeiten verkürzen. Dieses Programm wird von etwa der Hälfte der Iren in Anspruch genommen, bei steigender Tendenz. Inzwischen ist bereits jedes fünfte Bett in den staatlichen Kliniken ein privates Belegbett.³⁷

Finanzierungsbeteiligung des Staates

90 Prozent der Kosten für Sachleistungen werden vom Staat übernommen. Soweit erforderlich gibt der Staat zur Defizitdeckung bei den Geldleistungen einen Zuschuss.

³⁶ Europäische Kommission 2004.

³⁷ BÄK intern 2004, Seite 14.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist über auf den Arbeitslohn bezogene Beiträge in Irland an der Finanzierung von Geldleistungen im Krankheitsfall beteiligt.

Aktuelle Problemstellungen

Irland hat mit dem Problem der langen Wartelisten zu kämpfen. Dies gilt besonders für Operationen und Facharztbesuche. Um dieses Problem anzugehen, wurde unter anderem im Jahr 2002 der „National Treatment Purchase Funds“ gegründet. Diese Behörde versucht regionale Disparitäten in staatlichen Krankenhäusern auszuloten und staatliche Patienten in Privatkliniken im In- oder Ausland zu vermitteln.³⁸

Prekär ist in einzelnen ländlichen Regionen in Irland auch die hausärztliche Versorgung. Von Verbandsseite wird dabei neben mangelnden Karriereperspektiven und ungünstigen Arbeitszeiten die vergleichsweise geringe Bezahlung der Hausärzte im irischen Gesundheitswesen angeführt.³⁹

Als weiteres versorgungsstrukturelles Problem erweist sich der Anstieg der privaten Zusatzversicherungen. Mit diesen Zusatzversicherungen wird der Anspruch auf die bevorzugte Behandlung als Privatpatient erworben. Die erhöhte Nachfrage geht damit zu Lasten der öffentlichen Versorgung. So wurden im Sommer 2003 Auseinandersetzungen zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Klinikärzteverband geführt. Das Ministerium hielt den Klinikärzten vor, ihren arbeitsvertraglichen Verpflichtungen durch ihre verstärkte privatärztliche Tätigkeit nicht nachzukommen.⁴⁰

Darüber hinaus verlieren durch die engen Spielräume des Gesundheitsetats vermehrt irische Bürger ihren Anspruch auf die Medical Card. Seit 1997 haben mindestens 110.000 Personen nach Angaben des Gesundheitsministeriums keine volle Anspruchsberechtigung auf eine kostenfreie Gesundheitsversorgung mehr. Andere Untersuchungen gehen sogar von 228.000 Personen aus, die in diesem Zeitraum ihren Anspruch auf die Medical Card verloren haben.⁴¹

38 BÄK intern 2004, Seite 14.

39 Ärzte Zeitung, 02. 02. 2005.

40 BÄK intern 2004, Seite 14.

41 Ärzte Zeitung, 18./ 19. 03. 2005.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs- jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	3.932.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	128.063 / 32.569,4
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	11,1%
Arbeitslosenquote	2002	4,4%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	7,3%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	2.367
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	73,3% / 0,9% / 72,4%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	26,7% / 7,6% / 13,5%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	k.A. / k.A. / 10,6%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	1,9%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	36,3% / 11,4% / 47,7%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.1.8 Italien

Finanzierungsmodus

Das italienische Gesundheitswesen gilt als ein beitragsfinanziertes System, das allerdings ein öffentliches Gesundheitssystem vorhält. Vom Bruttolohn werden Beiträge erhoben, die in Italien allerdings nur vom Arbeitgeber entrichtet werden müssen. Arbeitnehmer haben keine Sozialbeiträge zu zahlen.

Kreis der Versicherten

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist in Italien nach dem Wohnsitzprinzip geregelt. Er steht allen italienischen Bürgern offen, die ihren Wohnsitz in Italien haben oder zur Arbeit ins Ausland entsandt wurden, sowie allen Bürgern der EU mit Wohnsitz in Italien und Einwohnern aus Drittstaaten mit Aufenthaltsgenehmigung.

Ausgestaltung des italienischen Gesundheitssystems

Italien verfügt wie Griechenland über einen für beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme ungewöhnlichen nationalen Gesundheitsdienst. Der nationale Gesundheitsdienst – Servizio sanitario nazionale (SSN) – wurde 1978 eingerichtet. Ein wesentlicher Grund für diesen Schritt war die Notwendigkeit der nationalen Vereinheitlichung des Leistungsangebots: Das deutliche Nord-Süd-Gefälle in der Versorgung sollte überwunden werden. Zusätzlich sollte die Einführung eines nationalen Gesundheitsdienstes auch zur Kostendämpfung beitragen.

Da sich diese Ziele nicht im erwarteten Umfang umsetzen ließen, erfolgte 1992 eine Reform, die die Umwandlung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in ein marktorientiertes, dezentrales Modell forcierte. 1999 wurde die angestrebte Marktorientierung jedoch partiell zurückgenommen. Stattdessen wurde den regionalen Verwaltungsebenen mehr Verantwortung zugesprochen. 2001 wurde ihnen schließlich die weitgehende Autonomie in Gesundheitsfragen übertragen. Gleichzeitig reduzierte die Regierung aber den Leistungskatalog. Den Regionen ist es nun vorbehalten, zusätzliche Leistungen aus eigenen Mitteln zu finanzieren. So können die Regionen unter anderem festlegen, ob und wie viel Zuschüsse sie zu den Arzneimittelkosten gewähren.⁴²

42 BÄK intern 2004, Seite 10.

Zur Finanzierung der Geld- und Sachleistungen werden in Italien nur Arbeitgeberbeiträge, die je nach Berufsstatus des Arbeitnehmers variieren, erhoben. So ist für Arbeiter ein Arbeitgeberbeitrag in Höhe von 2,88 Prozent, für Angestellte der Industrie in Höhe von 0,66 Prozent und für Angestellte des Handels in Höhe von 0,44 Prozent zu zahlen. Es gibt keine Versicherungspflichtgrenze. Die unterschiedlichen Beitragssätze resultieren aus dem differenten Leistungsanspruch: Angestellte haben im Krankheitsfall keinen Anspruch auf Geldleistungen. Der Arbeitgeber ist dafür zur Fortzahlung des Gehalts von mindestens drei Monaten verpflichtet.

Zwar wird das italienische Gesundheitssystem im Gegenseitigen Informationssystem zur sozialen Sicherheit – MISSOC⁴³ – als beitragsfinanziert beschrieben, die faktische Ausgestaltung zeigt aber, dass die Beitragsfinanzierung nahezu keine Rolle spielt und die Finanzierung hauptsächlich über Steuertransfers verläuft. So wurde im Januar 1998 zur Finanzierung des nationalen Gesundheitsdienstes parallel zu den vergleichsweise niedrigen Sozialbeiträgen eine neue Regionalsteuer (IRAP) eingeführt.⁴⁴

Versicherte müssen bis zu 36 Euro pro Verordnung besonderer Untersuchungen oder je Besuch eines Facharztes zuzahlen. Die Selbstbeteiligung bei Medikamenten ist nach der Schwere der zugrunde liegenden Erkrankung gestaffelt und in drei Kategorien eingeteilt. Sie reicht von einer geringen Rezeptgebühr bis zur vollständigen Kostenübernahme durch den Patienten.

Etwa 30 Prozent der Italiener sind privatversichert. Zumeist handelt es sich dabei um Zusatzversicherungen, die es den Versicherten ermöglichen, private Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Häufig bieten auch Arbeitgeber ihren Angestellten privaten Versicherungsschutz an. Die privaten Krankenversicherungen arbeiten in Italien allerdings selten mit dem öffentlichen Sektor zusammen. Ihre Leistungen ersetzen vielmehr die medizinische Versorgung des nationalen Gesundheitsdienstes. Nicht wenige Italiener nehmen bewusst private Dienstleistungen in Anspruch, da sie mit den öffentlich angebotenen nicht zufrieden sind.⁴⁵

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Trotz der eigentlichen Beitragsfinanzierung werden entsprechend den Angaben der OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. die öffentlichen Gesundheitsausgaben, die rund drei Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen, nahezu gänzlich au-

43 Europäische Kommission 2004.

44 Hohnerlein 1998, Seite 367f.

45 BÄK intern 2004, Seite 10.

ßerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert, dabei überwiegend durch staatliche Steuertransfers. Der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung an den öffentlichen Gesundheitsausgaben wird lediglich mit 0,1 Prozent dotiert.⁴⁶

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist in Italien über auf den Arbeitslohn bezogene Beiträge ohne Mitwirkung der Arbeitnehmer an der Finanzierung von Sach- und Geldleistungen im Krankheitsfall beteiligt.

Aktuelle Problemstellungen und Reformvorgänge

Zu den zentralen gesundheitsökonomischen Problemstellungen zählt auch in Italien der erhebliche Ausgabenanstieg. Allein zwischen 1999 und 2003 nahmen die öffentlichen Gesundheitsausgaben noch einmal um mehr als 30 Prozent zu.

Von staatlicher Seite wurde eine Ausgabenbegrenzung zunächst bis zum Jahr 2004 festgelegt, um dem Kostenanstieg entgegenzuwirken. Durch die Föderalisierung der Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen hat dies einzelne Regionen an die Grenzen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit geführt: Die Regionen erhalten seit 2001 Zuweisungen vom Staat, die an die Einwohnerzahl und die Gesundheitsstrukturen gebunden sind. Darüber hinausgehende Ausgaben müssen sie selbst ausgleichen.⁴⁷

Eine Dämpfung der Ausgaben soll zudem durch die Rückführung der Kapazitäten im stationären Bereich und durch Ausgliederung von Leistungen, die bisher kostenlos in Anspruch genommen werden konnten, erreicht werden. Die Regionen können zunächst selbst bestimmen, in welcher Höhe sie für diese Leistungen Zuschüsse gewähren wollen, bevor schließlich die Kosten von den Versicherten bzw. Patienten zu tragen sind. Der Anteil der privaten Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben lag in Italien im Jahr 2000 bei 22,6 Prozent. Bezogen auf den gesamten Haushaltskonsum betrug der Anteil des Selbstkostenbeitrags im selben Jahr 3,1 Prozent.⁴⁸ Mit Blick auf die anderen EU 15-Länder können beide Werte als vergleichsweise hoch angesehen werden. Die Kostenbeteiligung der Bürger an Ge-

46 Im Gegensatz dazu wird im Gegenseitigen Informationssystem zur sozialen Sicherheit - MISSOC - berichtet, dass es in Italien keine staatliche Finanzierungsbeteiligung gebe. Siehe dazu: Europäische Kommission 2004.

47 BÄK intern 2004, Seite 10.

48 OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed.

sundheitsleistungen ist damit ein zentrales Steuerungselement im italienischen Gesundheitssystem.⁴⁹

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	57.994.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	1.482.857 / 25.569,1
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	18,6%
Arbeitslosenquote	2002	9,0%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	8,5%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	2.166
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	73,4% / 0,1% / 73,3%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	26,6% / 0,9% / 22,6%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	41,2% / 30,2% / 22,2%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	3,1%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	24,2% / 2,1% / 26,3%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

49 Hohnerlein 1998, Seite 371.

2.1.9 Luxemburg

Finanzierungsmodus

Das luxemburgische Gesundheitssystem – ein obligatorisches Sozialversicherungssystem – wird zu rund zwei Dritteln aus auf das Arbeitseinkommen erhobenen Beiträgen finanziert. Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilen sich die Finanzierung paritätisch. Rund ein Drittel wird über Steuertransfers des Staates finanziert.

Kreis der Versicherten

Das obligatorische Sozialversicherungssystem umfasst Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen, zu denen im Wesentlichen Rentenbezieher und weitere Empfänger von sozialen Sicherungsleistungen zählen. Im Rahmen der Mitversicherung sind Ehepartner, bis zum dritten Grad verwandte oder verschwägerte Personen, die den Haushalt führen und Kinder, solange Anspruch auf Kindergeld besteht, zusätzlich anspruchsberechtigt. Eine freiwillige Versicherung für alle nicht der Versicherungspflicht unterliegenden, in Luxemburg ansässigen Personen ist möglich. Eine Versicherungspflichtgrenze gibt es nicht.

Ausgestaltung des luxemburgischen Gesundheitssystems

Die gesetzliche Krankenversicherung ist in Luxemburg in neun Krankenkassen gegliedert, die – historisch gewachsen – neun verschiedene Berufsgruppen widerspiegeln. Zwischen diesen neun Krankenkassen gibt es weder im Hinblick auf die Höhe des Beitragssatzes noch auf den Leistungsumfang Unterschiede. Die neun Krankenkassen sind in einer Vereinigung (Union des caisses de maladie – USM) zusammengeschlossen, die befugt ist, Kollektivvereinbarungen mit den Anbietern von Gesundheitsleistungen auszuhandeln. Zudem werden von ihr Leistungsumfang und Beitragssatzhöhe der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt. Einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gibt es damit nicht.

Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen jeweils 2,55 Prozent für die Absicherung von Sachleistungen im Krankheitsfall. Bei den Geldleistungen wird nach dem Berufsstatus unterschieden in Arbeiter und Angestellte. Bei Arbeitern ist paritätisch ein Sozialbeitrag von 2,35 Prozent zu zahlen. Bei Angestellten beträgt die Beitragshöhe jeweils 0,10 Prozent. Der doch erhebliche Beitragssatzunterschied ist darauf zurückzuführen, dass Angestellte im Monat des Beginns der Krankheit und in den anschließenden drei Monaten Anspruch auf Gehaltsfortzahlungen durch den Arbeitge-

ber haben und Geldleistungen durch die Krankenversicherungen erst nach dieser Periode beginnen. Die Beitragsbemessungsgrenze liegt bei 84.177,48 Euro im Jahr.

Für die Absicherung von Pflegeleistungen entrichten alle Versicherten seit 1999 einen Sonderbeitrag von einem Prozent. Dabei wird nicht nur das Erwerbseinkommen berücksichtigt, sondern auch das Einkommen aus Vermögen und Zusatzrenten.

Zusätzlich zu den gesetzlichen Krankenversicherungen bestehen freiwillige, auf dem Prinzip des Genossenschaftswesens basierende Zusatzversicherungssysteme.

In Luxemburg gilt generell das Kostenerstattungsprinzip: Alle Versicherten haben zunächst in Vorlage zu treten.⁵⁰ Versicherte müssen sich prozentual an den Kosten der ärztlichen Versorgung beteiligen. Diese Selbstbeteiligung darf jedoch nicht mehr als drei Prozent des beitragspflichtigen Jahreseinkommens des Vorjahres betragen. Für den Arztbesuch wird eine Selbstbeteiligung von 20 Prozent, die jedoch nur für den ersten Arztbesuch innerhalb von 28 Tagen entrichtet werden muss, fällig. Für weitere Besuche und Konsultationen müssen fünf Prozent der Kosten übernommen werden. Die Kostenübernahme wird allerdings nur bis zu einem Honorar in Höhe von 130,79 Euro gefordert, so dass bei einer Konsultation maximal 6,54 Euro berechnet werden können. Bei Krankenhausaufenthalten müssen pro Tag 9,31 Euro Selbstbeteiligung an den Verpflegungskosten für maximal 30 Tage zugezahlt werden. Kosten für Arzneimittel werden nur bei ärztlicher Verordnung – nach Indikation und Wirksamkeit in drei Kategorien differenziert – erstattet. In der Regel gilt ein Erstattungssatz von 80 Prozent. Unter bestimmten Voraussetzungen ist ein Vorzugsatz von 100 Prozent bzw. ein verminderter Satz von 40 Prozent gesetzlich vorgegeben.

Aufgrund einer guten Wirtschaftslage und wachsender Inlandsbeschäftigung haben sich in Luxemburg die Einnahmen der Sozialversicherungen positiv entwickelt. Zwischen 1996 und 2001 konnte ein Überschuss von neun Prozent verzeichnet werden. Dies ermöglichte eine Senkung des Beitragsatzes von 5,2 auf 5,1 Prozent ab 2002. Zu dieser günstigen Entwicklung hat auch die leichte Verjüngung der Bevölkerung, die sich in Luxemburg zwischen 1996 und 2002 entgegen dem allgemeinen demographischen Trend in Europa abzeichnete, beigetragen.

⁵⁰ Soweit nicht anders vermerkt, wird auf einen von der Europäischen Kommission im Jahr 2003 auf der Internetseite: http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc_info_en.htm veröffentlichten Bericht über die Ausgestaltung des Gesundheitssystems von Luxemburg Bezug genommen.

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Der Staat trägt 37 Prozent der Kosten für die Sachleistungen und übernimmt 10 Prozent der bei Krankheit anfallenden Geldleistungen. Ausgaben für Sach- und Geldleistungen bei Mutterschaft werden vollständig vom Staat getragen.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist in Luxemburg über auf das Arbeitseinkommen bezogene Beiträge paritätisch an der Finanzierung von Sach- und Geldleistungen im Krankheitsfall beteiligt.

Reformvorgänge

1992 wollte die luxemburgische Regierung die neun Krankenkassen vereinheitlichen, konnte dies jedoch politisch nicht durchsetzen. Aus diesem Grund wurde ein Kompromiss gewählt: Die neun Krankenkassen bleiben als direkter Ansprechpartner der Versicherten bestehen, gleichzeitig werden Aufgabengebiete, wie die Vergütung der Dienstleistungsanbieter im Gesundheitssektor, von der übergeordneten Vereinigung der Krankenkassen (USM) übernommen.⁵¹

Eine Begrenzung der Ausgaben im Gesundheitswesen sollte in jüngster Zeit wesentlich durch zwei Maßnahmen erwirkt werden:

- Das Jahresbudget der Krankenhäuser wird durch jährliche Verhandlungen zwischen der Krankenversicherung und den Krankenhäusern festgelegt.
- Die Erhöhung der Arztgebühren darf nicht über die Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten hinausgehen.

Darüber hinaus wird an einer Positivliste für Arzneimittel gearbeitet, deren Kosten von der Krankenversicherung übernommen werden.

Durch die im europäischen Vergleich abweichende, vergleichsweise günstige wirtschaftliche Entwicklung findet sich in Luxemburg ein geringerer politischer Druck, auf die Ausgaben im Gesundheitsbereich steuernd einzuwirken.⁵² Zwar hat Luxemburg nach der Schweiz – absolut betrachtet – die höchsten Gesundheitsausgaben

51 Kerr 1999, Seite 59.

52 Kerr 1999, Seite 60-64.

im europäischen Vergleich. Durch das hohe Niveau des Bruttoinlandsproduktes und dessen überdurchschnittliche Steigerung in den letzten Jahren ist – bei relativer Betrachtung – der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt jedoch einer der niedrigsten im europäischen Kontext. Luxemburg nimmt in dieser Hinsicht eine gesundheitsökonomische Sonderstellung ein.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	446.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	21.956 / 49.228,7
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	13,9%
Arbeitslosenquote	2002	2,8%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	6,2%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	3.065
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	87,8% / 72,7% / 15,1%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	10,5% / 1,6% / 7,7%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	40,7% / 27,8% / 12,1%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	1,1%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	45,6% / 26,0% / 71,6%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.1.10 Niederlande

Finanzierungsmodus

Das niederländische Gesundheitswesen wird im Sinne eines obligatorischen Sozialversicherungssystems durch auf das Arbeitseinkommen erhobene Beiträge finanziert. Dies gilt allerdings nur bis zu bestimmten festgesetzten Einkommensgrenzen. Übersteigt das Einkommen diese Grenzen, muss das Krankheitsrisiko privat abgesichert werden. Zusätzlich gibt es in den Niederlanden eine Versicherung für besondere Krankheitskosten, die die so genannten „großen“ Risiken abdeckt. Sie ist für alle Einwohner obligatorisch und wird über Beiträge aus dem Einkommen erhoben.

Kreis der Versicherten

Eingebunden sind im Rahmen der Pflichtversicherung Arbeitnehmer und Selbstständige unter 65 Jahren sowie gleichgestellte Gruppen, zu denen unter anderem Bezieher von Renten oder Arbeitslosenleistungen gehören, bis zu einer festgelegten Einkommensgrenze. Darüber hinaus ist eine private Versicherung zwingend. Etwa 37,5 Prozent der Niederländer sind privat versichert. Staatsbeamte unterliegen zudem eigenständigen Regelungen zur Krankheitskostenerstattung.

Die Versicherung für besondere Krankheitskosten (AWBZ) ist eine Art Bürgerversicherung. In ihr sind alle Einwohner der Niederlande - unabhängig von der Existenz eines Beschäftigungsverhältnisses - versichert.

Ausgestaltung des niederländischen Gesundheitssystems

Das niederländische Gesundheitssystem ist im Hinblick auf seine Finanzierung letztlich dreigliedrig: Es besteht zum einen aus der für die gesamte Bevölkerung obligatorischen Versicherung für besondere Krankheitskosten (AWBZ). Sie deckt überwiegend „große“, d.h. finanziell aufwändige, Risiken ab, wie Krankenhausaufenthalte ab einer bestimmten Dauer, die psychiatrische Versorgung sowie ambulante und stationäre Pflege. Sie stellt damit eine Pflege- und Langzeitversicherung⁵³ dar. Aktuell sind dafür von den Versicherten 13,25 Prozent des Bruttoeinkommens bis zu einer Bemessungsgrenze von 29.573 Euro im Jahr abzuführen.

Die Akutversorgung wird über die gesetzliche Pflichtversicherung (ZFW) abgedeckt. Sie wird aus einer Kombination von einkommensabhängigen und einkommens-

⁵³ Greß et al. 2005, Seite 21.

unabhängigen Beiträgen finanziert. Der einkommensabhängige Anteil wird durch Arbeitnehmerbeiträge in Höhe von 1,25 Prozent und Arbeitgeberbeiträge in Höhe von 6,75 Prozent finanziert. Selbständige und Rentner zahlen acht Prozent ihres Einkommens bzw. ihrer Rente ein. Die Berechtigungs- und Beitragsbemessungsgrenzen liegen bei der gesetzlichen Krankenversicherung für Angestellte bei 29.493 Euro im Jahr und für Selbständige bei 20.800 Euro. Bei höherem Einkommen ist eine Versicherung über eine gesetzliche Krankenkasse nicht mehr möglich, es muss ein Wechsel in die private Krankenversicherung stattfinden.⁵⁴

Seit 1989 zahlen alle Versicherte zusätzlich zu den einkommensabhängigen Beiträgen noch eine nominale, einkommensunabhängige Prämie, die sie direkt an die Krankenversicherung, bei der sie angemeldet sind, abführen. Die Höhe dieser Prämie unterscheidet sich zwischen den Krankenkassen, die öffentlich-rechtlich organisiert sind und untereinander konkurrieren. Die Differenzen sind allerdings vergleichsweise gering, so dass nur schwache Anreize zu einem Kassenwechsel gegeben sind und der Wettbewerb an dieser Stelle nur verhalten ausgeprägt ist. Im Durchschnitt lagen die Prämien 2003 bei etwa 356 Euro pro Jahr.⁵⁵

Geldleistungen im Krankheitsfall werden auf Grundlage des Krankengeldgesetzes (ZW) u.a. aus dem Allgemeinen Arbeitslosenfonds finanziert. Die Beitragssätze betragen hier für Arbeitgeber 1,55 Prozent und für Arbeitnehmer 5,8 Prozent.

Neben die AWBZ und die ZWF treten private Zusatzversicherungen. Etwa 95 Prozent der Niederländer verfügen über eine Zusatzversicherung. Allerdings betrug das Leistungsvolumen der Zusatzversicherungen 1999 nur zwei Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit, so dass ihre tatsächliche Bedeutung bisher als gering angesehen werden konnte.⁵⁶ Durch Leistungsausgliederungen in der ZFW haben sie aber kontinuierlich an Gewicht gewonnen.⁵⁷ Die Zusatzversicherungen können auch von privaten Tochterunternehmen öffentlich-rechtlicher Krankenkassen angeboten werden.

Über die Zusatzversicherungen hinaus spielen private Zuzahlungen bei der Leistungsanspruchnahme in den Niederlanden nur eine geringe Rolle.⁵⁸ So fallen bei Medikamenten nur Zuzahlungen an, wenn der Durchschnittspreis eines vergleichbaren Medikaments aus einem festgelegten, klassifizierten Sortiment überschritten

54 Über eine Umlage sind Privatversicherte in einem gewissen Umfang an den Kosten der gesetzlichen Versicherung beteiligt. (Hamilton 2002, Seite 27)

55 Greß et al. 2005, Seite 22.

56 Greß und Groenewegen 2001, Seite 34.

57 Greß et al. 2005, Seite 22.

58 Ecker, Häussler et al. 2004, Seite 158.

wird. Die Versicherten müssen sich allerdings bei einer Vertragsapotheke ihrer Krankenkasse einschreiben.

Die medizinische Versorgungsstruktur in den Niederlanden weist eine Besonderheit auf, die in anderen beitragsfinanzierten Nachbarländern viel Aufmerksamkeit erfahren hat: Das so genannte „Hausarztmodell“. Die Hausärzte haben in den Niederlanden eine „Gatekeeper“-Funktion. Sie sind die erste Anlaufstelle für den Patienten und entscheiden, ob ein weiterführender Facharzt konsultiert werden sollte. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten von Fachärzten und psychologischer ambulanter Versorgung nur, wenn eine Überweisung vom Hausarzt vorliegt.⁵⁹ Solche Versorgungsarrangements sind zumeist nur in Ländern zu finden, in denen ein nationaler Gesundheitsdienst eingerichtet ist.

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Der Staat ist unter den gegebenen Strukturen in den Niederlanden vergleichsweise gering in die Finanzierung der Gesundheitsausgaben eingebunden. Seine Beteiligung beschränkt sich derzeit auf bedarfsabhängige Zuschüsse in der ZFW und in der AWBZ. Die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser beruht auf einem monetarischen System, in das der Staat nicht eingebunden ist.

Mit der geplanten Steuerfinanzierung der Nominalprämie für Kinder und staatlichen Zuschüssen bei übermäßiger Belastung durch die Nominalprämie wird der Anteil staatlicher Finanzierungsbeteiligung allerdings steigen.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist über auf das Arbeitseinkommen bezogene Beiträge an der Finanzierung von Sach- und Geldleistungen im akuten Krankheitsfall beteiligt, nicht jedoch an der Finanzierung der Versicherung für besondere Krankheitskosten.

Reformvorgänge

In den Niederlanden wurde Anfang der 1990er Jahre versucht, eine Kostenreduktion im Gesundheitssektor über die Einführung von Wettbewerbselementen zu erzielen. Die Rollen der am Gesundheitssystem beteiligten Akteure sollten neu definiert werden: Der Staat sollte nur noch die Aufgabe des Supervisors übernehmen, während den Versicherern, Dienstleistungsanbietern und Versicherten der aktivere Part zuge-

⁵⁹ Or 2002, Seite 45.

tragen wurde.⁶⁰ Unter den Kassen wurde ein staatlich kontrollierter Wettbewerb eingeführt und sie sollten untereinander vermehrt in Konkurrenz treten. Seit 1992 ist ein gewisser Preiswettbewerb unter den Kassen möglich. Die einkommensabhängigen Beiträge sind weiterhin landesweit einheitlich festgelegt, aber die Höhe der nominalen Prämie kann von den Krankenkassen individuell kalkuliert und festgelegt werden. Zudem wurden die regionalen Monopole der gesetzlichen Krankenkassen, die bis 1992 bestanden, aufgehoben. Waren vorher pro Region zwei bis drei Kassen zuständig, in denen sich die Einwohner der Region versichern mussten, so dürfen nun private Krankenversicherungen neue Krankenkassen gründen. Alle Kassen dürfen darüber hinaus national tätig sein.

Zusätzlich sollte ein Wettbewerb unter den ambulanten Leistungsanbietern entstehen. Seit 1994 unterliegen die Kassen in den Niederlanden nicht mehr dem Kontrahierungszwang und sind somit nicht mehr zum Vertragsabschluss mit den einzelnen ambulanten Leistungsanbietern gezwungen. Auch die Form des Vertragsabschlusses ist variabler geworden: Bis 1992 wurden alle Tarife und Honorare von einer Tarifbehörde festgelegt. Inzwischen werden nur noch Höchstsätze festgesetzt, die in individuellen Verträgen nach unten abweichen können.

Der Wettbewerb entfaltete sich jedoch nicht im erwarteten Umfang. Die Krankenkassenstruktur erfuhr nicht die gewünschte Neuordnung. Die bisherigen regionalen Marktführer konnten durch die neu gegründeten Kassen nicht zurückgedrängt werden. Vielmehr entstand durch Fusionen zwischen den Krankenversicherungen eine Situation, in der die sieben größten Kassen landesweit über einen Marktanteil von 80 Prozent verfügen. Nur selten nutzten die Krankenkassen ihre Möglichkeit des individuellen Vertragsabschlusses mit den Leistungsanbietern. Auch die Versicherten haben bisher nur wenig von ihrem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch gemacht. Der Anteil derjenigen, die ihre Versicherung wechseln, liegt pro Jahr bei etwa einem Prozent.⁶¹ Im Bereich der Zusatzversicherungen hingegen zeigte sich ein deutlich stärkeres wettbewerbliches Interesse.

Neueste Entwicklungen

Herausgefordert von dem nach wie vor bestehenden Kostendruck und dem Anspruch, die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufzuheben, befinden sich derzeit weit reichende Änderungen des Finanzierungssys-

60 Exter, Hermans et al.2004, Seite 129.

61 Greß und Groenewegen 2001, Seite 35f.

tems im Gesetzgebungsverfahren, die zum 1. Januar 2006 wirksam werden sollen. Zentrale Inhalte dieser Reformpläne⁶² sind:

- Die Versicherungspflicht wird auf alle Bürger – Arbeitnehmer wie Selbständige – unabhängig von der Höhe des Einkommens ausgedehnt. Die gesetzliche und die private Krankenversicherung werden damit im Sinne einer Bürgerversicherung zusammengeführt.
- Der einkommensunabhängige Beitragsanteil wird deutlich angehoben. Etwa die Hälfte der Beiträge soll einkommensunabhängig von den Versicherten finanziert werden. Die Nominalprämie stiege damit auf etwa 1.000 Euro im Jahr.
- Steuerfinanziert werden zukünftig die Beiträge für Kinder sowie der Ausgleich für übermäßige Belastungen durch die Nominalprämie.
- Die Krankenkassen werden privatisiert. Die Unterscheidung zwischen öffentlich-rechtlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen entfällt. Alle Versicherungsunternehmen arbeiten zukünftig auf der gleichen betriebswirtschaftlichen Basis.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	16.149.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	468.052 / 28.983,3
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	13,7%
Arbeitslosenquote	2002	2,7%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	9,1%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	2.643
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	63,4% / 59,4% / 4,0%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	36,6% / 15,2% / 9,0%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	44,6% / 17,7% / 10,1%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	1,6%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	45,6% / 26,0% / 71,6%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

62 Greß et al. 2005, Seite 22f.

2.1.11 Österreich

Finanzierungsmodus

Auf der Grundlage eines obligatorischen Sozialversicherungssystems werden im österreichischen Gesundheitssystem die Sach- und Geldleistungen durch auf das Arbeitseinkommen erhobene Beiträge finanziert. Pflegeleistungen sind steuerfinanziert.

Kreis der Versicherten

In Österreich besteht Versicherungspflicht für alle Personen, die einer oder mehrerer Erwerbstätigkeiten nachgehen und deren erzieltetes Einkommen die Geringfügigkeitsgrenze von monatlich 323,46 Euro⁶³ übersteigt. Ebenso pflichtversichert sind Rentner und Bezieher von Transferleistungen beispielsweise aus der Arbeitslosenversicherung sowie Auszubildende. Damit liegt ein obligatorisches Sozialversicherungssystem sowohl für Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen als auch für Selbstständige vor. Mitversichert sind Kinder bis zu einer bestimmten Altersgrenze, Ehegatten nur, wenn sie sich der Kindererziehung widmen oder mindestens vier Jahre gewidmet haben sowie wenn der Ehegatte Pflegegeld in Höhe von mindestens Stufe Vier bezieht oder den Versicherten pflegt. Darüber hinaus besteht eine Anspruchsberechtigung für Angehörige, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben und nicht der Versicherungspflicht unterliegen. Geringfügig Beschäftigte und Studenten können sich zu reduzierten Sätzen freiwillig versichern. Eine Versicherungspflichtgrenze gibt es nicht.

Ausgestaltung des österreichischen Gesundheitssystems

Nahezu die gesamte österreichische Bevölkerung ist über eine gesetzliche Krankenversicherung abgesichert, die einheitlich für Österreich mit einem Bundesgesetz geregelt ist. Es existieren insgesamt 23 Krankenkassen: Dazu gehören neun nach einzelnen Bundesländern gegliederte Gebietskrankenkassen, fünf Krankenkassen für bestimmte Berufsgruppen und neun Betriebskrankenkassen. Die Mitgliedschaft erfolgt über Zuweisung nach Wohnort bzw. Berufsgruppe oder Betriebszugehörigkeit.

⁶³ Alle Angaben zu den Beitragssatzwerten sind den „Beitragsrechtlichen Werten in der Sozialversicherung“ des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zum Stichtag 1. Januar 2005 entnommen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden zum weit überwiegenden Teil über Beiträge finanziert. Allerdings sind in diesem gesetzlichen System sowohl abhängig Beschäftigte als auch Selbständige – Gewerbetreibende, Werkvertragsnehmer, Freiberufler und Landwirte – versicherungspflichtig. Die abzuführenden Beiträge unterscheiden sich nach der jeweiligen Statusgruppe. Der Beitragssatz setzt sich zusammen aus einem Grundbeitrag, einem Zusatzbeitrag in Höhe von 0,5 Prozentpunkten für die Krankenhausfinanzierung und seit 2004 aus einem Ergänzungsbeitrag von 0,1 Prozentpunkten für unfallbedingte Leistungen der Krankenversicherung. Da sich der Ergänzungsbeitrag im Wesentlichen auf Freizeitanfälle bezieht, wird er allein von den Arbeitnehmern getragen.

Der Gesamtbeitrag beläuft sich bei Arbeitern und Angestellten auf 7,4 Prozent. Der Arbeitgeber hat jedoch bei Arbeitern 3,55 Prozent, bei Angestellten 3,75 Prozent zu finanzieren. Für Selbständige fällt ein Beitragssatz in Höhe von 9,1 Prozent an. Rentner müssen 4,85 Prozent ihrer Rente an die Krankenversicherung abführen. Der Rentenversicherungsträger hat darüber hinaus zusätzlich 180 Prozent dieses Anteils an die Krankenkasse zu zahlen.

Seit 2001 muss für die Versicherung von Angehörigen, soweit sie nicht der Mitversicherung unterliegen, ein Zusatzbeitrag in Höhe von 3,4 Prozent abgeführt werden.

Die Beitragsbemessungsgrenze liegt für abhängig Beschäftigte bei 3.630 Euro und für selbständig Erwerbstätige bei 4.235 Euro monatlich.

In Österreich gibt es verschiedene, wenn auch vergleichsweise moderate Zuzahlungselemente. Für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe ist pro Quartal eine Krankenscheingebühr in Höhe von 3,63 Euro zu zahlen. Dies gilt allerdings nur für abhängig Beschäftigte. Selbständig Erwerbstätige haben sich mit 20 Prozent an den Ausgaben im ambulanten Bereich zu beteiligen. Für jedes verordnete Medikament fällt eine Rezeptgebühr von 4,14 Euro an. Dafür werden von den Krankenkassen aber die Kosten nahezu aller Arzneimittel übernommen.⁶⁴ Für die ambulante Behandlung an Krankenhäusern ist bei einer Überweisung ein Behandlungsbeitrag in Höhe von 10,90 Euro, ohne Überweisung von 18,17 Euro zu entrichten. Mit diesem Behandlungsbeitrag soll eine Steuerung der Patienten hin zu den niedergelassenen Vertragsärzten erreicht werden. Er darf im Jahr den Betrag von 72,67 Euro nicht übersteigen. Für jeden Tag einer Krankenhausbehandlung ist eine Selbstbeteiligung für maximal 28 Tage in Höhe von etwa acht Euro vorgegeben, die regional variieren kann.

64 BÄK intern 2004, Seite 8.

Neben der gesetzlichen können noch private Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Etwa jeder achte Österreicher verfügt über eine solche Zusatzversicherung, die sich zumeist auf besondere Serviceleistungen wie beispielsweise Einzelbettzimmer im Krankenhaus beziehen.

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Der Staat beteiligt sich an der Finanzierung von Krankenanstalten. Außerdem werden 50 Prozent der Kosten für Jugenduntersuchungen vom Bund getragen. Darüber hinaus ist die Pflegeversicherung steuerfinanziert und damit vom Staat getragen.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist in Österreich über Beiträge an der Finanzierung von Sach- und Geldleistungen im Krankheitsfall beteiligt. Der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber unterscheidet sich allerdings nach dem Berufsstatus der Beschäftigten.

Aufwendungen für das Wochengeld im Falle einer Mutterschaft werden zu 70 Prozent aus einem Ausgleichsfonds finanziert, den ausschließlich die Arbeitgeber tragen.

Reformvorgänge und aktuelle Entwicklungen

Wesentlicher Anstoß für die jüngsten Reformvorgänge im österreichischen Gesundheitssystem ist die defizitäre Entwicklung der Finanzen. Insbesondere zum Ende der 1990er Jahre nahmen die Ausgaben stärker zu als die Einnahmen, so dass Deckungslücken entstanden.

Reagiert wurde zum einen mit der Einführung bzw. Erhöhung der Zuzahlungen, um steuernd auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einzuwirken. 1996 wurden die Krankenscheingebühr und Zuzahlungen zu Kuraufenthalten eingeführt. 1997 wurde die Rezeptgebühr überdurchschnittlich erhöht. Eine Gebühr für ambulante Krankenhausbehandlung wurde durchgesetzt. Außerdem wurde ab 2001 die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen eingeschränkt.

Seit 2003 gibt es eine Verpflichtung für die Krankenversicherungsträger, ihre Versicherten über die jeweils getätigten Ausgaben zu informieren. Damit soll das Kostenbewusstsein der Versicherten geschärft werden.

Zum anderen wurde die Krankenhausfinanzierung neu geregelt. Sie besteht nunmehr aus einem Mischsystem aus Beitragsleistungen und allgemeinen Steuermitteln.

Im April 2004 wurde ein Strategiepapier veröffentlicht, in dem die österreichische Regierung für die nächste Legislaturperiode angedacht hat, auf nationaler und regionaler Ebene Einkaufsagenturen einzurichten. Damit sollen Anschaffungen erleichtert und die Ressourcennutzung optimiert werden. Die Hauptaufgabe der Agenturen würde darin bestehen, Dienstleistungen unter Berücksichtigung eines vordefinierten Qualitätsstandards und vordefinierter Preise einzukaufen. Die Einrichtung solcher Agenturen würde eine der bedeutendsten Strukturveränderungen im österreichischen Gesundheitswesen in den letzten Jahrzehnten bedeuten.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	8.053.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	232.269 / 28.842,5
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	15,5%
Arbeitslosenquote	2002	4,3%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	7,7%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	2.220
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	69,4% / 40,2% / 29,2%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	30,6% / 7,2% / 18,8%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	38% / 31,7% / 14,9%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	2,7%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	52,0% / 31,4% / 83,4%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.1.12 Portugal

Finanzierungsmodus

Portugal verfügt über ein öffentliches Gesundheitssystem: Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft sind im portugiesischen Gesundheitssystem steuerfinanziert. Die Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft werden zusammen mit Leistungen bezüglich Invalidität, Alter, Hinterbliebene und Arbeitslosigkeit im Rahmen eines Globalbeitrages gemeinsam vom Arbeitseinkommen erhoben.

Kreis der Versicherten

Im Sinne eines Universalsystems ist die gesamte Bevölkerung nach dem Nationalitäts- und dem Wohnsitzprinzip anspruchsberechtigt. Damit haben alle Portugiesen und alle in Portugal ansässigen Ausländer, letztlich auch Staatenlose, formal Zugang zum Gesundheitssystem.

Ausgestaltung des portugiesischen Gesundheitssystems

Erst in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre wurde in Portugal das heutige System der Gesundheitsfürsorge und -absicherung eingeführt. Portugal hatte gerade im Hinblick auf europäische Standards einen nicht unerheblichen Nachholbedarf bezüglich der Qualität der Gesundheitsversorgung. Mit dem Ausbau des Versorgungssystems konnten beispielsweise die allgemeine Sterberate und Kindersterblichkeit signifikant reduziert werden. Aufholbedarf besteht aber weiterhin im Vergleich zu den meisten anderen europäischen Ländern, unter anderem in der stationären Versorgung.⁶⁵ Daneben bestehen zum Teil deutliche versorgungsstrukturelle Differenzen zwischen den einzelnen portugiesischen Regionen.

Die Gesundheitsversorgung wird von einem allgemeinen, nationalen Gesundheitsdienst (SNS) angeboten. Der Gesundheitsdienst wird zu 90 Prozent vom Staat über Steuern finanziert, rund zehn Prozent kommen aus anderen Einnahmequellen wie Zuzahlungen und Dienstleistungsgebühren, die von Krankenhäusern berechnet werden. Das vom Staat zur Verfügung gestellte Budget für den Gesundheitsdienst wird von Jahr zu Jahr neu festgelegt. Zwischen 1993 bis 2002 gab es jedoch regel-

65 Guichard 2004.

mäßig zusätzliche Ausgaben. Die festgelegte Budgethöhe wurde in diesen Jahren durchschnittlich um 7,5 Prozent übertroffen.

Die Organisation des Gesundheitswesens ist mittlerweile dezentralisiert in fünf so genannte Gesundheitsregionen, die ihrerseits weiter differenziert sind. Letztlich finden sich auf örtlicher Ebene Gesundheitszentren, die die medizinische Versorgung sicherstellen. Anspruchsberechtigte können sich dort anmelden und für einen bestimmten Hausarzt entscheiden, der die weitere Behandlung koordiniert und im gegebenen Fall Überweisungen zum Facharzt oder ins Krankenhaus vornimmt.

Die Eigenbeteiligung der Patienten liegt in Portugal bezogen auf das Durchschnittseinkommen insbesondere bei Medikamenten und therapeutischen Produkten verhältnismäßig hoch. Für Arztbesuche werden 1,50 Euro, für ambulante Krankenhausbehandlung bis zu 2,99 Euro und für Notfallkonsultationen 4,99 Euro als Selbstbeteiligung verlangt. Für diagnostische und therapeutische Mittel kann diese Selbstbeteiligung allerdings zwischen 0,75 Euro und 149,63 Euro variieren. Bei Medikamenten, die im amtlichen Arzneimittelverzeichnis geführt werden, ist der staatliche Zuschuss je nach Erkrankung in drei Kategorien differenziert und reicht von 40 über 70 bis zu 100 Prozent.

Der Globalbeitrag für soziale Sicherheit, der Geldleistungen bei Krankheit und weitere soziale Leistungen absichert, wird durch Arbeitnehmerbeiträge in Höhe von elf Prozent und Arbeitgeberbeiträge in Höhe von 23,25 Prozent finanziert. Bestimmten Arbeitgebern wird aus arbeitsmarktpolitischen Gründen eine Beitragsermäßigung gewährt. Dies betrifft Arbeitgeber, die neu auf den Arbeitsmarkt Kommende oder Behinderte einstellen, sowie gemeinnützige Organisationen. Zur zusätzlichen Finanzierung der sozialen Sicherheit wurde am 1. Januar 1995 der Mehrwertsteuersatz um einen Prozentpunkt erhöht.

Neben dem nationalen Gesundheitsdienst gibt es noch mehrere angegliederte Versorgungssysteme, die sich durch Beiträge finanzieren und ausschließlich bestimmten Berufsgruppen offen stehen, wie Beschäftigten im Banken- und Telekommunikationsbereich, Beamten und Militärangehörigen. Sie decken die Versorgung von rund einem Viertel der Bevölkerung ab. Zugang zum nationalen Gesundheitsdienst besteht für diesen Personenkreis aber weiterhin.

Private Zusatzversicherungen werden in Portugal abgeschlossen, um den Versorgungsmängeln des Gesundheitsdienstes entgegenzuwirken. Sie bestimmen zwar weniger als zwei Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit, tendenziell nimmt ihre Bedeutung aber zu.

Als kritisch werden in Portugal Wartezeiten, Ineffizienzen und deutliche regionale Unterschiede in der Versorgung betrachtet.

Zwar haben alle Portugiesen formal im gleichen Maße Zugang zum Gesundheitssystem. Faktisch zeigen sich aber Differenzen – geographisch wie ökonomisch. Geographisch gesehen konzentrieren sich die medizinischen Einrichtungen in den drei städtischen Regionen um Lissabon, Porto und Coimbra. Zudem ist die Ärztedichte in den Küstenregionen überdurchschnittlich hoch. In sozial schwachen und ländlichen Gebieten dagegen ist häufig nur ein unzureichendes Angebot an Gesundheitsdiensten vorhanden. Weitere Ungleichgewichte entstehen dadurch, dass viele Ärzte zusätzlich im privaten Sektor arbeiten, um den Pauschalohn, den sie für ihre Arbeit im Gesundheitsdienst erhalten, zu ergänzen.⁶⁶

Zudem besteht ein Effektivitätsproblem: Länder mit ähnlich hohen Gesundheitsausgaben erreichen oftmals bessere Resultate bezüglich der Versorgungsqualität. Allerdings sollte dabei berücksichtigt werden, dass diese Länder oftmals über eine längere Zeitspanne in ihr Gesundheitssystem investiert haben.

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Die Sachleistungen werden gänzlich vom Staat finanziert. Die Finanzierung von Pflegeleistungen wird teilweise vom Staat übernommen.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist über einen Globalbeitrag an der Finanzierung von Geldleistungen im Krankheitsfall beteiligt. Der Arbeitgeberanteil zu diesem Globalbeitrag ist dabei mehr als doppelt so hoch wie der Arbeitnehmeranteil.

Reformvorgänge und aktuelle Entwicklungen

Die Reformbemühungen setzten in Portugal im Wesentlichen seit Mitte der 1990er Jahre ein und haben eine Verbesserung der Effizienz und der Qualität der Versorgung zum Ziel. Dies soll zum einen durch die Dezentralisierung, die 1993 eingeführt wurde und das Land in fünf autonome Gesundheitsverwaltungen unterteilte, und zum anderen durch eine stärker wettbewerblich organisierte Anbieterstruktur erreicht werden.

⁶⁶ Die Angestellten des Gesundheitsdienstes erhalten ihrem Berufsstand und Alter entsprechend ein fixes, vom Staat festgelegtes Gehalt.

Im April 2003 wurde eine neue Gesetzgebung bewilligt, die 2005 umgesetzt werden soll. Dabei soll die Finanzierung der Gesundheitszentren durch Einführung einer Kopfsteuer verändert werden. Die Kalkulation der Kopfsteuer basiert dann darauf, wie viele Patienten das jeweilige Gesundheitszentrum nutzen, wie die demographische Struktur der Bevölkerung in diesem Gebiet aussieht und wie gut jeweils ein Krankenhaus erreicht werden kann.

Zudem soll durch die Einführung neuer Managementstrukturen in den Gesundheitszentren die Effizienz gesteigert werden: Das Gesundheitsministerium wird für jeweils drei Jahre einen Arzt benennen, der das Management übernimmt. Weiter sollen neue Gehaltsberechnungen für Ärzte, die auf Anzahl der Patienten und Leistung basieren, Anreize für engagiertes Arbeiten schaffen. Auch in der Krankenhausverwaltung wird eine Umstrukturierung angestrebt: 2002 entstanden durch die Verbindung von öffentlichen und privaten Organisationsstrukturen vier verschiedene Krankenhausverwaltungstypen.

Portugal hat wie nahezu alle Länder, die über einen nationalen Gesundheitsdienst verfügen, Probleme mit Wartelisten insbesondere bei chirurgischen Eingriffen. Um hier eine Verbesserung zu erzielen, wurden auch private Anbieter vom nationalen Gesundheitsdienst unter Vertrag genommen.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	10.368.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	190.525 / 18.376,3
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	16,6%
Arbeitslosenquote	2002	5,1%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	9,3%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	1.702
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	68,5% / k.A. / k.A.
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	31,5% / k.A. / k.A.
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	1998 ²	k.A. / k.A. / 22,8%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	k.A.
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	21,0% / 3,1% / 24,1%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.1.13 Schweden

Finanzierungsmodus

In Schweden besteht ein öffentliches Gesundheitssystem: Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft sind steuerfinanziert. Die Geldleistungen im Krankheitsfall werden durch auf das Arbeitseinkommen erhobene Arbeitgeberbeiträge finanziert.

Kreis der Versicherten

Versichert ist die gesamte Bevölkerung nach dem Wohnsitzprinzip. Es gibt keine Versicherungspflichtgrenze.

Ausgestaltung des schwedischen Gesundheitssystems

Schweden verfügt über ein staatliches Gesundheitssystem, das im Wesentlichen steuerfinanziert und dezentral organisiert ist. Allerdings werden vom Zentralstaat über Gesetze und Verordnungen grundlegende Versorgungsprinzipien festgelegt. Für die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten sind die 21 Provinziallandtage (Landsting) sowie die Gemeinden zuständig.

Die Provinziallandtage erheben auf das Einkommen bezogene Steuern zur Finanzierung der Gesundheitsdienste. Sie bilden eine Ebene der kommunalen Selbstverwaltung zwischen den Gemeinden und dem Staat. Die 21 Provinziallandtage können je nach Kommunalpolitik innerhalb eines vorgegebenen Rahmens eigene Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung setzen: Sie sind für die Verteilung der finanziellen Mittel und die Gesamtplanung der angebotenen Dienste zuständig. Die Bevölkerung innerhalb der von den Provinziallandtagen verwalteten Gebieten variiert zwischen 60.000 und 1,8 Millionen Menschen.⁶⁷

In Schweden erfolgt die medizinische Grundversorgung hauptsächlich in Gesundheitszentren. Die Distrikt- und Bezirkskrankenhäuser sind für die stationäre Versorgung zuständig. Mit ihren poliklinischen Abteilungen nehmen sie aber auch an der ambulanten Versorgung teil. Zusätzlich zu den im nationalen Gesundheitsdienst organisierten Dienstleistungsanbietern gibt es vertraglich in das Sozialsystem eingebundene private ärztliche und krankengymnastische Praxen.⁶⁸

67 Socialstyrelsen 2003, Seite 5.

68 Michelsen 2003, Seite 32.

Schwedische Bürger müssen sich an den Kosten medizinischer Versorgungsleistungen beteiligen: Für einen Aufenthaltstag im Krankenhaus ist eine Selbstbeteiligung von 80 Schwedischen Kronen (SEK)⁶⁹ vorgeschrieben. Für die Konsultation eines Hausarztes wird eine Selbstbeteiligung in Höhe von 100 bis 250 SEK, für den Besuch eines Facharztes in Höhe von 150 bis 300 SEK fällig. Die Obergrenze der Selbstbeteiligung liegt bei derzeit 900 SEK. Für einen Patienten, der bereits 900 SEK Eigenbeteiligung gezahlt hat, entstehen für die Behandlungen in den folgenden 12 Monaten keine zusätzlichen Kosten.

Neben den Behandlungskosten müssen Ausgaben für Medikamente ebenfalls bis zu einer Obergrenze von 900 SEK vom betreffenden Patienten selbst getragen werden. Prinzipiell muss in Schweden nicht mehr als 1.800 SEK Eigenanteil innerhalb von zwölf Monaten gezahlt werden. Schweden unterhalb des 20. Lebensjahres sind von Zuzahlungen befreit.⁷⁰

Die Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft sind in Schweden steuerfinanziert. Die Geldleistungen im Krankheitsfall hingegen werden über Arbeitgeberbeiträge finanziert. Der Beitragssatz liegt derzeit bei 11,08 Prozent. Selbständige zahlen 11,81 Prozent ihrer Einkünfte. Darüber hinaus finanzieren die Arbeitgeber und Selbständige eine Elternchaftsversicherung mit jeweils 2,2 Prozent. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze.

Private ärztliche Versorgung spielt in Schweden keine unwesentliche Rolle und ist vertraglich in den Gesundheitsdienst eingebunden. Im Jahr 2002 wurden 27 Prozent der medizinischen Grundversorgung und 31 Prozent der fachärztlichen Versorgung von privaten Ärzten geleistet. In den städtischen Ballungsgebieten ist der prozentuale Anteil privatärztlicher Versorgung höher als in den ländlichen Gebieten.

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Sachleistungen werden überwiegend von den Regionen und Gemeinden finanziert. Pflegeleistungen werden gänzlich von den Kommunen übernommen.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Allein der Arbeitgeber ist in Schweden über Beiträge an der Finanzierung von Geldleistungen beteiligt.

69 100 Schwedische Kronen entsprechen 11,04 Euro. Stand: 17.01.2005.

70 Socialstyrelsen 2003, Seite 5.

Reformvorgänge und aktuelle Problemstellungen

In Schweden wuchs – unter anderem als Folge relativ niedriger ökonomischer Wachstumsraten Anfang bis Mitte der 1990er Jahre – das öffentliche Haushaltsdefizit. Trotz Anhebung der Steuern stiegen die Schulden der Bezirksgemeinden und Kommunen. Die defizitäre Haushaltssituation hatte auch gesundheitspolitische Auswirkungen: So plant über die Hälfte der Provinziallandtage Veränderungen in der Organisation der Gesundheitsversorgung, wie beispielsweise eine Trennung von stationärer Notversorgung und planbarer Versorgung sowie eine Spezialisierung der Kliniken auf bestimmte medizinische Felder.

Zugleich fand eine Verschiebung der Ausgabenstruktur zu Lasten der privaten Haushalte statt: Der Anteil, den die privaten Haushalte an den Gesundheitskosten tragen, ist zwischen 1993 und 2002 von 11,5 Prozent auf 14,9 Prozent gestiegen. Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich beim Eigenanteil an den Kosten der Medikamente ab: Er ist von 11,5 Prozent im Jahr 1993 auf 14,3 Prozent im Jahr 2002 gestiegen.⁷¹

Eine Umfrage des „Vårdbarometern“ – einer jährlichen telefonischen Umfrage zur Gesundheitsversorgung bei 0,5 Prozent der volljährigen schwedischen Bevölkerung – hat für 2003 drei Hauptkritikpunkte der schwedischen Bürger an ihrem Gesundheitssystem hervorgebracht:

- Wartezeiten und Wartelisten werden als zu lang empfunden.
- In den einzelnen Versorgungsbereichen soll mehr Personal zur Verfügung stehen.
- Mehr Arztkontakte bei längerer Konsultationsdauer sollen möglich sein.

Die schwedische Regierung will mit einer so genannten Behandlungsgarantie entgegenwirken: Demnach soll zumindest ein telefonischer Kontakt sichergestellt und eine persönliche Vorstellung innerhalb von sieben Tagen garantiert werden.

Trotz der wachsenden Finanzierungsprobleme bleibt eine systemverändernde Reformbestrebung in Schweden bisher aus. Die beiden Grundprinzipien Universalismus und Gleichheit bei der Versorgung im Krankheitsfall werden nach wie vor als öffentliche Angelegenheit verstanden. Anfang der 1990er Jahre gab es verschiedene Versuche, mehr Wettbewerb unter den Leistungsanbietern einzubringen. Diese wurden aber nur halbherzig durchgeführt und schließlich verworfen. Die Elemente

⁷¹ Socialstyrelsen 2003, Seite 5ff.

Markt, Wettbewerb und Privatisierung spielen bisher im schwedischen Gesundheitssystem eine sehr begrenzte Rolle.⁷² Ausgabenreduzierungen sollen eher über Umstrukturierung der Versorgungsstrukturen erreicht werden.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	8.925.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	243.254 / 27.255,4
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	17,2%
Arbeitslosenquote	2002	4,6%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	9,2%
Pro Kopf – Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	2.517
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	85,0% / k.A. / k.A.
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	15,0% / k.A. / k.A.
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	k.A. / k.A. / 13,9%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	k.A.
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	45,2% / 13,5% / 58,7%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

72 Michelsen 2003, Seite 35ff.

2.1.14 Spanien

Finanzierungsmodus

Spanien verfügt über ein öffentliches Gesundheitssystem: Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft sind steuerfinanziert. Geldleistungen werden in Form eines Globalbeitrags für Soziale Sicherheit finanziert, der aus auf das Arbeitseinkommen erhobenen Beiträgen besteht. Er deckt neben Geldleistungen im Krankheitsfall auch Alterssicherung und Invalidenrente ab.

Kreis der Versicherten

Zugang zur medizinischen Versorgung hat die gesamte Bevölkerung. Beamte erhalten darüber hinaus Beiträge für eine private Versicherung.

Ausgestaltung des spanischen Gesundheitssystems

Erst 1986 wurde durch das allgemeine Gesundheitsgesetz der Anspruch auf Gesundheitsversorgung in Spanien festgelegt und ein nationaler Gesundheitsdienst geschaffen, der die medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung gewährleisten soll. Er ist in einen nationalen und mehrere regionale Gesundheitsdienste gegliedert. Im Grunde sollen alle so genannten autonomen Regionen („Comunidades Autónomas“) einen regionalen Gesundheitsdienst einrichten, bislang konnten aber nur sieben Regionen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen. Die anderen zehn handeln noch in unmittelbarer Absprache mit dem Staat.

1996 wurde die Finanzierung des Gesundheitswesens gänzlich von einem beitragsfinanzierten auf ein steuerfinanziertes System umgestellt und in den Staatshaushalt integriert. Zuvor bestand die staatliche „Seguridad Social“, in die Arbeitgeber und Arbeitnehmer Beiträge einzahlten. Dieses soziale Sicherungssystem umfasste aber bis in die 1980er Jahre hinein nur 70 Prozent der Bevölkerung.⁷³

Die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ist bis auf die zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung kostenfrei⁷⁴. Bei Medikamenten sind jedoch Eigenbeteiligungen zu leisten. So sind generell 40 Prozent des Arzneimittelpreises zu zahlen. In bestimmten Fällen liegt die Selbstbeteiligung sogar bei 90 Prozent bis zu

73 Kellner 2005, Seite 21.

74 Ärzte Zeitung, 14. 02. 2005.

einem Maximalbetrag von 2,64 Euro. Rentner sind von diesen Zuzahlungen befreit. Die Medikamentenpreise unterliegen allerdings einer vergleichsweise starken staatlichen Steuerung.

Acht Prozent der Spanier verfügen über private Zusatzversicherungen. Dazu zählen zum wesentlichen Teil die Staatsangestellten sowie Freiberufler.

Im Hinblick auf den Globalbeitrag für alle Bereiche der sozialen Sicherung betragen die auf den Bruttolohn erhobenen Arbeitnehmerbeiträge in Spanien 23,6 Prozent und die Arbeitgeberbeiträge 4,7 Prozent. Die Beitragsbemessungsgrenze liegt bei 2.731,50 Euro im Monat. Diese bezieht sich auf die Berufsgruppe, zu der die Mehrheit der Arbeitnehmer zählt. Darüber hinaus gibt es für elf weitere Berufsgruppen jeweils verschiedene Beitragsbemessungsgrenzen.

4,6 Prozent der Spanier sind im Staatsdienst und unterliegen damit anderen Sicherungsmodalitäten: Die Krankenversicherungen für Staatsangestellte werden zu 70 Prozent vom Staat finanziert und 30 Prozent der Beiträge werden von den Angestellten erbracht. Wohlhabende Selbständige und Freiberufler sind nicht vom nationalen Gesundheitsdienst erfasst.⁷⁵

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Sachleistungen werden prinzipiell vom Staat finanziert. Zu den Geldleistungen gibt es je nach wirtschaftlicher Situation oder sonstigen Sonderbedingungen Staatszuschüsse. Die meisten Steuern zur Finanzierung des Gesundheitssystems werden zentral erhoben, da die Regionalregierungen nur über begrenzte Steuerautonomie verfügen.⁷⁶

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist in Spanien im Rahmen des Globalbeitrages an der Finanzierung von Geldleistungen im Krankheitsfall beteiligt.

75 Rico 2002, Seite 3.

76 Rico 2002, Seite 3.

Reformvorgänge und aktuelle Problemstellungen

Die zentralen, großen Reformen im spanischen Gesundheitswesen fanden von Mitte der achtziger bis Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts statt und fanden mit der Umstellung des ursprünglich beitragsfinanzierten auf ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem ihren Höhepunkt. Bereits zuvor musste eine Deckungslücke von rund 30 Prozent des Versicherungssystems aus Steuermitteln aufgefangen werden.

Erst seit 1995 gibt es ein klar umrissenes Leistungspaket und bis heute stellt das ungleiche Leistungsangebot zwischen den regionalen Gesundheitsdiensten ein Problem dar. Zudem sind in Spanien Wartelisten – insbesondere bezüglich fachärztlicher stationärer Behandlung – nicht unüblich.⁷⁷ In Madrid wird von Wartezeiten von 240 Tagen auf einen Termin bei einem Gynäkologen und von 178 Tagen bei einem Neurologen berichtet.⁷⁸ Die erheblichen Wartezeiten führen in Spanien immer stärker zu einem privat finanzierten Parallelsystem, mit dem Teile der Bevölkerung die unzureichende Versorgungslage vorwiegend im ambulanten Bereich zu kompensieren versuchen. Als problematisch wird zudem die hohe Preisdynamik im Medikamentenbereich angesehen.⁷⁹

Die bereits in den 1990ern beschlossene Einrichtung von selbständigen regionalen Gesundheitsdiensten in den autonomen Regionen soll vollendet werden. Die bisher nur teilweise umgesetzte Dezentralisierung hat zu einem fragmentierten System der Finanzierung des Gesundheitswesens geführt und die Kostenkontrolle erschwert.⁸⁰ Bis zum Jahr 2000 konnten nur sieben von 17 Regionen einen autonomen regionalen Gesundheitsdienst einrichten. Im März 2003 wurde das „Nationale Gesundheitssystemgesetz“ im Parlament diskutiert. Die Übertragung der Zuständigkeiten für den Gesundheitsdienst auf die autonomen Regionen soll endgültig umgesetzt werden. Die Vollendung des Dezentralisierungsprozesses und die Einigung auf klar definierte Modelle der Finanzierung sowie des Managements im nationalen Gesundheitsdienst werden in nächster Zeit zentrales Thema der spanischen Gesundheitspolitik sein.⁸¹

77 Reinhard 1998, Seite 448.

78 Kellner 2005, Seite 20.

79 Kellner 2005, Seite 21.

80 Rico 2002, Seite 3.

81 Rico 2002, Seite 9.

Ende der 1990er gab es Bestrebungen, die Organisationsform der Leistungserbringer und ihre Finanzierung zu reformieren. 1999 wurde ein Gesetz eingeführt, welches allen spanischen Krankenhäusern eine flexible, autonome Organisationsform ermöglicht.⁸²

Auf der Grundlage eines im Mai 2002 verabschiedeten Gesetzes wurde in Katalonien ein darüber hinausgehendes Pilotprojekt gestartet. Dabei wird ein öffentliches Einkaufssystem für medizinische Dienstleistungen getestet. Die Anbieter können staatlich, gemeinnützig oder privat sein. Das Vergütungssystem basiert auf Kopfpauschalen, errechnet durch die pro Kopf umgelegten öffentlichen Gesundheitsausgaben in Katalonien.⁸³ 2005 hatten bereits in zwei spanischen Regionen im Rahmen eines solchen Einkaufsmodells private Anbieter die gesamte Gesundheitsversorgung übernommen. 2007 folgt Denia als dritte spanische Region.⁸⁴

Im April 2004 haben drei der autonomen Regionen (Galizien, Madrid und Katalonien) zur Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems eine neue Mehrwertsteuer auf Benzin erhoben. Die Erhebung dieser Steuer ist eingebettet in eine laufende Debatte darüber, ob die steigenden Gesundheitskosten durch die Bundesregierung, die Landesregierung oder durch die Nutzer der medizinischen Dienstleistungen finanziert werden sollen.⁸⁵

82 Rico 2002, Seite 8.

83 Busse und Schlette 2003, Seite 39.

84 Ärzte Zeitung, 14. 02. 2005.

85 Health Policy Monitor, Bertelsmann Stiftung, Stand November 2004.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	41.874.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	904.166 / 21.592,5
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	16,9%
Arbeitslosenquote	2002	11,3%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	7,6%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	1.646
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	71,7% / 6,9% / 64,8%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	28,3% / 3,9% / 23,5%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	41,8% / 26,3% / k.A.
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	3,0%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	38,0% / 9,6% / 47,6%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.1.15 Vereinigtes Königreich (von Großbritannien und Nordirland)

Finanzierungsmodus

Das Vereinigte Königreich verfügt über ein öffentliches Gesundheitssystem nach Beveridge-Muster: Sachleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft sind im Wesentlichen steuerfinanziert. Nur ein kleiner Teil der Sachleistungen sowie alle Geldleistungen im Krankheitsfall und bei Mutterschaft werden über auf den Brutto-lohn erhobene Beiträge getragen.

Im Vereinigten Königreich gilt das Prinzip des Globalbeitrags: Ein gemeinsamer Beitrag wird für die Bereiche Geldleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, Invalidität, Alter, Hinterbliebenenversorgung und Arbeitslosigkeit entrichtet.

Kreis der Versicherten

Im Sinne eines Universalsystems sind alle Einwohner nach dem Wohnsitzprinzip abgesichert. Ausnahmen vom Sicherungsanspruch gibt es nicht.

Ausgestaltung des britischen Gesundheitssystems

1946 wurde der nationale Gesundheitsdienst – National Health Service (NHS) – mit den beiden Systemzielen ‚Gleichheit‘ und ‚Effizienz‘ eingeführt. Im Hinblick auf das Grundprinzip der Gleichheit wurde eine Steuerfinanzierung einer Beitragsfinanzierung vorgezogen. Das zweite Grundprinzip der Effizienz sollte durch staatliche Planung, Steuerung und Organisation erreicht werden. Das britische System gilt als „Urmodell“ eines nationalen Gesundheitsdienstes und wurde weltweit Gestaltungsvorlage der Gesundheitssysteme anderer Länder.⁸⁶

Das britische Gesundheitssystem ist zentralistisch organisiert. Das Gesundheitsministerium (Department of Health) ist für die Mittelverteilung zuständig und formuliert die Zielsetzungen. Dem NHS unterstehen nahezu alle Gesundheitsdienste: Über 90 Prozent der britischen Ärzte arbeiten im Rahmen des NHS und erhalten von ihm ein Budget, welches sich an der Anzahl der zu versorgenden Einwohner orientiert. 95 Prozent der Krankenhausbetten gehören zum National Health Service.⁸⁷

⁸⁶ Schulte 1998, Seite 347.

⁸⁷ BÄK intern 2004.

Ärztliche Behandlung ist grundsätzlich kostenfrei, finanzielle Eigenbeteiligung muss bei Medikamenten, Brillen und Zahnersatz geleistet werden. Das britische Gesundheitssystem weist vergleichsweise niedrige Ausgabenquoten auf.

Für den auf den Bruttolohn erhobenen Globalbeitrag gilt: Arbeitnehmer zahlen auf ein wöchentliches Einkommen zwischen 89 Britische Pfund (GBP)⁸⁸ und 595 GBP einen Beitragssatz in Höhe von elf Prozent. Der Arbeitgeberanteil liegt ab einem Gehalt von 89 GBP bei 12,8 Prozent des Wochenverdienstes.

Wenn Arbeitnehmer einem einkommensbezogenen betrieblichen Altersversorgungssystem angehören, reduziert sich ihr Anteil um 3,5 Prozent und wenn sie einem Kapitalanlagesystem angehören, um ein Prozent. Bei Kapitalanlagesystemen übernimmt der Staat eine vom Alter des Arbeitnehmers abhängige Beitragsreduktion.

Selbstbeteiligungen sind im britischen Gesundheitssystem für ärztliche Leistungen nicht vorgesehen. Lediglich selbst geforderte Sonderleistungen bzw. klinisch nicht erforderliche Behandlungen müssen vom Inanspruchnehmer getragen werden. Für Arzneimittel sind 6,30 GBP je verordnetem Medikament aufzubringen. Mit so genannten Vorauszahlungs-Scheinen können Patienten, die häufig auf Medikamente angewiesen sind, die Zuzahlungen auf 90,40 GBP begrenzen.

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Der nationale Gesundheitsdienst (NHS) wird überwiegend vom Staat finanziert. Bei außergewöhnlich hohem Krankenstand erbringt der Staat Zuschüsse zu den ansonsten vom Arbeitgeber finanzierten Geldleistungen im Krankheitsfall. Zudem übernimmt der Staat die Finanzierung von Pflegeleistungen.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber ist im Vereinigten Königreich über auf den Arbeitslohn bezogene Beiträge an der Finanzierung von Geldleistungen im Krankheitsfall sowie eines geringen Teils von Sachleistungen beteiligt.

88 100 GBP entsprechen aktuell 142,67 Euro. Stand: 17.01.2005.

Aktuelle Problemstellungen und Reformvorgänge

Kapazitätsengpässe und damit einhergehend lange Wartelisten gehören zu den Kernproblemen der Gesundheitsversorgung im Vereinigten Königreich. Betroffen sind vor allem Patienten, die freiwillige Operationen – wie Hüft- oder Knieoperationen – in Anspruch nehmen wollen. Im März 2003 standen im Vereinigten Königreich 1.034.700 Patienten auf einer Warteliste. Davon warteten 22.200 Personen länger als 12 Monate.⁸⁹ Diese Engpässe können als Kehrseite der geringen Gesundheitsausgaben des Vereinigten Königreichs interpretiert werden: Zum einen sind Kapazitäten nicht ausgebaut, sondern teilweise sogar abgebaut worden. So wird gerade in jüngster Zeit wieder von Kapazitäts- und Personalkürzungen berichtet, weil die finanziellen Spielräume sehr straff gehalten werden bzw. das bereitgestellte Budget durch steigende Verwaltungsaufwendungen nicht im angestrebten Umfang in die Kliniken und die Primärarztpraxen gelange.⁹⁰ Zum anderen ist die Bezahlung für Angestellte des NHS nicht sehr attraktiv. Dies führt teilweise zu einem Mangel an qualifiziertem Personal.⁹¹

Der nationale Gesundheitsdienst und seine Steuerfinanzierung sind trotz der dargestellten Versorgungsmängel bisher im Vereinigten Königreich nicht prinzipiell in Frage gestellt worden. Im Hinblick auf eine effizientere Organisation wurden die ursprünglich nahezu vollständig staatlichen Angebotsstrukturen schrittweise mit wettbewerblichen Elementen weiterentwickelt.

Zwar werden nach wie vor die meisten medizinischen Versorgungsleistungen durch öffentliche Dienstleister erbracht, dennoch zeichnet sich in jüngster Zeit eine vermehrte Einbeziehung privater Dienstleistungsanbieter ab. Anfang der 1990er Jahre wurden mit der Zielsetzung der Effizienzsteigerung wettbewerblich orientierte Angebots- und Nachfragestrukturen in den NHS eingeführt (NHS Community Care Act, 1990). An die Stelle des ursprünglich öffentlichen Versorgungssystems ist ein öffentliches Vertragsmodell („Public Contract Model Health System“) getreten. Die Aufgabe der Gesundheitsbehörden („Health Authorities“) ist nunmehr die Ermittlung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen sowie dessen Abdeckung durch die Beschaffung der benötigten Leistungen auf Grundlage des Sachleistungsprinzips.⁹² Dazu können nicht staatliche Leistungsanbieter in Anspruch genommen werden.

89 Schölkopf und Stapf-Finé 2003, Seite 114.

90 Ärzte Zeitung, 16. 03. 2005.

91 Pearson, Reilly et al. 2004.

92 Schulte 1998, Seite 355f.

Im Oktober 2000 wurde eine (Vertrags-)Partnerschaft zwischen dem nationalen Gesundheitsdienst und privaten und gemeinnützigen Anbietern beschlossen. Das Gesundheitsministerium unterschrieb eine Vereinbarung mit dem Kernsatz, dass es keine organisatorischen oder politischen Barrieren geben sollte, wenn es um die Sicherung der Versorgungsqualität geht.⁹³ Damit können medizinische Dienstleistungen auch von privaten Anbietern angeboten werden. Public-Private-Partnership-Modelle werden zunehmend angestrebt.

Die vermehrte Inanspruchnahme privater Gesundheitsdienstleistungen soll auch einen Beitrag zur Verringerung der Wartelisten bieten. Zwischen 1990 und 1996 ist der Anteil der privaten Krankenhausbehandlungen im Rahmen des NHS von zehn Prozent auf 17 Prozent gestiegen. Zusätzlich werden britische Patienten mit akuten Gesundheitsproblemen und starken Schmerzen nun auf Staatskosten teilweise im europäischen Ausland behandelt.⁹⁴ 2002 kündigte das Finanzministerium eine Erhöhung des NHS-Budgets von 93,5 Milliarden Euro im Jahr 2003/04 auf 151 Milliarden Euro im Jahr 2007/08 an, um der Unterfinanzierung entgegenzuwirken und Versorgungsengpässe zu überwinden.⁹⁵

Im April 2004 wurde beschlossen, die Kapazität der unzureichenden öffentlichen zahnärztlichen Versorgung zu erhöhen. Die zahnärztliche Behandlung zeichnet sich im Vereinigten Königreich durch einen kontinuierlich anwachsenden privaten Sektor aus. Um diesem Trend entgegenzuwirken, wird die britische Regierung zusätzlich 368 Millionen Pfund bereitstellen, um bis Oktober 2005 weitere 1.000 Zahnärzte im NHS einzustellen.

Im Vereinigten Königreich wächst die Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen kontinuierlich. Etwa elf Prozent der Briten besitzen mittlerweile eine private Zusatzversicherung. Dabei steigt insbesondere die Nutzung erwerbsgebundener privater Krankenversicherungen.⁹⁶ Allerdings verlieren private Krankenversicherungen aktuell an Attraktivität, da sie in den letzten Jahren mit einem Ansteigen der Tarife deutlich oberhalb der Inflationsrate zu kämpfen haben⁹⁷.

Im März 2004 verkündete die Regierung, dass in Zukunft der NHS durch vermehrte Wahlmöglichkeiten für Patienten gekennzeichnet sein sollte und dementsprechend Maßnahmen geplant würden.

93 Robinson 2001, Seite 3.

94 BÄK intern 2004, Seite 3.

95 Busse und Schlette 2003, Seite 22.

96 Busse und Schlette 2003, Seite 21.

97 Ärzte Zeitung, 15. 02. 2005.

Zentrale Positionen für die Weiterentwicklung des britischen Gesundheitssystems sind eine anhaltende Rücknahme direkter ministerieller Kontrollen bei gleichzeitiger Erweiterung unternehmerischer Handlungsspielräume für den NHS. Die Reformoptionen beziehen sich damit in erster Linie auf die institutionelle Gestaltung des NHS und weniger auf das Finanzierungssystem als solches.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	59.232.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	1.656.041 / 27.958,6
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	15,9%
Arbeitslosenquote	2002	5,1%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	7,7%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	2.160
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	80,9% / k.A. / k.A.
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	19,1% / k.A. / k.A.
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	1997 ²	k.A. / k.A. / 15,8%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	k.A.
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	42,7% / 13,0% / 55,7%

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.1.16 Schweiz

Finanzierungsmodus

In der Schweiz besteht ein Pflichtversicherungssystem: Sachleistungen im Krankheitsfall werden durch individuelle, von Versicherern festgelegte Prämien finanziert. Die Prämienhöhe ist aufgrund der regional unterschiedlich hoch ausfallenden Kosten nach Kantonen und Regionen gestaffelt. Sie kann zudem von Versicherung zu Versicherung variieren, ist aber für alle Versicherte einer Versicherungsanstalt gleich. Für Kinder und Jugendliche gelten niedrigere Prämien.

Geldleistungen im Krankheitsfall sind über Zusatzversicherungen individuell zu tragen. Auch hier ist eine vom Versicherer festgesetzte Prämie zu entrichten. Die Prämienhöhe kann sich hier im Hinblick auf die abgesicherte Leistungshöhe unterscheiden. Diese Tagegeldversicherung ist freiwillig.

Kreis der Versicherten

Für alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz besteht Versicherungspflicht. Zugezogene haben sich in einem Zeitraum von drei Monaten zu versichern. Jeder Einwohner hat eine eigene Versicherung abzuschließen. Mitversicherungsmöglichkeiten bestehen nicht.

Ausgestaltung des schweizerischen Gesundheitssystems

Das schweizerische Gesundheitssystem nimmt im Hinblick auf seine Finanzierung eine Sonderstellung ein. Die Krankenversicherung wird hier ausschließlich durch Pauschal- bzw. Kopfprämien finanziert. Dieses derzeit bestehende Prämiensystem wurde auf der Grundlage von Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 eingeführt. Die Prämien für die Versicherten einer Krankenkasse sind seither unabhängig von Geschlecht und Alter gleich hoch. Lediglich für Kinder und Jugendliche sind Ermäßigungen vorgesehen. Die Krankenversicherung gewährt Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie ist eine Pflichtversicherung (Obligatorische Krankenpflegeversicherung – OKPV). Zahnärztliche Behandlung ist nicht eingeschlossen.

Die Durchschnittsprämie für Sachleistungen im Krankheitsfall betrug für Erwachsene im Jahr 2003 269 SFr⁹⁸ und im Jahr 2004 280 SFr pro Monat⁹⁹. Die Prämien unterscheiden sich allerdings entsprechend den jeweiligen Gesundheitskosten zum Teil sehr deutlich zwischen den einzelnen Kantonen. So waren 2003 von den Versicherten im Kanton Appenzell-Innerrhoden 174 SFr, im Kanton Genf hingegen 390 SFr für die Durchschnittsprämie aufzubringen.

Einkommensschwache Bürger erhalten steuerfinanzierte Zuschüsse als Prämienverbilligung. Mit diesen staatlichen Zuschüssen soll erreicht werden, dass kein Haushalt mehr als zehn Prozent seines Jahreseinkommens für die Krankenversicherung ausgeben muss. Etwa 30 Prozent der schweizerischen Haushalte erhält gegenwärtig eine solche Prämienverbilligung.

Zu den Pauschalprämien treten im Krankheitsfall weitere Zuzahlungen. So haben die Versicherten generell Krankheitskosten bis zu einem Betrag von derzeit 300 SFr selbst zu tragen. Über diese so genannte Jahresfranchise hinaus sind zusätzlich zehn Prozent der Behandlungskosten bis zu einem Maximum von 700 SFr zu übernehmen, so dass eine maximale private Kostenbeteiligung von 1000 SFr im Jahr entstehen kann.¹⁰⁰

Die Pauschalprämie kann individuell durch drei Maßnahmen gesenkt werden: Zum einen können die Versicherten eine höhere Jahresfranchise wählen. Die reguläre Franchise von derzeit 300 SFr kann auf bis zu 1.500 SFr erhöht werden. Der Versicherte erhält dann einen Rabatt auf die Pauschalprämie. Versicherte können aber auch eine Bonus-Versicherung abschließen, die nach dem Muster einer Autohaftpflichtversicherung funktioniert: Je länger keine Kosten verursacht werden, desto stärker sinkt die Versicherungsprämie. Als Drittes ist es möglich, Versicherungen auf der Grundlage von Managed care-Konzepten mit eingeschränktem Zugang zu Leistungserbringern anzubieten. Die Krankenversicherung darf dafür eine Prämienreduktion von bis zu 20 Prozent gewähren.

Für die Versicherten besteht freie Wahl der Krankenkasse. Da sich die Pauschalprämien zwischen den Krankenkassen unterscheiden können, soll von der freien Kassenwahl letztlich ein Preiswettbewerb ausgehen, der hemmend auf die Ausgaben der einzelnen Krankenkassen wirken soll. Faktisch ist dieser Wettbewerb, nicht

98 100 Schweizer Franken entsprechen aktuell 64,61 Euro. Stand: 17.01.2005.

99 Der Kanton Genf hat eine beitragsfinanzierte Mutterschaftsversicherung eingerichtet: Arbeitgeber und Arbeitnehmer entrichten je 0,13 Prozent des Bruttolohns. Selbständig Erwerbende zahlen 0,13 Prozent des Bruttoerwerbseinkommens, wenn das Jahreseinkommen weniger als 60.000 SFr beträgt, 0,216 Prozent, wenn das Jahreseinkommen zwischen 60.000 SFr und 100.000 SFr liegt, und 0,228 Prozent, wenn das Jahreseinkommen mehr als 100.000 SFr beträgt.

100 Bundesamt für Gesundheit (BAG): Leistungen der sozialen Krankenversicherung, Stand: 13. Juni 2005.

zuletzt aufgrund der häufig nur geringen Prämiendifferenzen zwischen den Krankenkassen, nur schwach ausgeprägt.

Die Krankenkassen unterliegen einem doppelten Kontrahierungszwang: Im Sinne eines Versicherungsobligatoriums haben sie jeden Einwohner, der dies beantragt, aufzunehmen. Sie haben aber auch mit jedem zugelassenen ambulanten wie stationären Leistungserbringer in Vertragsbeziehung zu treten und dürfen darüber hinaus im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung keine Gewinne erwirtschaften.

Außerhalb dieser obligatorischen Krankenversicherung steht es den Versicherten frei, Zusatzversicherungen für weitere oder ergänzende Leistungen abzuschließen. Diese können sich auf Aspekte wie Einbett- bzw. Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung oder auch auf die zahnärztliche Versorgung bzw. das Krankentagegeld beziehen. Einen Kontrahierungszwang gibt es dabei nicht. Die Prämien können zudem risikoäquivalent kalkuliert werden.

Das schweizerische Gesundheitssystem ist föderal aufgebaut. Unterhalb der Rahmengesetzgebung des Bundes handeln die Kantone in weitgehender Autonomie. Die Verwurzelung in der kantonalen Ebene führt aber auch zu regional unterschiedlichen Versorgungsniveaus und erschwert eine überkantonale Koordination der Gesundheitsversorgung.¹⁰¹

Finanzierungsbeteiligung des Staates

Der Bund leistet Steuertransfers zur Finanzierung von Investitionen im Krankenhaussektor und im Sinne eines Sozialausgleichs zur Reduktion der Gesundheitsprämien bei einkommensschwachen Bürgern. Für diese so genannte Prämienverbiligung sind jährliche Bundesbeiträge in Höhe von höchstens 2,349 Milliarden Schweizer Franken (SFr) vorgesehen. Die Beiträge werden je nach kantonalen Finanzkraft und Wohnbevölkerung verteilt. Die Kantone haben einen Komplementärbeitrag in Höhe von 50 Prozent des Bundeszuschusses aufzubringen, um die Bundesmittel in vollem Umfang zu erhalten.

101 Moser und Ruegg 2002, Seite 5.

Finanzierungsbeteiligung des Arbeitgebers

Arbeitgeber sind an der Finanzierung der Gesundheitskosten in der Schweiz nicht beteiligt. Lediglich im Kanton Genf gibt es eine beitragsfinanzierte Mutterschaftsversicherung, für die auch Arbeitgeberbeiträge entrichtet werden.

Aktuelle Problemstellungen

Mit der Novellierung der Finanzierungsstrukturen in der Krankenversicherung im Jahr 1996 wurden drei Zielsetzungen formuliert. Erreicht werden sollten demnach:

- eine Stärkung der Solidarität unter den Versicherten,
- die Sicherstellung einer quantitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung sowie
- die Eindämmung der Kostenentwicklung.

Insbesondere im Vergleich zu den zuvor existierenden Finanzierungsmodalitäten stellt die Einführung des Versicherungsobligatoriums (Aufnahmepflicht von Versicherten), der regional einheitlichen Pauschalprämien, staatlicher Prämienverbilligungen und eines Risikoausgleiches zwischen den Krankenkassen einen deutlichen Schritt in Richtung des Solidarziels dar. Im internationalen Blick sind die vergleichsweise hohe Zuzahlungen und Pauschalprämien jedoch als eine eher zurückhaltende Umsetzung von Risiko- wie auch Einkommenssolidarität zu bewerten. Zwar wirken die Prämienverbilligungen hier ausgleichend, aber gerade die mittleren Einkommensschichten, dabei besonders Familien mit Kindern, die diese Zuschüsse nicht mehr beanspruchen können, werden als finanziell überproportional belastet angesehen. Darüber hinaus können sich auch ältere Menschen aufgrund der risikoäquivalenten Prämienkalkulation häufig Zusatzversicherungen nicht leisten. Nach Angaben der OECD¹⁰² lag der Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum im Jahr 2000 in der Schweiz bei 6,1 Prozent und damit erheblich höher als in den EU 15-Mitgliedsstaaten.

Wenig wirksam wurden zudem die Anreize zur Kosteneindämmung, die durch die Reform der Finanzierungsstrukturen implementiert wurden. Der Anstieg der Gesundheitskosten konnte kaum verlangsamt werden. Zwischen den Jahren 1996 und 2001 stiegen die Leistungsausgaben der obligatorischen Krankenversicherung

¹⁰² OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed.

(OKPV) um über 30 Prozent. Die Kostenbeteiligung der Versicherten erhöhte sich im selben Zeitraum um über 40 Prozent.¹⁰³ Die durchschnittliche Pauschalprämie stieg von 173 SFr im Jahr 1996 auf 269 SFr im Jahr 2003. Ein besonders starker Anstieg von nahezu jeweils 10 Prozent ist dabei in den Jahren 2002 und 2003 erkennbar.

Neben inhärenten Faktoren, wie dem medizinischen Fortschritt, werden dafür u.a. die mangelnde Nutzung wettbewerblicher Elemente sowohl auf Seiten der Versicherten als auch der Versicherer verantwortlich gemacht. Die Versicherten greifen nicht im intendierten Maß auf Möglichkeiten zur Wahl von Krankenkasse und Versicherungsformen zurück und befördern dadurch den angestrebten Wandel der Krankenkassen von Verwaltungsinstitutionen zu unternehmerisch orientierten Versicherungsunternehmen nur gering.

Durch den Kontrahierungszwang der Krankenversicherer gegenüber den Leistungserbringern ist deren unternehmerischer Gestaltungsspielraum allerdings eingeschränkt. Die jüngsten gesetzgeberischen Bestrebungen zielten daher auch auf eine Aufhebung des Vertragszwanges im ambulanten Bereich. Die Kosten im stationären Bereich sollen demgegenüber durch Pauschalisierungsansätze reguliert werden.

Die Entwicklung der Pauschalprämien und Zuzahlungen und die eingetretenen Verteilungswirkungen haben die Attraktivität des Finanzierungssystems bei der schweizerischen Bevölkerung geschmälert. Zwar wurde es im Rahmen eines Volkstschiedes im Mai 2003 bestätigt, dennoch werden anhaltende Forderungen zur Absenkung der Prämien besonders für Familien und Personen mit niedrigem Einkommen artikuliert.

Die Bundesregierung bemühte sich im März 2004 darum, die unterschiedlich starke finanzielle Belastung von Familienhaushalten durch die Pauschalprämien zu verkleinern. Angestrebt wird, durch Standardisierung der kantonalen Regulierung regionale Ausgewogenheit besser gewährleisten zu können. Alleinstehende sollen demnach nicht mehr als 12 Prozent ihres Einkommens und Familien nicht mehr als 10 Prozent für die Gesundheitskosten ausgeben.

¹⁰³ Gerlinger 2003, Seite 26.

Demographische und gesundheitsökonomische Kennzahlen

Daten	Bezugs-jahr	Kennzahlen
Bevölkerung	2002	7.290.000
BIP (in Mio. \$) insgesamt / pro Kopf	2002	223.972 / 30.723,2
Anteil der Bevölkerung über 65	2002	15,5%
Arbeitslosenquote	2002	3,2%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002	11,2%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben in US \$ PPP	2002	3.445
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / GKV / sonstige öffentliche Ausgaben	2000 ²	55,6% / 40,4% / 15,2%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben: insgesamt / PKV / Haushalte	2000 ²	44,4% / 10,5% / 32,9%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche: stationär / ambulant / Medikamente	2000 ²	46,8% / 27,8% / 10,7%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ²	6,1%
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem: ziemlich zufrieden / sehr zufrieden / zufrieden insgesamt	1999 ³	wurde nicht erhoben

¹OECD HEALTH DATA 2004 1st ed. ²OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed. ³Europäische Kommission Eurobarometer 2001

2.2 Strukturdaten in tabellarischer Übersicht

In der nachfolgenden Tabelle sind die im Abschnitt 2.1 aufgeführten Informationen kursorisch zusammengefasst und zur direkten Vergleichbarkeit nebeneinander gestellt. Für die Erstellung der Tabelle wurden verschiedene Datenquellen mit unterschiedlichen Bezugsjahren herangezogen. Die Bezugsjahre der Daten sind in einer separaten Spalte abgebildet, in der zudem über eine Fußnote auf die entsprechende Datenquelle verwiesen wird.

Tabelle 1a: Datentableau zu den Finanzierungsstrukturen der europäischen Gesundheitssysteme

Merkmal/ Kennzahl	Jahr	Belgien	Dänemark	Deutschland	Finnland	Frankreich	Griechenland	Irland	Italien
Art des Finanzierungssystems und Kreis der Versicherten	2004 ^A	Obligatorisches Sozialversicherungssystem für Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen	Öffentliches Gesundheitssystem nach Wohnsitzprinzip	Obligatorisches Sozialversicherungssystem für Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen	Öffentliches Gesundheitssystem nach Wohnsitzprinzip	Obligatorisches Sozialversicherungssystem für Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen	Obligatorisches Sozialversicherungssystem für Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen	Öffentliches Gesundheitssystem nach Wohnsitzprinzip	Öffentliches Gesundheitssystem nach Wohnsitzprinzip
Finanzierungsmodalitäten der Gesundheitsleistungen (Anmerkung: Beitragfinanziert bedeutet hier jeweils einkommens- bzw. bruttolohnbezogene Finanzierungsanteile)	2004 ^A	Sach- und Geldleistungen beitragsfinanziert (Globalbeitrag)	Sachleistungen steuerfinanziert, Geldleistungen beitragsfinanziert	Sach- und Geldleistungen beitragsfinanziert	Sachleistungen steuerfinanziert, Geldleistungen beitragsfinanziert	Sach- und Geldleistungen beitragsfinanziert	Sach- und Geldleistungen beitragsfinanziert. Jährlicher Staatszuschuss zur Sozialversicherung	Sachleistungen steuerfinanziert, Geldleistungen beitragsfinanziert (Globalbeitrag)	Sach- und Geldleistungen als beitragsfinanziert definiert. Staatlicher Steuertransfer bedeutender als Beiträge
Berücksichtigung Pflegeleistungen	2004 ^A	Eigenständiges Sicherungssystem nur in Teilregionen	Steuerfinanziert	Eigenes Sicherungssystem	Kein eigenständiges Sicherungssystem	Kein eigenständiges Sicherungssystem	Kein eigenständiges Sicherungssystem	Pflegegeld im Globalbeitrag, ansonsten steuerfinanziert	Kein eigenständiges Sicherungssystem
Finanzierungsbeitrag des Arbeitgebers	2004 ^A	Hohe, über Arbeitnehmerbeteiligung liegende Arbeitgeberbeteiligung (integriert in Globalbeitrag)	Keine Arbeitgeberbeteiligung	Hohe, nahezu paritätische Arbeitgeberbeteiligung	Niedrige Arbeitgeberbeteiligung	Hohe, über Arbeitnehmerbeteiligung liegende Arbeitgeberbeteiligung	Mittlere, über Arbeitnehmerbeteiligung liegende Arbeitgeberbeteiligung	Niedrige Arbeitgeberbeteiligung (integriert in Globalbeitrag)	Niedrige Arbeitgeberbeteiligung ohne Arbeitnehmerbeteiligung
Bevölkerung	2002 ^B	10.333.000	5.376.000	82.489.000	5.201.000	59.486.000	10.604.000	3.932.000	57.994.000
Bruttoinlandprodukt (BIP) in Mio. \$ PPP	2002 ^B								
Insgesamt		285.726	157.126	2.131.717	138.419	1.671.213	201.906	128.063	1.482.857
Pro Kopf		27.651,8	29.227,3	25.842,4	26.613,9	28.094,2	19.040,6	32.569,4	25.569,1
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	2002 ^B	17,0%	14,8%	17,3%	15,2%	16,3%	18,1%	11,1%	18,6%
Arbeitslosenquote	2002 ^B	7,3%	4,6%	8,6%	9,1%	8,8%	10,0%	4,4%	9,0%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002 ^B	9,1%	8,8%	10,9%	7,3%	9,7%	9,5%	7,3%	8,5%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben (in US \$ PPP)	2002 ^B	2.515	2.580	2.817	1.943	2.736	1.814	2.367	2.166
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben	2000 ^C								
Insgesamt		72,1%	82,5%	75,0%	75,1%	75,8%	56,1%	73,3%	73,4%
GKV		k.A.	0%	68,7%	15,4%	73,3%	k.A.	0,9%	0,1%
Sonstige öffentliche Ausgaben		k.A.	82,5%	6,3%	59,7%	2,5%	k.A.	72,4%	73,3%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben	2000 ^C								
Insgesamt		27,9%	17,5%	25%	24,9%	24,2%	43,9%	26,7%	26,6%
PKV		k.A.	1,6%	12,6%	2,6%	12,7%	k.A.	7,6%	0,9%
Haushalte		k.A.	15,9%	10,5%	20,4%	10,4%	k.A.	13,5%	22,6%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche	2000 ^C								
Stationär		35,4% (1997)	54,3%	36,6%	39,9%	42,3%	k.A.	k.A.	41,2%
Ambulant		34,8% (1997)	24,8%	20,7%	30,3%	22,8%	k.A.	k.A.	30,2%
Medikamente		16,5% (1997)	8,7%	13,6%	15,5%	20,4%	14,2%	10,6%	22,2%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ^C	k.A.	2,8%	2,0%	2,9%	1,8%	k.A.	1,9%	3,1%
Anteil der mit bestehendem Gesundheitssystem zufriedenen Bürger³	1999 ^D	77%	75,8%	49,9%	74,3%	78,2%	18,6%	47,7%	26,3%

^A Europäische Kommission 2004, ^B OECD HEALTH DATA 2004 1st ed., ^C OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed., ^D Europäische Kommission Eurobarometer 2001.

Tabelle 1b: Datentableau zu den Finanzierungsstrukturen der europäischen Gesundheitssysteme

Merkmal/ Kennzahl	Jahr	Luxemburg	Niederlande	Österreich	Portugal	Schweden	Spanien	Vereinigtes Königreich	Schweiz
Art des Finanzierungssystems und Kreis der Versicherten	2004 ^A	Obligatorisches Sozialversicherungssystem für Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen	Obligatorisches Sozialversicherungssystem für Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen	Obligatorisches Sozialversicherungssystem für Arbeitnehmer und gleichgestellte Gruppen	Öffentliches Gesundheitssystem nach Wohnsitzprinzip	Öffentliches Gesundheitssystem nach Wohnsitzprinzip	Öffentliches Gesundheitssystem für Arbeitnehmer und Gleichgestellte	Öffentliches Gesundheitssystem nach Wohnsitzprinzip	Pflichtversicherung für alle Personen nach Wohnsitzprinzip
Finanzierungsmodalitäten der Gesundheitsleistungen	2004 ^A	Sach- und Geldleistungen beitragsfinanziert; hoher Staatszuschuss	Sach- und Geldleistungen beitragsfinanziert	Sach- und Geldleistungen beitragsfinanziert. Zusätzlich hoher staatlicher Steuertransfer	Sachleistungen steuerfinanziert, Geldleistungen beitragsfinanziert (Globalbeitrag)	Sachleistungen steuerfinanziert, Geldleistungen beitragsfinanziert	Sachleistungen steuerfinanziert, Geldleistungen beitragsfinanziert (Globalbeitrag)	Sachleistungen steuerfinanziert, Geldleistungen beitragsfinanziert (Globalbeitrag)	Sach- und Geldleistungen werden durch Kopfpauschalen finanziert
Berücksichtigung Pflegeleistungen	2004 ^A	Sonderbeitrag der Versicherten	Kein eigenständiges Sicherungssystem	Steuerfinanziert	Im Globalbeitrag enthalten	Kein eigenständiges Sicherungssystem	Kein eigenständiges Sicherungssystem	Kein eigenständiges Sicherungssystem	Kein eigenständiges Sicherungssystem
Finanzierungsbeitrag des Arbeitgebers	2004 ^A	Hohe, paritätische Arbeitgeberbeteiligung	Hohe, paritätische Arbeitgeberbeteiligung, die aber nicht alle Sicherungsbereiche umfasst	Hohe, nahezu paritätische Arbeitgeberbeteiligung	Niedrige Arbeitgeberbeteiligung (integriert in Globalbeitrag)	Niedrige Arbeitgeberbeteiligung	Niedrige Arbeitgeberbeteiligung (integriert in Globalbeitrag)	Niedrige Arbeitgeberbeteiligung (integriert in Globalbeitrag)	Keine Arbeitgeberbeteiligung
Bevölkerung	2002 ^B	446.000	16.149.000	8.053.000	10.368.000	8.925.000	41.874.000	59.232.000	7.290.000
Bruttoinlandprodukt (BIP) in Mio. \$ PPP	2002 ^B								
Insgesamt		21.956	468.052	232.269	190.525	243.254	904.166	1.656.041	223.972
Pro Kopf		49.228,7	28.983,3	28.842,5	18.376,3	27.255,4	21.592,5	27.958,6	30.723,2
Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre	2002 ^B	13,9%	13,7%	15,5%	16,6%	17,2%	16,9%	15,9%	15,5%
Arbeitslosenquote	2002 ^B	2,8%	2,7%	4,3%	5,1%	4,6%	11,3%	5,1%	3,2%
Ausgaben für Gesundheit in % des BIP	2002 ^B	6,2%	9,1%	7,7%	9,3%	9,2%	7,6%	7,7%	11,2%
Pro Kopf - Gesundheitsausgaben (in US \$ PPP)	2002 ^B	3.065	2.643	2.220	1.702	2.517	1.646	2.160	3.445
Anteil der öffentlichen Ausgaben an Gesundheitsausgaben	2000 ^C								
Insgesamt		87,8%	63,4%	69,4%	68,5%	85%	71,7%	80,9%	55,6%
GKV		72,7%	59,4%	40,2%	k.A.	k.A.	6,9%	k.A.	40,4%
Sonstige öffentliche Ausgaben		15,1%	4,0%	29,2%	k.A.	k.A.	64,8%	k.A.	15,2%
Anteil der privaten Ausgaben an Gesundheitsausgaben	2000 ^C								
Insgesamt		10,5%	36,6%	30,6%	31,5%	15%	28,3%	19,1%	44,4%
PKV		1,6%	15,2%	7,2%	k.A.	k.A.	3,9%	k.A.	10,5%
Haushalte		7,7%	9,0%	18,8%	k.A.	k.A.	23,5%	k.A.	32,9%
Anteil der Gesundheitsausgaben für die Bereiche	2000 ^C								
Stationär		40,7%	44,6%	38%	k.A.	k.A.	41,8%	k.A.	46,8%
Ambulant		27,8%	17,7%	31,7%	k.A.	k.A.	26,3%	k.A.	27,8%
Medikamente		12,1%	10,1%	14,9%	22,8% (1998)	13,9%	k.A.	15,8% (1997)	10,7%
Anteil des Selbstkostenbeitrags am Haushaltskonsum	2000 ^C	1,1%	1,6%	2,7%	k.A.	k.A.	3,0%	k.A.	6,1%
Anteil der mit bestehendem Gesundheitssystem zufriedenen Bürger²	1999 ^D	71,6%	73,2%	83,4%	24,1%	58,7%	47,6%	55,7%	wurde nicht erhoben

^A Europäische Kommission 2004, ^B OECD HEALTH DATA 2004 1st ed., ^C OECD HEALTH DATA 2003 3rd ed., ^D Europäische Kommission Eurobarometer 2001.

3 Vergleich zentraler Strukturindikatoren der Finanzierungssysteme im Gesundheitsbereich

3.1 Finanzierungssystematik und Reformdruck

Ein erster Vergleich der Finanzierungssystematik offenbart nahezu eine Parität zwischen der Steuer- und der Beitragsfinanzierung: Es finden sich acht beitrags- und sieben steuerfinanzierte Gesundheitssysteme in den EU 15-Ländern. Die Schweiz mit ihrem auf Pauschalprämien beruhenden System lässt sich nicht ohne weiteres – wie bereits im Gliederungspunkt 1.3 aufgeführt – in diese Einteilung einordnen und stellt insofern eine Ausnahme dar.

Der detaillierte Blick zeigt aber, dass sich unter den beitragsfinanzierten Systemen Länder finden, die in einem nicht unbedeutenden Umfang Mittel aus Steuertransfers zur Finanzierung ihres jeweiligen Gesundheitssystems zur Verfügung stellen. Dazu zählen Luxemburg, Österreich, Belgien und Griechenland. Das italienische Gesundheitssystem wird von Missoc zwar formal als beitragsfinanziert geführt. Die Mittel, die aus der Beitragsfinanzierung aufgebracht werden, sind jedoch so marginal, dass de facto von einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem in Italien gesprochen werden muss. Insofern ist lediglich in drei Ländern – Deutschland, Frankreich und den Niederlanden – von Gesundheitssystemen auszugehen, die zu einem weit überwiegenden Teil beitragsfinanziert sind. Die öffentliche Finanzierung außerhalb der jeweiligen gesetzlichen Versicherung fällt gering aus. In Frankreich betrug sie im Jahr 2000 2,5 Prozent, in den Niederlanden 4,0 Prozent und in Deutschland lag sie bei 6,3 Prozent der Gesundheitsausgaben.

Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme finden sich im Vereinigten Königreich, Irland, den nordeuropäischen Staaten Dänemark, Finnland und Schweden sowie in den südeuropäischen Ländern Portugal und Spanien. Steuerfinanziert sind in diesen Ländern aber ausschließlich die Sachleistungen. Geldleistungen werden überwiegend beitragsfinanziert. Das der Steuerfinanzierung letztlich unterliegende Prinzip der Bedarfsdeckung ist nicht ohne weiteres auf den Bereich der Geldleistungen zu übertragen, wenn es darum gehen soll, einen temporären Ausfall individuellen Einkommens zu gewährleisten. Diese monetären Leistungsansprüche lassen sich über das Äquivalenzprinzip beitragsfinanziert sachgerechter abbilden. Diesem Umstand trägt der Wechsel der Finanzierungssystematik an dieser Stelle Rechnung. Insofern gibt es kein Gesundheitssystem unter den hier aufgeführten, das gänzlich steuerfinanziert ist.

Die Finanzierung durch Steuertransfers ist unter den steuerfinanzierten Ländern mit 85 bzw. 82,5 Prozent in Schweden und Dänemark sowie im Vereinigten Königreich mit 80,9 Prozent an den Gesundheitsausgaben besonders ausgeprägt.

In allen betrachteten steuerfinanzierten Gesundheitssystemen ist der Zugang zu den Versorgungsleistungen nach dem Wohnsitzprinzip geregelt. Die Inklusion erfolgt demnach universell: Es gibt keine weiteren Ausschlusskriterien. Jeder Einwohner des betreffenden Staates hat – formal – die gleiche Inanspruchnahmeberechtigung. De jure gibt es keine Sonder- oder Zusatzsysteme für bestimmte Bevölkerungsgruppen. De facto haben sich in der Mehrzahl der steuerfinanzierten Gesundheitssysteme aufgrund des zurückhaltenden, zum Teil restriktiven Einsatzes staatlicher Finanzmittel aber Zusatzversicherungssysteme, die kompensatorisch wirken und Deckungslücken schließen sollen, etabliert. In der Schweiz sind die Prämienzahlungen und damit der Zugang zum Gesundheitssystem ebenfalls an den Wohnsitz gebunden. Auf das Wohnsitzprinzip bezogen ist auch das italienische Gesundheitssystem, das damit ein weiteres Strukturmerkmal steuerfinanzierter Gesundheitssysteme aufweist.

Beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme inkludieren kategorial, d.h. sie erschließen zwar der überwiegenden Mehrheit, aber eben nicht allen Bevölkerungsgruppen den Zugang zum Gesundheitssystem. In den untersuchten Gesundheitssystemen ist das entscheidende Inklusionskriterium das Arbeitsverhältnis, die abhängige Erwerbstätigkeit. Eingeschlossen sind zumeist Arbeitnehmer und ihre Familienangehörige sowie gleichgestellte Gruppen. Für sie ist die Versicherung bindend in Form einer Pflichtversicherung oder einer Versicherungspflicht. Andere Bevölkerungsgruppen, zu denen bspw. in Deutschland Selbständige, Beamte und Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb einer bestimmten Höhe gehören, sind nicht in das ansonsten obligatorische Versicherungssystem einbezogen. Für sie und weitere Bevölkerungsgruppen bestehen Sondersysteme, zu den – wie in Deutschland und den Niederlanden – die privaten Krankenversicherungen oder staatliche Fürsorgesysteme zu zählen sind. Diese Sondersysteme dienen dazu, entweder unter- oder nicht versorgte Bevölkerungsgruppen, bspw. Arbeitslose, abzusichern oder privilegierte Bevölkerungsgruppen den Umverteilungswirkungen des beitragsfinanzierten Gesundheitssystems zu entziehen. Sowohl in die eine als auch in die andere Richtung entstehen damit finanzierungs- und versorgungsspezifische Disparitäten, die im gesundheitspolitischen Diskurs der jeweiligen Länder nicht selten die argumentative Grundlage für Forderungen sind, die kategoriale Inklusion zugunsten einer alle Einwohner einbindenden Versicherung aufzuheben. Dies ist aktuell in den Niederlanden der Fall und ebenfalls in Deutschland. Hier wird dieses Argument sowohl von

den Befürwortern einer Bürgerversicherung als auch von Anhängern eines Pauschalprämienmodells angeführt.

Die Art der Finanzierung bindet in unterschiedlicher Weise die Arbeitgeber als Akteure ein. Während bei Steuerfinanzierung keine Arbeitgeberbeteiligung an der Finanzierung stattfindet, sind in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen die Arbeitgeber überwiegend eingebunden. Zum Teil leisten sie paritätische Beträge. Im Blick steht dabei immer die direkte, unmittelbare Finanzierungsbeteiligung der Arbeitgeber. Denn auch in steuer- oder über Prämienmodellen finanzierten Systemen sind sie letztlich indirekt, mittelbar über das allgemeine Steuersystem bzw. das Entlohnungssystem – freilich mit anderen Umverteilungswirkungen – an der Finanzierung beteiligt. Unter den untersuchten Gesundheitssystemen verzichteten Dänemark und die Schweiz gänzlich auf eine direkte Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung des Gesundheitssystems. In allen anderen Ländern sind die Arbeitgeber in unterschiedlichem Umfang direkt in die Finanzierung eingebunden. Dabei ist generell festzustellen: Je höher die Steuerfinanzierung ist, desto niedriger ist der direkte Finanzierungsanteil der Arbeitgeber. Niedrig ist er in den Gesundheitssystemen, in denen lediglich die Geldleistungen beitragsfinanziert sind. Die beitragsfinanzierten Gesundheitssysteme unterscheiden sich im Hinblick auf die Beteiligung der Arbeitgeber durch die Höhe der steuerlichen Transfers, die parallel zur Beitragsfinanzierung in das Gesundheitssystem fließen. So liegt die direkte Finanzierungsbeteiligung der Arbeitgeber in Italien und Griechenland deutlich niedriger als in Deutschland oder Frankreich.

Gerade in den beiden letztgenannten Ländern wirkt die direkte Finanzierungsbeteiligung der Arbeitgeber in den wirtschaftspolitischen Diskurs: In Form von lohngebundenen Beiträgen gehen die Gesundheitsausgaben sichtbar in die Lohnkosten ein. Eine Beitragserhöhung – so die Argumentation – erhöhe die Lohnkosten und untergrabe in wettbewerblicher Perspektive die Standortbedingungen gerade gegenüber jenen Ländern, deren Sozialleistungen zu einem höheren Anteil steuerfinanziert sind.

Mit einer Senkung der Beitragsfinanzierung durch Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils der Sozialleistungen ginge volkswirtschaftlich durch die dadurch sinkenden Arbeitskosten eine erhöhte Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen einher. Ein zusätzlicher beschäftigungspolitischer Impuls entstünde mit der Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils an den Sozialleistungen dadurch, dass es – soweit er beitragsfinanzierte Anteil reduziert wird – nicht zu einem Nachfrageausfall kommt. Die realen Arbeitskosten würden sinken, die realen Nettoeinkommen der Beschäftigten steigen

und die entsprechenden Sozialleistungen nunmehr über das Steuersystem finanziert.¹⁰⁴

Je stärker die Volkswirtschaften in Globalisierungsprozesse eingebunden sind, desto stärkerer Änderungsdruck entsteht an dieser Stelle gerade in Ländern mit ausschließlich oder einem hohen Anteil von beitragsfinanzierten Sozialleistungen und der damit in Verbindung stehenden direkten Einbindung der Arbeitgeber.

In Ländern mit hoher direkter Arbeitgeberbeteiligung wird dementsprechend ein entschiedener Diskurs über die Senkung der Gesundheitsausgaben geführt. An Schärfe gewinnt er zusätzlich, wenn die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen – stagnierendes Bruttoinlandsprodukt, hohe Arbeitslosigkeit – die Finanzierungssituation des jeweiligen Gesundheitssystems belasten. Nicht etwa die Gesundheitsausgaben als solche, sondern die beschriebene Faktorenkombination (Beitragsfinanzierung, hohe direkte Arbeitgeberbeteiligung, wirtschaftliche Stagnation) bestimmt dabei die Schärfe des Diskurses, der wie in Deutschland bis hin zu einem Wechsel des Finanzierungssystems geführt wird.

Weniger entschiedene Diskussionen werden hingegen in den beiden Ländern mit den derzeit höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf geführt. Dort sind andere wirtschaftliche Rahmenbedingungen vorzufinden. So hat zwar die Schweiz die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf und ein überdurchschnittlich hohes Lohnniveau, aber eben keine direkte Arbeitgeberbeteiligung und eine vergleichsweise niedrige Arbeitslosenquote. In Luxemburg, das die zweithöchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf ausweist und eine hohe Arbeitgeberbeteiligung kennt, ist das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf so hoch, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt vergleichsweise niedrig ausfällt. In Deutschland und Frankreich hingegen liegen die Gesundheitsausgaben niedriger, es finden sich aber auch andere Rahmenbedingungen: Beitragsfinanzierung, geringer steuerfinanzierter Anteil, eine hohe direkte Arbeitgeberbeteiligung, eine hohe Arbeitslosenquote, geringes Wirtschaftswachstum. In Deutschland besteht gegenüber Frankreich zusätzlich noch eine etwas ungünstigere demographische Ausgangslage. Dies kann erklären, warum gerade in diesen Ländern das Finanzierungssystem im Mittelpunkt gesundheitsökonomischer Diskussionen steht.

In Ländern mit einer hohen direkten Arbeitgeberbeteiligung ist – nicht zuletzt wegen der oben beschriebenen Implikationen in Bezug auf die Wettbewerbsfähigkeit unter den Bedingungen der Globalisierung – eine Tendenz zu beobachten, zur Entlastung des arbeitgeberfinanzierten Teils der Gesundheitsausgaben Änderungen der Finan-

¹⁰⁴ Meinhardt und Zwiener 2005.

zierungsstrukturen im Hinblick auf die Senkung des direkten Arbeitgeberanteils bzw. auf eine Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils vorzunehmen. In Deutschland wurden mit der Ausgliederung des Zahnersatzes aus der paritätischen Finanzierung und der Einführung eines so genannten Sonderbeitrages zu Lasten der pflichtversicherten Arbeitnehmer, der Ausweitung von Zuzahlungselementen (Praxisgebühr) und der zweckgebundenen Verwendung von Einnahmen aus der Tabaksteuer Schritte in diese Richtung unternommen.

Der Veränderungsdruck ist in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen aber letztlich auch deswegen höher, weil auf den ersten Blick die Gesundheitsausgaben in steuerfinanzierten Ländern zum Teil deutlich niedriger sind. So weisen bei einem annähernd gleich hohen – kaufkraftparitätischen – Bruttoinlandsprodukt pro Kopf die steuerfinanzierten Gesundheitssysteme im Vereinigten Königreich, Finnland, Irland und in geringerem Umfang auch in Dänemark und Schweden niedrigere Gesundheitsausgaben auf als die beitragsfinanzierten in Deutschland, Frankreich und in den Niederlanden¹⁰⁵. Dies kann in diesen Ländern als Resultat einer rigiden Haushaltspolitik gesehen werden. Denn nahezu alle steuerfinanzierten Gesundheitssysteme sind – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – mit dem Phänomen der Wartelisten konfrontiert¹⁰⁶. Neben einer mangelnden Effektivität und Koordinierung der Gesundheitsdienste ermöglichen es insbesondere begrenzte Haushaltsmittel nicht, medizinische Leistungen im nachgefragten Umfang zur Verfügung zu stellen. Abgefedert wird der budgetierte Steuermitteleinsatz durch private Zuzahlungen. Die Zuzahlungsquoten liegen in nahezu allen Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitssystem zum Teil sehr deutlich über den Referenzwerten der Länder mit Beitragsfinanzierung.

Letztlich müssen nicht wenige der steuerfinanzierten Gesundheitssysteme als unterfinanziert angesehen werden. Sie nehmen eine relative Unterversorgung und damit eine Rationierung in medizinischer und infrastruktureller Hinsicht in Kauf. Für sie entsteht an dieser Stelle politischer Druck, der Erhöhungen des Gesundheitsbudgets einfordert. Vor diesem Hintergrund bewegt sich im Kern die Debatte im Vereinigten Königreich und den südeuropäischen Ländern.

In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen, die zumeist einen nationalen Gesundheitsdienst vorhalten, ist der Staat der zentrale Akteur. Die monetären Steuerungsmöglichkeiten gerade im Hinblick auf die Budgetierung und die Verteilung der Fi-

¹⁰⁵ Portugal mit einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem weist eine vergleichsweise hohe Gesundheitsausgabenquote auf. Dies resultiert aber wesentlich aus dem vergleichsweise niedrigen Bruttoinlandsprodukt.

¹⁰⁶ Unter den beitragsfinanzierten Ländern wird lediglich in den Niederlanden und Griechenland von Wartelisten berichtet. In Griechenland resultiert dies hauptsächlich aus einer unzureichend koordinierten Budgetverteilung an die einzelnen Krankenhausstationen.

nanzmittel ist dort administrativ einfacher umzusetzen als in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen mit vergleichsweise größeren und verwobeneren Akteurskonstellationen.

Die höchsten Gesundheitsausgaben – kaufkraftparitätisch pro Kopf – sind in der Schweiz zu finden. Zum Zuge kommt hier ein Pauschalprämien-Modell, das sich strukturell sowohl von beitrags- als auch steuerfinanzierten Systemen unterscheidet. Zwar kann dieses Pauschalprämien-Modell nicht unmittelbar in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Ausgabenhöhe gestellt werden, denn auch vor Einführung dieses Prämienmodells in den 1990er Jahren gehörte die Schweiz zu den Ländern mit überdurchschnittlich hohen Gesundheitsausgaben. Unter dem Pauschalprämien-Modell hat sich dieser Trend aber nicht umgekehrt, sondern eher beschleunigt: Der kontinuierliche Anstieg der Pauschalprämien in Verbindung mit steigenden privaten Zuzahlungen hat die Akzeptanz dieses Finanzierungssystems sinken lassen.¹⁰⁷ Dass sich letztlich der politische Druck zur Abschwächung der Ausgabendynamik nicht wie in Ländern mit einem annähernd gleichen Ausgabenniveau – bspw. Deutschland oder Frankreich – ebenso entschieden artikuliert, kann durchaus in der nicht vorhandenen Einbindung der Arbeitgeber in die direkte Finanzierung gesehen werden. Denn damit fehlt ein gewichtiges politisches Interesse, den Ausgabenanstieg zu bremsen. Die Kostendämpfungsimpulse in den Ländern mit überdurchschnittlich hohen Gesundheitsausgaben, die überwiegend einen hohen Beitragsfinanzierungsanteil haben, gehen argumentativ letztlich von den damit korrespondierenden unmittelbaren Arbeitskosteneffekten aus.

Es zeigt sich am Beispiel der Schweiz aber auch, dass mit der Entbindung der Arbeitgeber aus der direkten Finanzierung zwar möglicherweise stärkere Wachstumsanreize im Gesundheitsbereich zu stimulieren sind. In einem kollektiven Sicherungssystem mit – auf das Krankheitsgeschehen bezogen – hohen Umverteilungsströmen zwischen den Versicherten sinkt gerade bei Pauschalprämien die Systemakzeptanz mit steigenden Ausgaben. Zusätzliche Wachstumspotenziale dürften hingegen vorwiegend in den Bereichen nachhaltig umzusetzen sein, in denen gesundheitsbezogene Güter und Dienstleistungen in einem größeren Umfang nicht nur individuell finanziert, sondern auch individuell in Anspruch genommen werden können. Im kurativen Bereich ist dies nur eingeschränkt der Fall.

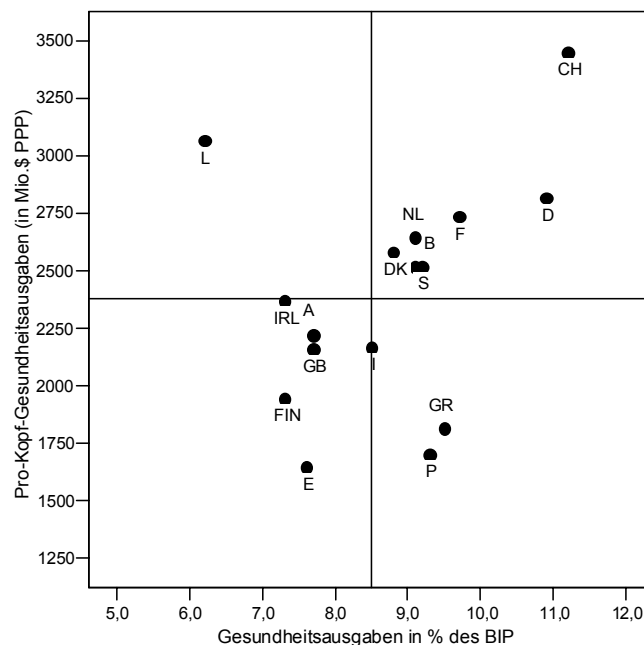
¹⁰⁷ Der Unmut drückte sich politisch unter anderem in einem Referendum gegen das Pauschalprämien-Modell aus, das allerdings keine Mehrheit fand.

3.2 Gesundheitsausgaben und Akzeptanz des Gesundheitssystems

Richtet man den Blick auf die Gesundheitsausgaben über alle betrachteten Länder und Finanzierungssysteme hinweg, fallen zwei Kerngruppen auf. Wie Abbildung 1 veranschaulicht, lassen sich Belgien, Dänemark, Frankreich, die Niederlande und Schweden zusammenfassen. Diese Länder haben in etwa ähnlich hohe, überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben pro Kopf, der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt ist nahezu identisch und ebenfalls überdurchschnittlich hoch.

Neben drei Ländern mit beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen gehören mit Dänemark und Schweden auch zwei Länder mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen in diese Gruppe. Hier zeigt sich, dass steuerfinanzierte Systeme nicht per se zu geringeren Gesundheitsausgaben führen: Je höher das Wohlstandsniveau und je entwickelter der soziale Interessensausgleich, desto stärker sind auch diese Länder gefordert, in einer angemessenen Höhe Mittel für die gesundheitliche Versorgung bereit zu stellen. Beide nordeuropäischen Länder weisen innerhalb der Länder mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen die höchsten Gesundheitsausgaben pro Kopf auf, sind aber dennoch nicht frei von Versorgungsdefiziten.

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben pro Kopf und Anteil der Ausgaben am BIP, 2002



Quelle: OECD HEALTH DATA 2004 1st ed.

Im Hinblick auf die Höhe der Gesundheitsausgaben wäre auch Deutschland zu dieser Gruppe zu zählen. Zwar hat Deutschland im Vergleich mit diesen fünf Ländern etwas höhere Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, deutlich größer ist allerdings der Abstand im Hinblick auf den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Er beträgt immerhin allein gegenüber dem innerhalb der aufgeführten Gruppe zweitplatzierten Frankreich 1,2 Prozentpunkte. Damit wird auch aus der internationalen Perspektive deutlich, dass die gesundheitsökonomischen Problemstellungen in Deutschland nicht primär in der Ausgabenentwicklung als vielmehr in der vergleichsweise unterdurchschnittlichen wirtschaftlichen Dynamik zu sehen sind.

Neben den aufgeführten Ländern können Finnland, das Vereinigte Königreich, Irland, Italien und Österreich in einer weiteren Gruppe zusammengefasst werden. Sie weisen allerdings gegenüber der ersten Ländergruppe unterdurchschnittliche Gesundheitsausgaben pro Kopf und eine unterdurchschnittliche Quote der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt jeweils auf einem annähernd gleichen Niveau auf. Neben dem Vereinigten Königreich und Irland mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen gehören mit Italien und Österreich auch zwei beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme in diese Gruppe, die allerdings beide hohe, im Falle Italiens sogar sehr hohe Steuertransfers kennen. Mit Ausnahme von Österreich, wo in Zusammenhang mit den vergleichsweise niedrigen Gesundheitsausgaben nicht von Versorgungsmängeln berichtet wird, demnach von einer vergleichsweise hohen Effizienz des Mitteleinsatzes auszugehen wäre, fallen in den anderen aufgeführten Ländern nicht unerhebliche Defizite auf. Diese drücken sich im Vereinigten Königreich, Irland und Italien durch Wartelisten bzw. eine mangelhafte institutionelle Ausstattung aus. Durch Dezentralisierungstendenzen in den aufgeführten Ländern sind diese Versorgungsdefizite regional zum Teil sehr unterschiedlich ausgeprägt.

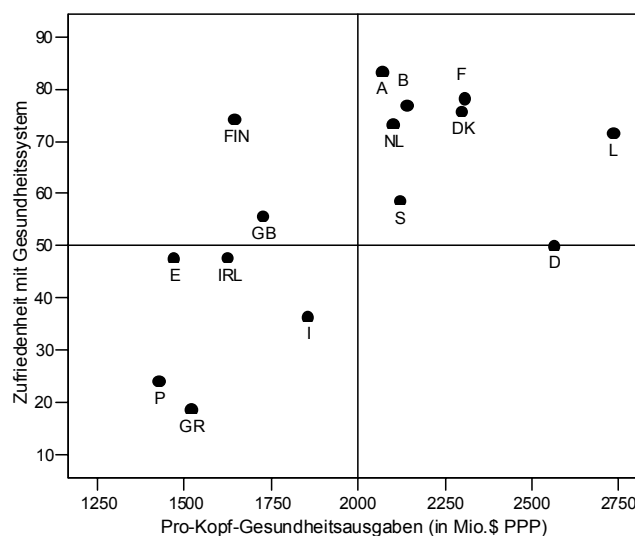
Diese vergleichsweise niedrigen Ausgaben wären demnach als Kennzeichen einer latenten Unterfinanzierung bzw. Rationierung zu betrachten. In Irland hat die überproportionale Entwicklung der Wirtschaftskraft nur in Teilen ihren Ausdruck im Gesundheitssystem gefunden. Zwar liegen die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben mittlerweile über denen des Vereinigten Königreichs, dennoch sind auch in Irland nach wie vor Versorgungsengpässe zu beobachten.

In welchem Maße unterdurchschnittliche Gesundheitsausgaben in Verbindung mit einer mangelhaften Versorgungsstruktur tatsächlich als Defizit erfahren werden, zeigt sich an den Zufriedenheitswerten der Bevölkerung. Abbildung 2 setzt die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Bezug mit den Pro-Kopf-Gesund-

heitsausgaben¹⁰⁸. Im Trend steigt mit zunehmenden Gesundheitsausgaben auch die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. So finden sich die niedrigsten Zufriedenheitswerte nahezu ausschließlich in Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen und vergleichsweise geringen Gesundheitsausgaben pro Kopf. Dies kann als ein Hinweis gesehen werden, dass der unterdurchschnittliche Mitteleinsatz eher als Indiz einer Unterfinanzierung als einer effizienten Leistungserbringung zu deuten ist.

Umgekehrt nimmt die Zufriedenheit in den Ländern, die höhere Gesundheitsausgaben haben, unabhängig vom Finanzierungssystem zu. Zwar findet sich überwiegend in Ländern mit Beitragsfinanzierung eine überdurchschnittliche hohe Zufriedenheit. Hohe Zufriedenheitswerte werden aber auch in Dänemark und – eingeschränkt – in Schweden erreicht, den Ländern mit den höchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben unter den Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen.

Abbildung 2: Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und Gesundheitsausgaben pro Kopf, 1999



Quelle: Europäische Kommission, Eurobarometer 2001.

108 Auf alle EU 15-Mitgliedstaaten bezogene Zufriedenheitswerte liegen bisher letztmals für das Jahr 1999 vor. In der Abbildung sind daher zur besseren Vergleichbarkeit die Zufriedenheitswerte des Jahres 1999 den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben desselben Jahres gegenüber gestellt. Dadurch ergeben sich Abweichungen zu den bisher referierten Werten. So hat sich u.a. der Abstand der Gesundheitsausgaben in Deutschland zu den nachfolgenden Ländern verringert. Irland hat mittlerweile höhere Gesundheitsausgaben pro Kopf als das Vereinigte Königreich.

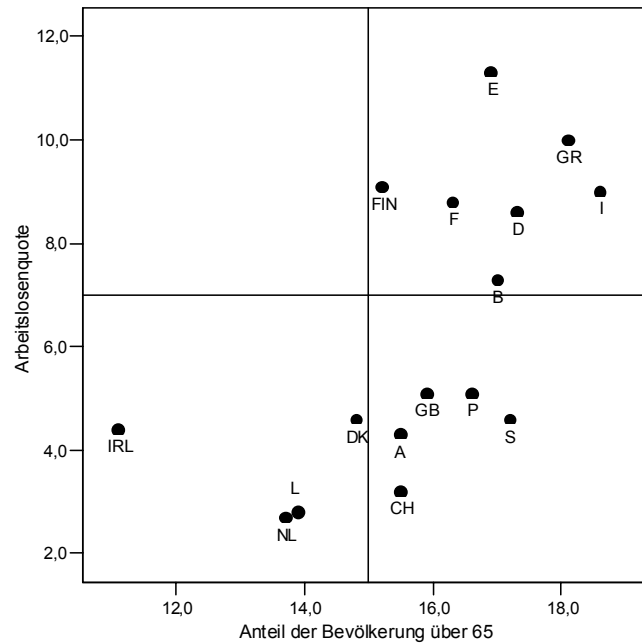
Am zufriedensten ist die österreichische Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem. Da es vergleichsweise niedrige Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben aufweist und keine aus steuerfinanzierten Gesundheitssystemen vergleichbaren Engpässe aufweist, ergibt sich in dieser Grobcharakterisierung innerhalb der verglichenen Gesundheitssysteme für Österreich die ausgewogenste System-Performance.

Außerhalb dieses Zusammenhangs stehen die Platzierungen von Deutschland und Luxemburg. Die beiden Länder mit den höchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben – für die Schweiz liegen keine vergleichbaren Zufriedenheitswerte vor – fallen nicht durch Höchstwerte in der Zufriedenheit auf. Während Luxemburg zumindest Anschluss an die Spitzengruppe hält, ist in Deutschland nur jeder zweite Bürger mit dem Gesundheitssystem zufrieden. Ebenfalls als Ausnahme – wenn auch in die entgegengesetzte Richtung – kann die Platzierung des finnischen Gesundheitssystems gelten. Es weist zwar unterdurchschnittliche Gesundheitsausgaben auf, wird allerdings trotz vorliegender Versorgungslücken von der finnischen Bevölkerung mit hohen Zufriedenheitswerten bedacht.

3.3 Volkswirtschaftliche Rahmenbedingungen

Die Bewertung des Gesundheitssystems findet letztlich vor dem Hintergrund unterschiedlicher wirtschaftlicher und gesamtgesellschaftlicher Ausgangsbedingungen in den betrachteten Ländern statt, die sehr differente Anforderungen an die Finanzierungssysteme stellen. In Abbildung 3 sind die Länder im Hinblick auf die Höhe der Arbeitslosigkeit und des Anteils der Bevölkerung in einem Alter von über 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung dargestellt. Diese Indikatoren zählen zu den zentralen Einflussfaktoren auf die Leistungsfähigkeit der Finanzierungsstrukturen im Gesundheitssystem. Die Arbeitslosigkeit gilt dabei als Indikator zur Bewertung der wirtschaftlichen Dynamik. In beitragsfinanzierten Sozial- bzw. Gesundheitssystemen ist sie zusätzlich eine Kennzahl zur Bewertung des Einnahmepotenzials. Der Anteil der Bevölkerung in einem Alter von über 65 Jahren wird zur Bewertung der Nachfrageentwicklung in den kommenden Jahren genutzt.

Abbildung 3: Sozioökonomische Rahmenindikatoren, 2002



Quelle: OECD HEALTH DATA 2004 1st ed.

Der verbindende Blick auf beide Indikatoren verdeutlicht, dass sich die vergleichsweise günstigsten Ausgangsbedingungen in Irland sowie in Luxemburg und den Niederlanden finden. Rahmenbedingungen, die deutlich höhere Belastungen an die Finanzierung des Gesundheitssystems und letztlich des gesamten sozialen Sicherungssystems stellen, liegen in Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien und Spanien vor. Diese erheblich differierenden Rahmenbedingungen dürften ein Erklärungsansatz für die unterschiedlich gewichteten Reformdiskurse zu den Finanzierungsstrukturen des Gesundheitssystems in den einzelnen Ländern sein. Denn während insbesondere in Deutschland eine sehr kritische Debatte über die Beitragsfinanzierung geführt wird, die bis hin zu einem Systemwechsel reicht, findet sich in den Niederlande ein anderer Tenor. Dort soll die bestehende gesetzliche Versicherung auf die bisher nicht inkludierten Bevölkerungsteile ausgeweitet werden. Mit der gleichzeitigen Erhöhung der Nominalprämie und der Einführung neuer steuerfinanzierter Elemente soll aber auch in den Niederlanden der beitragsfinanzierte Teil der Gesundheitsausgaben reduziert werden.

Die unterschiedlichen Konnotationen zwischen beiden Ländern dürften dennoch nicht unwesentlich aus den differierenden wirtschaftlichen und sozialstrukturellen

Ausgangsbedingungen resultieren. Ähnliches gilt auch für die Länder mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen. Hier finden sich insbesondere im Hinblick auf die Arbeitslosigkeit bedeutsame Unterschiede zwischen Dänemark, dem Vereinigten Königreich und Schweden auf der einen und Italien, Griechenland und Spanien auf der anderen Seite. Aufgrund einer günstigeren volkswirtschaftlichen Ausgangslage vermögen die erstgenannten Länder mehr Mittel in den Gesundheitssektor fließen zu lassen, als dies der zweiten Ländergruppe möglich ist. Aber auch innerhalb der ersten Gruppe treten Differenzen zu Tage: Während in Dänemark und in Schweden – wie an anderer Stelle bereits gezeigt – auf der Grundlage der überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben auch eine hohe Zufriedenheit gemessen wird, öffnet sich insbesondere im Vereinigten Königreich eine Schere zwischen dem, was im internationalen Vergleich als Ausgabenniveau angemessen scheint, und dem, was tatsächlich zur Finanzierung des Gesundheitssystems eingesetzt wird. Hierin kann ein wesentlicher Aspekt für die niedrigen Zufriedenheitswerte mit dem britischen Gesundheitssystem gesehen werden.

Festzustellen ist aber auch, dass sich die Debatte zur Weiterentwicklung der Sozialleistungssysteme im Allgemeinen wie der Gesundheitssysteme im Besonderen unter dem Eindruck des Globalisierungsdiskurses zusehends auf kosteninduzierenden Aspekte verkürzt. Dies gilt insbesondere für Länder mit beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen. Der Blick auf die Leistungsseite gerät damit ins Hintertreffen.

3.4 Entwicklungstrends und Handlungsoptionen

Die aufgeführten differentiellen Ausgangs- und Rahmenbedingungen bestimmen das Gewicht der vorrangig ökonomischen Herausforderungen, denen sich die Gesundheitssysteme letztlich aller betrachteten Länder – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – zu stellen haben. Diese Herausforderungen resultieren wesentlich aus einem wachsendem medizinischen Fortschritt, steigenden Lebens- und damit auch Versorgungsstandards sowie den beschriebenen sozio-ökonomischen Faktoren, zu denen die demographische Entwicklung wie auch eine von der Globalisierung beschleunigte wirtschaftliche Dynamik gehören. Während sich steuerfinanzierte Gesundheitssysteme mit der Überwindung von Versorgungsengpässen konfrontiert sehen, steht in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen eine Vermeidung bzw. Abschwächung des Beitragssatzanstieges und dabei insbesondere des direkten Finanzierungsanteils der Arbeitgeber an erster Stelle.

Gemeinsam ist beiden Zielsetzungen die Limitierung öffentlich – sei es über Steuern oder Beiträge – finanzierter Ausgabenanteile. Dabei lassen sich im Trend folgende Handlungsmuster identifizieren:

- Es findet zunehmend eine Individualisierung der Ausgaben statt. Gemeint ist eine tendenzielle Erhöhung von Zuzahlungselementen und Zusatzversicherungen sowie von Leistungsausgrenzungen, für die dann nicht mehr die öffentlichen Institutionen, sondern die Bürger bzw. Versicherten bei Eintritt eines Leistungsfalles aufzukommen haben. Zuzahlungen wird neben den monetären Effekten noch eine zusätzliche nachfragesteuernde Funktion zugeschrieben. Sie wirken damit zweifach auf die Ausgabenstruktur: Zum einen senken sie unmittelbar den öffentlich finanzierten Ausgabenanteil, reduzieren tendenziell die Leistungsnachfrage und vermindern dadurch zusätzlich mittelbar die öffentlichen Ausgaben. Zusatzversicherungen werden mittlerweile gerade in Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen zur Deckung der Versorgungsdefizite gefördert. So wird bspw. in Irland durch staatliche Mittel im Rahmen eines privaten Versicherungsprogramms („Voluntary Health Insurance Board“) eine Zusatzversicherung, die nicht gewinnorientiert arbeitet, unterstützt. Damit können neben den Dienstleistungsanbietern des nationalen Gesundheitsdienstes auch private Leistungsanbieter in Anspruch genommen werden. Ebenso gibt es im Vereinigten Königreich eine kontinuierlich wachsende Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen. Gegenwärtig besitzen rund 11 Prozent der Briten eine solche Zusatzversicherung.
- Von der Einführung von Marktmechanismen wird eine höhere Leistungsfähigkeit in der Gesundheitsversorgung erwartet. Durch den Einsatz wettbewerbsfördernder Elemente soll eine effizientere Verteilung der vorhandenen Mittel erreicht und damit Versorgungslücken durch Rationalisierungspotenziale geschlossen werden. Der Wettbewerb bezieht sich zunächst auf die Leistungsanbieter. Dabei geht es vorwiegend um die Öffnung enger Anbieterstrukturen, die sich in steuerfinanzierten, aber auch in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen finden. Intendiert ist damit sowohl ein Preis- als auch ein Qualitätswettbewerb. Zu den Wettbewerbsinstrumenten zählen u.a. die Zulassung privater Leistungsanbieter oder die Einführung marktlicher Anreizsysteme.

Im Vereinigten Königreich wurde das ursprünglich öffentlich-integrierte System in ein öffentliches Vertragsmodell umgewandelt (NHS Community Care Act 1990). Im Oktober 2000 wurde eine so genannte Partnerschaft zwischen dem nationalen Gesundheitsdienst und privaten und gemeinnützigen Anbietern beschlossen. Medizinische Dienstleistungen werden auch von privaten Anbietern bezogen, angestrebt werden so genannte Public-Private-Partnership-Modelle. Dänemark öffnet sich ebenfalls privaten Anbietern: Gemeinden geben Preis- und Qualitätsniveaus vor und gehen mit privaten Anbietern Vertragsbeziehungen ein. In Finnland soll es kleinen privaten Unternehmen ermöglicht werden, in den Markt der

häuslichen Krankenpflege einzusteigen. In Portugal werden zur Reduzierung der Warteliste auch private Anbieter beim nationalen Gesundheitssystem unter Vertrag genommen.

Insbesondere in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen wird verstärkt auf unternehmerische Betriebsstrukturen zurückgegriffen, um Ineffizienzen in der Versorgung, die sich in nahezu allen Fällen in Form von Wartelisten ausdrücken, zu begegnen. Dies geschieht zuweilen nicht nur in kleinen Schritten, sondern umfassend. So wird beispielsweise in einer Region in Spanien ein Einkaufsmodell getestet: Der Staat schreibt unter Vorgabe bestimmter Standards die Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung aus und vergibt den Auftrag an ein privatwirtschaftlich arbeitendes Unternehmen.

Trotz der Öffnung der nationalen Gesundheitsdienste für ein stärkeres wettbewerbles und unternehmerisches Handeln werden die konstitutiven Elemente der Gesundheitssysteme in diesen Ländern über den Reformprozess in der Tendenz sogar gesichert. Zu ihnen zählen der universelle Zugang zur Versorgung, die Steuerfinanzierung und die Letztentscheidung des Staates.

In diesen steuerfinanzierten Gesundheitssystemen mit einem staatlichen Gesundheitsdienst wird die wettbewerbliche Öffnung zudem von Dezentralisierungsbestrebungen begleitet. So plant Finnland neue Formen des Managements der Gesundheitsdienste auf Länderebene, die Einrichtung neuer regionaler Verwaltungen wird erwogen. Spanien möchte mittelfristig die Verantwortung für den Gesundheitsdienst allen autonomen Regionen zuteilen. In Italien wurde 1999 den regionalen Verwaltungsebenen mehr Verantwortung zugesprochen. In Portugal wird seit 1993 der nationale Gesundheitsdienst in fünf Regionen von autonomen Gesundheitsverwaltungen geleitet.

Dezentralisierungsansätze führen allerdings zum Teil zu sehr deutlichen Unterschieden in der regionalen Versorgung. Nicht zuletzt aus diesem Grund finden sich gerade in Ländern mit einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem regional heterogene Versorgungslagen.

Im Zusammenhang mit Wettbewerbsmodellen werden auch verstärkt betriebswirtschaftliche Abläufe in die Versorgungsprozesse integriert: So will bspw. Portugal ab 2005 die Ärztevergütung verändern. Sie soll sich nun auf Anzahl der Patienten und Leistung basieren und das vorher staatlich nach Berufsstand und Alter festgelegte Gehalt ersetzen. Zusätzlich werden neue Managementstrukturen in den Gesundheitszentren eingeführt.

In Ländern mit Krankenversicherungssystemen wurde der Wettbewerb über die Leistungsseite auf die Finanzierungsseite zum Teil insoweit ausgedehnt, als eine freie Wählbarkeit der gesetzlichen Krankenkasse eingeführt wurde und damit ein Preiswettbewerb unter den Krankenkassen etabliert werden sollte, mit dem Ziel, der Ausgabenentwicklung marktliche Regulierungselemente entgegenzustellen. Dies war u.a. in Deutschland und in der Schweiz der Fall.

- Neben der Einführung wettbewerblicher Instrumente, von denen mittelbare Regulationsimpulse ausgehen, finden sich Ansätze zur direkten Ausgabensteuerung. Dabei handelt es sich zumeist um eine unmittelbare Steuerung der die Nachfrage bestimmenden Leistungsanbieter bzw. der Nachfragestrukturen selbst. Ziel ist dabei eine Kostendämpfung durch ökonomische Struktur- und Prozessoptimierung. Im Hinblick auf die Optimierung der Versorgungsstrukturen werden damit aber auch Qualitätsimpulse verbunden. Die Einführung von Hausarzt- bzw. Primärarztmodellen, der verstärkte Einsatz von Generika, aber auch die Etablierung neuer technischer Prozesse wie die Einführung von EDV-lesbaren Patientenkarten gehören hierzu.

Primärarztmodelle werden u.a. in Deutschland, Frankreich und Griechenland diskutiert. Frankreich will dabei bis zum Jahr 2007 erreichen, dass alle Bürger bei einem Hausarzt eingeschrieben sind, der sie zum Facharzt überweist. Ebenso sollen alle Behandlungsdaten auf eine Chipkarte gespeichert werden. Die Überweisung des Patienten zum Facharzt nimmt der Hausarzt vor. Patienten, die unabhängig davon einen Facharzt aufsuchen, müssen dann höhere Kosten in Kauf nehmen.

- In Ländern mit beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen ist darüber hinaus eine Tendenz zur Erhöhung steuerfinanzierter Ausgabenanteile zu erkennen. Gesamtwirtschaftlich verändert sich dadurch zwar nicht der Anteil öffentlich finanzierter Gesundheitsausgaben, allerdings entstehen andere Verteilungsströme, die den direkten Finanzierungsanteil der Arbeitgeber entlasten und in der Tendenz deren Wettbewerbsfähigkeit in der internationalen Perspektive erhöhen. In Deutschland finden sich erste, eher verhaltene Ansätze. So wurden Mehreinnahmen aus der Tabaksteuererhöhung der gesetzlichen Krankenversicherung zugeführt. In Frankreich stehen umfangreichere staatliche Zuschüsse aus Steuermitteln zur Stärkung der Finanzkraft der öffentlichen Krankenversicherungen an.

In nahezu allen betrachteten Ländern werden diese Veränderungen als Fortentwicklungen der bestehenden Finanzierungssysteme betrachtet. Durch die zumeist tiefe institutionelle und rechtliche Verwurzelung erleben die etablierten Systeme sehr selten grundlegende Veränderungen. Weil keine grundlegenden systemischen Veränderungen vorgenommen werden, finden im Rahmen der beschriebenen übergeordneten Trends individuelle, handlungsorientierte Lösungen statt, die außerhalb übereinstimmender Grundstrukturen gerade im Blick auf die Details eher zu einer Divergenz als zu einer Konvergenz der Finanzierungsarrangements führen.

4 Resümee

Die Gesundheitsversorgung steht in den europäischen Volkswirtschaften in einem hohen öffentlichen Interesse und gehört dadurch zu den zentralen sozialpolitischen Handlungsfeldern.

Mit dem Ausreifungsgrad einer Volkswirtschaft etabliert sich im Kontext mit dem jeweils geltenden sozialpolitischen Grundverständnis ein Versorgungsniveau, dessen Sicherstellung als im Kern öffentliche Aufgabe betrachtet wird. Dieses Versorgungsniveau wird sich – trotz unterschiedlicher Ausgestaltung der nationalen Gesundheitssysteme – letztlich angleichen. Deutliche Abweichungen werden sich im politischen Entwicklungsprozess nur schwer behaupten können. Insofern werden die politischen Akteure in allen betrachteten Ländern gefordert bleiben, eine politisch als angemessen beurteilte öffentliche Gesundheitsversorgung gewährleisten zu müssen.

Volkswirtschaftlich bewegt sich diese Gewährleistung dabei in einem Spagat zwischen der Gesundheitswirtschaft als einer Zukunftsbranche mit hohen immanenten Wachstumspotenzialen auf der einen und einer – nicht zuletzt durch die Intensivierung globaler Wettbewerbsbeziehungen – geringeren Verfügbarkeit öffentlicher Mittel auf der anderen Seite. Die Angemessenheit öffentlicher Ausgaben im Gesundheitsbereich wird daher politisch immer stärker an dem bemessen, was als zumutbar für eine individuelle Absicherung bzw. Finanzierung angesehen werden kann.

Unter Beibehaltung von im Kern öffentlichen Gesundheitssystemen ist davon auszugehen, dass unabhängig von der jeweils zugrunde liegenden Finanzierungssystematik eine Individualisierung der Ausgaben, d.h. eine Übertragung der Kosten auf den Bürger bzw. Versicherten im Allgemeinen bzw. auf seine Rolle als Patient im Besonderen, stattfinden wird. Dies wird durch direkte Kostenübernahme in Form von Zuzahlungen oder durch Zusatzversicherungen umgesetzt. Über den reinen Ausgabeneffekt hinaus werden diese Maßnahmen in Teilen in Verbindung mit Steuerungsfunktionen im Hinblick auf die Leistungsnachfrage stehen.

Gerade bei steuerfinanzierten Gesundheitssystemen ist von einem stärkeren Rückgriff auf Zusatzversicherungen auszugehen. Sie stellen dort eine individuelle Option zur Überwindung der steuerfinanzierten Gesundheitssystemen inhärenten Versorgungs- und Effizienzdefizite dar. Ihre staatliche Förderung wird zunehmen.

Da bei Steuerfinanzierung die Ausgaben nicht unmittelbar auf die Arbeitskosten wirken, sind sie bei weitem nicht mit dem wirtschaftspolitischen Druck konfrontiert, dem sich beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme stellen müssen. Von einer grundsätzlichen Abkehr vom Prinzip der Steuerfinanzierung in den Ländern, in denen sie eingeführt ist, ist daher – trotz der Unebenheiten in der Versorgung – nicht auszugehen. Sie dürften sich im Hinblick auf die öffentliche Finanzierung noch stärker auf eine Grundversorgung bei gleichzeitig höherer individueller Einbindung des einzelnen Bürgers in die Finanzierung entwickeln.

Erkennbar ist in diesen Gesundheitssystemen aber auch eine verstärkte Implementation wettbewerblicher und unternehmerischer Gestaltungselemente bis hin zu umfassenden Einkaufsmodellen in den nationalen Gesundheitsdiensten, die zudem weiter dezentralisiert werden dürften – unter Beibehaltung der Steuerfinanzierung als allgemeinem Finanzierungsrahmen.

Beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme geraten durch die direkte Wirksamkeit der Beiträge auf die Arbeitskosten gerade unter angespannten gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen unter erheblichen wirtschaftspolitischen Legitimationsdruck. Sie werden sich diesem von der Globalisierung beschleunigten Druck nicht ohne weiteren Wandel entziehen können.

Der Prozess einer Verschiebung der Ausgaben weg von der Arbeitgeberbeteiligung wird weiter anhalten. Die Finanzierungsbeteiligung der Versicherten wie der Patienten wird auch hier zunehmen. Darüber hinaus ist aber auch von einer Zunahme des steuerfinanzierten Anteils an den Ausgaben auszugehen, da es so möglich wird, Leistungsanteile in öffentlicher Finanzierung zu halten und zugleich ein direktes Einwirken auf die Arbeitskosten zu vermeiden.

Diskussionen über einen möglichen Systemwechsel werden sich überwiegend in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen finden. Die tatsächliche Umsetzung eines solchen Systemwechsels erscheint allerdings politisch nicht einfach. Zum einen liegen tiefe institutionelle und sozialrechtliche Verwurzelungen der Gesundheitssysteme vor. Zum anderen weisen die zur Verfügung stehenden Finanzierungsalternativen – jeweils für sich genommen – nicht unerhebliche Steuerungsdefizite auf. So kämpfen steuerfinanzierte Gesundheitssysteme mit Versorgungsmängeln und Ineffizienzen, beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme haben sich mit der direkten Arbeitskostenwirksamkeit ihrer Ausgaben und partiellen Überkapazitäten auseinandersetzen, bei Pauschalprämien sind verteilungspolitische Disparitäten und eine hohe Ausgabendynamik vorzufinden, Privatversicherungsmodelle fallen durch eine hohe Exklusionsneigung und eine ebenfalls hohe Ausgabendynamik auf. Aus dieser

Perspektive sind große Lösungen im Sinne eines vollständigen Systemwechsels eher verhalten einzuschätzen.

Veränderungen werden entweder weiterhin als Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen stattfinden oder sie werden als Kombinationslösungen wesentliche Teile von Systemalternativen zielgerichtet in das bestehende Finanzierungssystem integrieren.

Für beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme, die sich – wie hier aufgezeigt – dem stärksten Änderungsdruck zu stellen haben, heißt dies:

- Steuerfinanzierung wird in nicht unerheblichem Maße als Finanzierungsalternative an Geltung gewinnen.

Sie wird daneben insbesondere in den Bereichen, in denen eine Individualisierung der Kosten (Zuzahlungen) oder auch Pauschalprämienmodelle zu verteilungspolitischen Verwerfungen führen oder gesellschafts- bzw. sozialpolitische Zielsetzungen konterkarieren würden, zum Einsatz kommen. Dies wird – gerade im europäischen Vergleich – überwiegend bei der Absicherung der Gesundheitsrisiken bei Kindern der Fall sein. Auch Ausgleichssysteme für Bevölkerungsgruppen mit übermäßigen finanziellen Belastungen dürften verstärkt steuerfinanziert werden.

- Auf Pauschalprämienmodelle wird – im europäischen Kontext – zumeist nur zur Finanzierung von Teilen der Leistungsausgaben zurückgegriffen werden. Eine völlige Umstellung erscheint wegen der induzierten verteilungspolitischen Disparitäten politisch schwer durchsetzbar. Die Kompensation dieser Disparitäten wird zudem nicht ohne steuerfinanzierte Ergänzungen auskommen können.

Tabellenverzeichnis

Tabelle	Seite
Tabelle 1a und 1b Datentableau zu den Finanzierungsstrukturen der europäischen Gesundheitssysteme	84/85

Abbildungsverzeichnis

Abbildung	Seite
1 Gesundheitsausgaben pro Kopf und Anteil der Ausgaben am BIP, 2002	92
2 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und Gesundheitsausgaben pro Kopf, 1999	94
3 Sozioökonomische Rahmenindikatoren, 2002	96

Literatur

Ärzte Zeitung, Ärzte Zeitung-Verlagsgesellschaft mbH, Neu Isenburg.

BÄK intern - Informationsdienst der Bundesärztekammer (2004), Bundesärztekammer Berlin, Ausgabe 07/2004.

Bode, Ingo (2003): Nachhilfe vom Nachbarn; in: Gesundheit und Gesellschaft, 6. Jahrgang, Bonn 2003, Heft 4, S. 24-29.

Bundesministerium der Finanzen (2004): Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Monatsbericht 12/ 2004, Berlin, S. 85-94.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (Hrsg.) (2003): Sozial-Kompass Europa.

Busse, Reinhard; Schlette, Sophia (Hrsg.) (2003): Gesundheitspolitik in Industrieländern – Trends und Analysen 1/2003, Verlag Bertelsmann Stiftung Gütersloh.

Busse, Reinhard (2004): Europäische Union. Neue Verfassung, neue Sozialpolitik? In: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 2/04, 7. Jahrgang.

Colombo Francesca; Tapay, Nicole (2004): Private Health Insurance in Ireland: A Case Study. OECD Health Working Papers.

Deutsche Bundesbank (2004): Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung, Monatsbericht Juli 2004, Frankfurt am Main, S. 15-32.

Döring, Diether (2004): Sozialstaat. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

Ecker, Thomas; Häussler, Bertram; Schneider, Markus (2004): Belastungen der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. Berlin, Augsburg.

Europäische Kommission. Generaldirektion Beschäftigung und Soziales Referat E.2 (2004): MISSOC – Gegenseitiges Informationssystem zur sozialen Sicherheit. Soziale Sicherheit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz, Stand am 1. Januar 2004.

Exter André den; Hermans, Herbert; Dosljak, Milena; Busse, Reinhard (2004): Health care systems in transition: Netherlands, European Observatory on Health Care Systems, Kopenhagen.

Gerlinger, Thomas (2003): Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung? In: Jahrbuch für Kritische Medizin Band 38. Gesundheitsreformen – internationale Erfahrungen. Argument-Verlag Berlin, S. 10-30.

Greß, Stefan; Groenewegen, Peter (2001): Wettbewerb und Selbstverwaltung im niederländischen Gesundheitswesen. In: Arbeit und Sozialpolitik 5-6/ 2001, S. 32-41.

Greß, Stefan, et. al. (2005): Die Reform-Mühle dreht sich wieder. In: Gesundheit und Gesellschaft, 8. Jahrgang, Bonn 2005, Heft 2, S. 21-25.

Guichard, Stéphanie (Oktober 2004): The Reform of the Health Care System in Portugal, OECD Economics Department Working Papers NO.405.

Hänlein, Andreas (1998): Der Kern sozialen Schutzes im Bereich der medizinischen Versorgung. In: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht, Heft 12, Heidelberg, S. 454-470.

Hamilton, Geert Jan (2002): Die Finanzierung des Niederländischen Gesundheitswesens. In: G+G Wissenschaft, Ausgabe 3/2002, 2. Jahrgang, S. 23-31.

Hassenteufel, Patrick (2003): Mehr Staat, aber auch mehr Wettbewerb - die Zwiespältigkeit der französischen Krankenversicherungspolitik. In: Jahrbuch für Kritische Medizin Band 38. Gesundheitsreformen - internationale Erfahrungen. Argument-Verlag Berlin, S. 48-62.

Health Policy Monitor, Bertelsmann Stiftung, Stand November 2004, im Internet: www.healthpolicymonitor.org.

Hohnerlein, Eva Maria (1998): Sozialrechtliche Ansprüche auf medizinische Leistungen in Italien. In: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht, Heft 12, Heidelberg, S. 3-4.

http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc_info_en.htm.

Jahrbuch für kritische Medizin 38 (2003): Gesundheitsreformen – internationale Erfahrungen. Argument-Verlag Berlin.

Kaufmann, Otto (1998): Leistungen in der französischen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht Heft 12, S. 321-341.

Kellner, Hans-Günter (2005): Der graue Star muss warten. In: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen, Heft 153, Frankfurt am Main.

Kerr, Elizabeth (1999): Health care systems in transition: Luxemburg, European Observatory on Health Care Systems, Kopenhagen.

Kessler, Françoise (2003): Neue und erneuerte Ansätze zur sozialen Sicherheit in Europa. In: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht, Heft 17, Heidelberg, S. 254 -275.

Liaropoulos, Lycurgus L. (2001): Health care policy in Greece : A new (and promising) reform. In: Euro Observer. Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems. Summer 2001, Volume 3, Number 2, S. 5-6.

Maydell von, Bernd (1998): Der „Kernbereich“ der medizinischen Versorgung in ausgewählten europäischen Industriestaaten – Einführung. In: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht, Heft 12, S. 3-4.

Meinhardt, Volker, Zwiener, Rudolf (2005): Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung, DIW-Gutachten, Berlin

Michelsen, Kai (2003): Wettbewerbsorientierte Reformen im schwedischen Gesundheitssystem der 90er Jahre. In: Jahrbuch für Kritische Medizin Band 38. Gesundheitsreformen – internationale Erfahrungen. Argument-Verlag Berlin, S. 31-45.

Moser, Christian; Rugg, Erwin (2002): Probleme in der Schweizerischen Krankenversicherung. Kurze Fallstudie im Rahmen von VEPOS zuhanden des EPA, Universität Zürich – Institut für Politikwissenschaft.

Or, Zeynep (2002): Improving the performance of health care systems: From measures to action (a review of experiences in four OECD countries). Labour market and social policy – occasional papers No.57, OECD.

Pearson, Richard; Reilly, Peter; Robinson, Dilys (2004): Recruiting and developing an effective workforce in the British NHS. In: Journal of Health Services Research and Policy. Volume 9 suppl. 1 Jan 2004, S.17-23.

Reinhard, Hans-Joachim (1998): Der Nationale Gesundheitsdienst als Alternative zum Versicherungssystem? In: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht, Heft 12, S. 438-453.

Rico, Ana; Sabés, Ramón (2001): Sistemas sanitarios en transición – Espana. Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, Kopenhagen.

Rico, Ana (2002): Health Care Systems in Transition. HiT summary: Spain. European Observatory on Health Care Systems, Kopenhagen.

Riesberg, Annette; Weinbrenner, Susanne; Busse, Reinhard (2003): Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich. Was kann Deutschland lernen? Aus Politik und Zeitgeschichte B33-34, S. 29-38.

Robinson, Ray (2001): The changing public-private mix in health care. In: Euro Observer. Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems. Summer 2001 Vol. 3, Nr. 2.

Rossel, Raymond; Gerber, Yves-Alain (2004): Switzerland. National Health Accounts 2001, OECD Health Technical Papers.

Sandier, Simone; Paris, Valérie; Polton, Dominique (2004): Health care systems in transition: France. European Observatory on Health Care Systems, Kopenhagen.

Schölkopf, Martin; Stapf-Finé, Heinz (2003): Ergebnis eines internationalen Vergleichs der stationären Versorgung. Daten, Trend und Schlüsselfolgerungen für die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland. In: Das Krankenhaus 2/ 2003 S. 111 – 120.

Schulte, Bernd (1998): Das Gesundheitswesen in Großbritannien – Herausforderungen und Optionen. In: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht, Heft 12, S. 343-365.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2002): Gesundheitssystem, Edition Obsan.

Socialstyrelsen. The National Board of Health and Welfare (Hrsg.) (2003): Health Care. Status Report 2003.



HessenAgentur

HA Hessen Agentur GmbH