



FAKULTÄT FÜR **INFORMATIK**

Darstellung und Vergleich der Gesundheitssysteme in der EU-15

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Magister der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

im Rahmen des Studiums

Diplomstudium Wirtschaftsinformatik

eingereicht von

Daniel Teuffenbach
Matrikelnummer 9825723

an der
Fakultät für Informatik der Technischen Universität Wien

Betreuung:
Betreuer: Univ.-Ass. Dr. Robert Wieser

Wien, 12.11.2008

(Unterschrift Verfasser/in)

(Unterschrift Betreuer)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis	6
Einleitung und Problemstellung	10
1 Darstellung der EU-15 Gesundheitssysteme	13
1.1 Österreich	13
1.1.1 Struktur des österreichischen Gesundheitswesens	13
1.1.2 Finanzierungsquellen im österreichischen Gesundheitssystem	15
1.1.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft	16
1.1.4 Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.....	17
1.1.5 Finanzierung Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	18
1.1.6 Ausblick	18
1.2 Belgien.....	20
1.2.1 Struktur des belgischen Gesundheitswesens	20
1.2.2 Finanzierungsquellen im belgischen Gesundheitssystem	22
1.2.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft (2007).....	23
1.2.4 Finanzierung und Leistungen der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	24
1.2.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) ..	25
1.2.6 Pros und Contras des belgischen Gesundheitssystems	25
1.3 Dänemark	26
1.3.1 Struktur des dänischen Systems (nach Reform 2007).....	26
1.3.2 Finanzierungsquellen im dänischen System	28
1.3.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft	29
1.3.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	30
1.3.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle	30
1.3.6 Pros und Contras des dänischen Systems.....	31
1.4 Deutschland	32
1.4.1 Struktur des deutschen Gesundheitssystems(vor der letzten Reform)	32
1.4.2 Finanzierungsquellen im deutschen Gesundheitssystem	34
1.4.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft	35
1.4.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	36
1.4.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle	36
1.4.6 Ausblick	38
1.5 Finnland.....	39

1.5.1	Struktur des finnischen Gesundheitssystems	39
1.5.2	Finanzierungsquellen im finnischen Gesundheitssystem.....	41
1.5.3	Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft	42
1.5.4	Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	43
1.5.5	Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	43
1.5.6	Pros und Contras des finnischen Systems	44
1.6	Frankreich.....	45
1.6.1	Struktur des französischen Gesundheitssystems	45
1.6.2	Finanzierungsquellen im französischen Gesundheitssystem	47
1.6.3	Finanzierung der Krankheit und Mutterschaft	49
1.6.4	Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	49
1.6.5	Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ...	50
1.6.6	Ausblick	50
1.7	Griechenland.....	51
1.7.1	Struktur des griechischen Gesundheitssystems.....	51
1.7.2	Finanzierungsquellen im griechischen Gesundheitssystem.....	53
1.7.3	Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft	54
1.7.4	Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	54
1.7.5	Finanzierung der Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle	55
1.7.6	Pros und Contras des griechischen Gesundheitssystem.....	55
1.8	Irland.....	56
1.8.1	Struktur des irischen Gesundheitssystems	56
1.8.2	Finanzierungsquellen im irischen Gesundheitssystem.....	59
1.8.3	Krankheit und Mutterschaft	60
1.8.4	Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	61
1.8.5	Finanzierung der Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle	61
1.8.6	Pros und Contras des irischen Gesundheitssystems	62
1.9	Italien.....	63
1.9.1	Struktur des italienischen Gesundheitssystems.....	63
1.9.2	Finanzierungsquellen im italienischen Gesundheitssystem	65
1.9.3	Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft	66
1.9.4	Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	66
1.9.5	Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten....	66
1.9.6	Pros und Contras des italienischen Systems	67
1.10	Luxemburg	68

1.10.1	Struktur des Gesundheitssystems in Luxemburg	68
1.10.2	Finanzierungsquellen im luxemburgerischen Gesundheitssystem.....	69
1.10.3	Finanzierung: Krankheit und Mutterschaft	70
1.10.4	Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	71
1.10.5	Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.....	72
1.10.6	Pros und Contras des luxemburgerischen Gesundheitswesens	73
1.11	Niederlande.....	74
1.11.1	Struktur des niederländischen Gesundheitssystems(2005)	74
1.11.2	Finanzierungsquellen im niederländischen Gesundheitssystem	75
1.11.3	Finanzierung: Krankheit und Mutterschaft	76
1.11.4	Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten....	76
1.11.5	Finanzierung Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	77
1.11.6	Ausblick, Pros und Contras des niederländischen Gesundheitssystems	77
1.12	Portugal.....	80
1.12.1	Struktur des portugiesischen Gesundheitssystems	80
1.12.2	Finanzierungsquellen im portugiesischen Gesundheitssystem	82
1.12.3	Krankheit und Mutterschaft Portugal	83
1.12.4	Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte Portugal	84
1.12.5	Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle u. Berufskrankheiten.....	85
1.12.6	Pros und Contras des portugiesischen Gesundheitssystems	86
1.13	Schweden.....	87
1.13.1	Struktur des schwedischen Gesundheitswesens	87
1.13.2	Finanzierungsquellen im schwedischen Gesundheitssystem	89
1.13.3	Finanzierung: Krankheit und Mutterschaft	90
1.13.4	Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	91
1.13.5	Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten....	91
1.13.6	Pros und Contras des schwedischen Systems	92
1.14	Spanien	93
1.14.1	Struktur.....	93
1.14.2	Finanzierungsquellen im spanischen Gesundheitssystem	95
1.14.3	Finanzierung von Krankheit und Mutterschaft	96
1.14.4	Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	97
1.14.5	Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten....	97
1.14.6	Pros und Contras des spanischen Systems	99
1.15	Vereinigtes Königreich.....	100

1.15.1	Struktur.....	100
1.15.2	Finanzierungsquellen im Gesundheitssystem des Vereinigten Königreiches..	102
1.15.3	Finanzierung: Krankheit und Mutterschaft	103
1.15.4	Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte.....	103
1.15.5	Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten...	104
2	Theoretische Aspekte des Systemvergleichs	105
2.1	Steuerfinanzierung vs. Beitragsfinanzierung.....	105
2.2	Dezentralisierung vs. Zentralisierung.....	107
2.3	Öffentlich vs. privater Finanzierung (Leistungsbereitstellung).....	108
3	Vergleich der Gesundheitssysteme in den EU-15-Ländern.....	110
3.1	Vergleich der Finanzierungsquellen.....	110
3.2	Vergleich der Leistungsbereiche	113
3.2.1	Pflege.....	115
3.2.2	Invalidität	116
3.2.3	Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	116
3.2.4	Vergleich der Leistungserbringer pro 1000 Einwohner	117
3.2.5	Vergleich der Geldleistungen im Falle von Krankheit	120
	Zusammenfassung.....	124
	Literaturverzeichnis.....	129
	Tabellenverzeichnis.....	132
	Abbildungsverzeichnis	132
	Anhang	133

Abkürzungsverzeichnis

A

ACOSS	
L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale, caisse nationale des Urssaf	46
ACS	
Hohe Gesundheitskommissariat	80
ACSS	
Administração Central do Sistema de Saúde (Zentrale Administration vom Gesundheitswesen)	81
AO	
Ospedaliere	64
ASL	
Aziende Sanitarie Locali	63
Associação de Cuidados de Saúde	
PT-ACS	82
ASSR	
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Abteilung für den regionalen Gesundheitsdienst)	63
ASST	
Behörde für Blut und Transplantationsdienste	80
AT	
Österreich	133
AWBZ	
Algemene wet bijzondere ziektekosten	76

B

BE	
Belgien	133
BMGFj	
Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend	14

C

CMU)	
Fonds de financement de la protection comple'mentaire de la couverture universelle du risque maladie	47
CNAMTS	
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	45
Conselho Nacional de Sau'de (Nationale Gesundheitsinsitut)	
CNS	82
CSG	
Contribution Sociale Generalise'e	45
CSS	
Nationale Gesundheitsrat	63
CSSD	
Centres de Coordination de Soins et Services (Kordinationszentren für Heimversorgung und Dienstleistungen)	22
CT's	
Care Trusts (Versorgungsfonds)	100

D

DE	
Deutschland	133
DHSSPS	
Department of Health, Social Service and Public Safety (Abteilung für Gesundheit, Sozialleistungen und Öffentliche Sicherheit)	101
DK	
Dänemark	133

E

EAG's	
Expert Advisory Groups (Expertenberatungsgruppen)	57
ES	
Spanien	133

F

FI	
Finnland	133
FR	
Frankreich	133

G

GA	
Gesundheitsausgaben	10
GDH	
Allgemeine Gesundheitsabteilung	80
GMS	
General Medical Service	59
GR	
Griechenland	133

H

HIQA	
Health Information and Quality Authority	57
HSAN	
Hälsö- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd (Amt für medizinische Angelegenheiten)	88
HSE	
Health Service Executive (Gesundheitsbehörden)	56

I

IAS	
Indexante dos apoios sociais (Indexwert für Soziale Unterstützungen)	85
IDT	
Nationale Institut für Drogenabhängigkeit	81
IE	
Irland	133
IGAS	
Allgemeine Inspektorat für Gesundheitsaktivitäten	80
IMO	
Irish Medical Organisation (Irischer Ärzteverband)	59
INASTI	
L'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbständige)	21
INEM	
Nationale Institut für medizinische Notfälle	81
INFARMED	
Nationale Behörde für Drogen und Gesundheitsprodukte	81
INGESA	
Institut für Gesundheitsmanagement	93
INSA	
Nationale Institut für Gesundheit, Dr. Ricardo Jorge	81
IPS	
Portugisiche Institut für Blut	81
IRAP	

Regionalsteuer (imposta regionale sulle attività produttive).....	65
IRCCS	
Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Nationale Institut für wissenschaftliche Forschung)	63
ISS	
Istituto Superiore di Sanità(Nationale Gesundheitsinstitut)	63
IT	
Italien	133

L

LFN	
Läkemedelsförmånsnämnden (Amt für pharmazeutische Produkte).....	88
LHOs	
Local Health Offices	57
LU	
Luxemburg	133

M

MISSOC	
Mutual Information System on Social Protection (Das System zur gegenseitigen Information über den Sozialschutz).....	12
MSA	
Mutualité sociale agricole	45

N

NCU	
National Communication Unit	57
NHO	
National Hospital Office	56
NHS	
National Health Service (Nationaler Gesundheitsdienst)	112
NL	
Niederlande	133
NTPF	
National Treatment fund (Nationaler Fond für Behandlungen).....	58

O

ÖBIG	
Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen	14
ONSS	
Office national de sécurité sociale (Landesamt für Soziale Sicherheit).....	20

P

PCCC	
Primary, Community and Continuing Care.....	56
PCT	
Primary Care Trusts (Primärversorgungsfonds)	100
PRIKRAF	
Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfond	14
PT	
Portugal.....	133

R

RGB	
Regionale Gesundheitsbehörden	82
RHA	

Regionale Gesundheitsbehörde

S

SBU	
Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (Amt für die Bewertung von Technischen Einrichtungen im Gesundheitswesen)	89
SE	
Schweden.....	133
Serviços de Assistência Médico-Social/Serviços de Assistência Me'dico-Social	
SAMS.....	82
SG	
Sekreteriat für Gesundheit.....	80
SHA's	
Strategic Health Authorities (Nationale Gesundheitsbehörden)	100
SHI	
Social Health Insurance System (Soziale Gesundheitsversicherungssystem).....	112

U

UCM	
Union des Caisses de Maladie	68
UHK	
Unabhängige Heilmittelkommission	14
URCAM	
Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie.....	45
USL	
Unita Sanitarie Locali	67

W

Wajong	
Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Gesetz für die Hilfe von arbeitsunfähiger Behinderten)....	76
Wazo	
Wet arbeid en zorg	76
WIA	
Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen	76
WKO	
Wirtschaftskammer Österreichs	19

Z

Zvw	
Zorgverzekeringswet.....	76

Einleitung und Problemstellung

In dieser Arbeit wird der Frage auf den Grund gegangen, wie die verschiedenen Finanzierungs- und Organisationsstrukturen der Gesundheitssysteme in den EU-15 Ländern aussehen, welche dann anhand ihrer Finanzierungsquellen, ihren absoluten und relativen Gesundheitsausgaben und ihren Auslastungsgrad (bezüglich ihren Leistungserbringern) miteinander verglichen werden. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt aber in der Betrachtung der Struktur- und Finanzierungsarten. Die Höhe und Art der Leistungen werden dann für die Bereiche „Krankheit und Mutterschaft“, „Pflege“, „Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser“, „Invalidität“, „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“ herausgearbeitet und schlussendlich im 3. Kapitel noch einmal einander gegenübergestellt. Auf Zuzahlungen bzw. Regelungen im pharmazeutischen Bereich wird nicht explizit eingegangen. Dieser Bereich wird jedoch indirekt im jeweiligen Unterkapitel der „Finanzierungsquellen“ behandelt.

Im ersten Teil wird das Hauptaugenmerk auf die Struktur und Finanzierung der verschiedenen Gesundheitssysteme der EU-15 Länder und auf die Gesundheitsleistungen in den verschiedenen Bereichen gelenkt. In Abbildungen werden die Form und das Zusammenspiel der handelnden Akteure dargestellt, bzw. die jeweils vorherrschenden Verwaltungsstrukturen und deren *Finanzierungsströme*. Bei der Struktur wird (grob) zwischen zentralen und dezentralen Strukturen unterschieden, bei der Finanzierung zwischen Beitrags- und Steuerfinanzierungen. Letztgenanntes wird, soweit es möglich ist, noch nach der Art der Besteuerung (regressive oder progressive *Besteuerung*) hin untersucht. Im Unterkapitel der „*Finanzierungsquellen*“ werden dann die Bereiche: „öffentliche Gesundheitsausgaben (GA)“, private GA, Privatversicherungsanteil, Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherungen und Selbstbezahlung der privaten Haushalte - relativ zu den Gesamtgesundheitsausgaben (GGA) – dargestellt, welche dann im 3. Kapitel – auch teilweise schon im ersten Kapitel – miteinander verglichen werden. Danach werden in weiteren Unterkapiteln die Bereiche „*Krankheit und Mutterschaft*“, „*Ärzte*“, „*Krankenhäuser und Zahnärzte*“, „*Invalidität*“, „*Pflege*“ und „*Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten*“ anhand ihrer Leistungen und ihrer Finanzierungsart analysiert. Es wird besonders auf die Art und Höhe der Pflege-, Invaliditäts- und Krankenleistungen, die Höhe der Renten und die Berechnungsart, im Falle einer Beitragsfinanzierung und auf die Art und Höhe der zu entrichtenden Beiträge eingegangen bzw. auf die Art des Finanzierungsmodi (Umlageverfahren vs. Kapitaldeckungsverfahren). Am Ende der Struktur-, Finanzierungs- und Leistungsgliederung folgt für jedes Land eine kurze und prägnante Darstellung der Probleme und Vorzüge des jeweiligen Systems.

Im zweiten Teil dieser Arbeit (Theoretische Aspekte des Systemvergleiches) werden die steuerfinanzierten bzw. beitragsfinanzierten Systeme anhand ihrer Vor- und Nachteile theoretisch miteinander verglichen. Dieses Kapitel ist absichtlich nicht am Anfang der Arbeit gestellt, da sie eine Art theoretische Zusammenfassung des ersten Teils darstellt. Nach der Analyse der *Finanzierungsart* folgt eine theoretische Analyse der *Systemstrukturen* (dezentrale vs. zentrale). Im Abschluss dieses Kapitels werden die Vorteile einer überwiegend öffentlichen (privaten) Finanzierung auf das System bzw. die Vorteile einer reinen privaten

(öffentlichen) Leistungserbringung bzw. die Vorteile, die sich aus einem öffentlichen/privaten Leistungsmix seitens der Leistungserbringer ergibt, analysiert.

Im dritten Teil dieser Arbeit werden dann die Ergebnisse vom ersten Kapitel *zusammengefasst* und die verschiedenen Länder anhand von ausgewählten (volkswirtschaftlichen) Kennzahlen gegenübergestellt. Weiteres werden die *relativen Ausgaben in % des BIPs und die absoluten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben*, sowohl bezüglich der öffentlichen Ausgaben als auch bezüglich der privaten Ausgaben miteinander verglichen. Schwerpunkt der Zusammenfassung sind die Bereiche „*Pflege*“, „*Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten*“ und „*Invalidität*“ sowie der Anteil der Selbstbezahlungen der Haushalte am privaten Finanzierungsanteil bzw. der Anteil der *Gebietskörperschaften* (ohne Sozialversicherungsbeiträge) *am öffentlichen Finanzierungsanteil*. Weiteres wird der Anteil der *Privatversicherungen, die privaten- und öffentlichen Gesundheitsausgaben*, die *Gebietskörperschaften (ohne Sozialversicherungsbeiträge)* und die *Selbstzahlungen der privaten Haushalte* zwischen den Ländern verglichen. Für die Bereiche: Pflege, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten und Invalidität werden dann die Finanzierungsarten (Steuer vs. Beitragsfinanzierung) herausgearbeitet.

Anschließend erfolgt eine Bewertung der Leistungserbringungsichte sowie eine Bewertung der Geldleistungen (Lohnfortzahlungen + Krankengeld). Die *Leistungserbringungsichte* ist in vier Gebiete unterteilt, die aggregiert bewertet werden. Die Bewertung erfolgt einmal für die Dichte der Allgemeinmediziner, für die Dichte der Spezialisten, für die Krankenpflegepersonaldichte und die für die Dichte der Zahnärzte pro 1000 Einwohner. Die *Lohnfortzahlungen/ Krankengeldleistungen*, welche im Falle einer Krankheit vom Arbeitgeber bzw. von den Sozialversicherungen (Staat) geleistet werden, wurden mit Hilfe eines Script-Programms verglichen, mit den jährlichen Bruttoeinkommen (für Arbeiter) bzw. die Krankheitsdauer als Inputdaten und die erhaltenen Geldleistungen als Output. Dieser Vergleich wurde für einen Bruttojahresverdienst von € 18.000, jeweils für eine kurze (2-wöchige), mittlere (24-wöchige) und lange (176-wöchige) Krankheitsdauer, vorgenommen.

Zum Schluss erfolgt eine *Zusammenfassung*, in welcher die Ergebnisse dieser Arbeit nochmals pointiert zusammengefasst werden.

Die gesamten Gesundheitsdaten der jeweiligen Systeme, sowie die Daten, die für die Diagramme und sonstigen Vergleichsgrafiken verwendet werden, wurden, falls es nicht anders erwähnt wird, aus dem Bestand der OECD Health Datenbank (OECD Health Data 2008, Juni) entnommen. Die Daten wurden in das Statistikprogramm „R“¹ transformiert und von dort erfolgte teilweise eine eigene Zusammenstellung und Darstellung der Daten.

Die Beschreibungen der Strukturen, Organisationsformen der einzelnen Länder werden unter anderem aus den Berichten der „World Health Care Organisation“ (WHO) Regional Office for Europe²: „Health Systems in Transition“ entnommen. Die Beschreibungen der

¹ R is GNU ©, but not ® ...; CRAN, The Comprehensive R Archive Network, <http://www.cran.at.r-project.org> (April, 2008).

² WHO, World Health Organisation, <http://www.euro.who.int>.

Leistungsbereiche wie: „Krankheit und Mutterschaft“, „Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser“, „Pflege“, „Invalidität“, „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“ wurden aus dem Bestand der MISSOC-Datenbanken³ entnommen. Die Gegenüberstellung der Finanzierungsquellen für jedes System richtet sich nach der schon vorhandenen Gliederungen der OECD: „Finanzierungsquellen“.

Die Kurzbezeichnung der Länder orientiert sich an den Länderabkürzungen der Internetadressen (Top-Level-Domains). Sie werden sowohl im Referenzverzeichnis als auch im Abkürzungsverzeichnis erklärt. Für die Abkürzungen der überwiegend steuerbasierten Gesundheitssysteme (Nationale Gesundheitssysteme) verwende ich die englische Abkürzung „NHS“ (national health system) und für überwiegend beitragsfinanzierten Systeme (Soziale Versicherungssysteme) die Abkürzung „SHI“ (social health insurance).

³ MISSOC wurde im Jahr 1990 eingerichtet um zwischen den Mitgliedstaaten „ den laufenden Informationsaustausch über Sozialschutz zu fördern. MISSOC wurde zur zentralen Informationsquelle über Gesetzgebung, Leistungen und Finanzierung im Bereich Sozialschutz in allen an MISSOC mitwirkenden Ländern. ...“ Quelle: MISSOC, Mutual Information System on SOCIAL Protection, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_de.htm (März 2008).

1 Darstellung der EU-15 Gesundheitssysteme

1.1 Österreich

1.1.1 Struktur des österreichischen Gesundheitswesens⁴

Das österreichische Gesundheitswesen ist vor allem durch eine **dezentrale Organisation** gekennzeichnet. Der Anteil der Versicherten umfasst mehr als 97% der Bevölkerung. Die Planungs-, Koordinierungs- und Finanzierungskompetenzen sind auf die Bundes- und Landesebene aufgeteilt. Wobei der Bund (mit Ausnahme vom Krankenanstaltswesen) über mehr Kompetenzen verfügt. Im Bereich der Krankenanstalten gibt der Staat nur die Grundgesetze vor.⁵

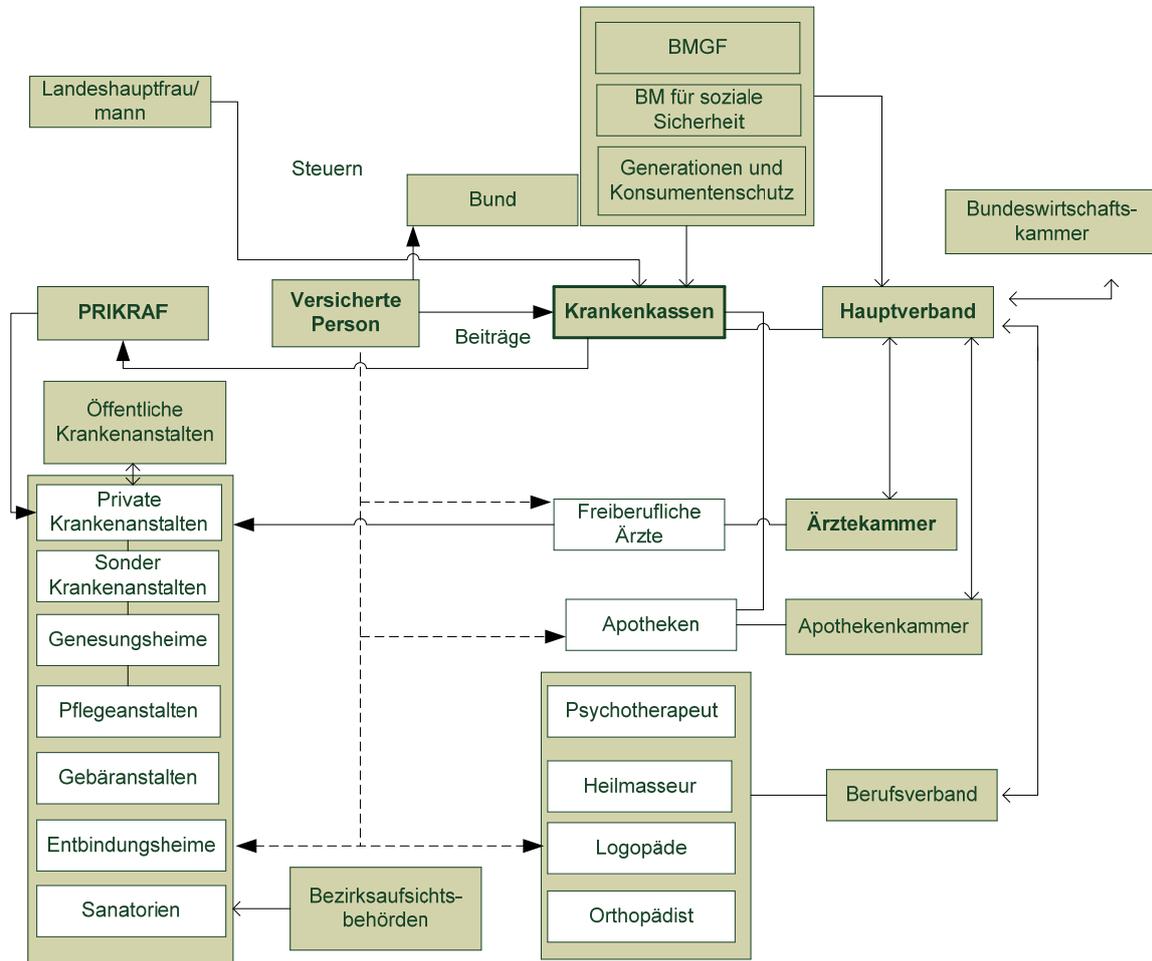
Die **Sozialversicherung** (SV) beinhaltet die Bereiche: Krankenversicherung, Pensionsversicherung und Unfallversicherung. Die SV ist weitgehend autonom organisiert. Mit Ausnahmen von bestimmten Berufsgruppen ist die SV eine Zwangsversicherung, bei der sich jeder versichern muss. Die Aufsicht über die Versicherungsträger, für den Fall, dass die jeweilige Krankenversicherung nicht länderübergreifend tätig ist und weniger als 400.000 Versicherte ansässig sind, liegt bei dem (der) Landeshauptmann/frau. Ansonsten obliegt die Aufsicht beim „Bundesministerium für Gesundheit und Frauen“⁶, beim „Konsumentenschutz“ und beim „Bundesministerium für Soziale Sicherheit“. Ein wichtiger Akteur, der für die SV Verträge aushandelt und Koordinationsaufgaben übernimmt, ist der Hauptverband. Im **Hauptverband** gibt es im Wesentlichen zwei wichtige Instanzen, nämlich die Trägerkonferenz und den Vorstand. Erstere besteht aus den Obmännern aller Versicherungsträger (ohne den Betriebskrankenkassen). Der Vorstand besteht aus 6 Mitgliedern aus der Trägerkonferenz, welche die Dienstnehmer vertreten, und aus 6 Mitgliedern, welche die Dienstgeber vertreten. Der Hauptverband (HV) wird in seinen Aufgabenbereichen durch die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK), der Controlling Gruppe und dem Sozial- und Gesundheitsforum unterstützt. Die Verhandlungen über Tarife werden zwischen dem HV und den **Ärztetkammern** vorgenommen (vgl. Abbildung 1). Die Apotheker/innen werden durch die österreichische Apothekerkammer vertreten. Andere Berufsgruppen wie z.B. die Psychotherapeut/innen oder die Logopäden werden durch die jeweilige Berufsvertretung vertreten, die mit dem Hauptverband in Verhandlungen treten.

⁴ Vgl. Hofmarcher MM, 2006, 1-249.

⁵ Vgl. Hofmarcher MM, 2006, S 52-69.

⁶ Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) wurde inzwischen in das „Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend“ BMGFJ umgeändert.

Abbildung 1 Struktur des österreichischen Gesundheitswesens



Quelle: Eigene Darstellung nach (Hofmarcher MM, 2006, S. 1-249)

Anmerkungen: Berufsvertretung: ----, Finanzströme: →, Verhandlungen: ↔, zuständig für / Organisation / Aufsicht: →, Zuzahlungen: - - >.

Ein wichtiger Akteur auf der **Bundesebene** ist das **Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend** (BMGFj). Das BMGFj ist vor allem für die Aufsicht der Sozialversicherungsträger und den Hauptverband zuständig. Wichtige Kompetenzbereiche des BMGFj sind vor allem die Organisation, Überwachung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Weitere, auf Bundesebene angesiedelte Akteure sind: der Oberste Sanitätsrat, der Fond Gesundes Österreich, die Bundesgesundheitsagentur, das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfond (PRIKRAF), das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, die Gentechnikkommission, die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) und die Unabhängige Heilmittelkommission(UHK).

Der oberste Sanitätsrat bewertet ärztliche Tätigkeiten und legt die Standards für die medizinische Wissenschaft fest. Der *Fond Gesundes Österreich* hat im Wesentlichen eine Aufklärungs- und Informationsfunktion für die österreichische Bevölkerung. *Der Privatkrankenanstalten Finanzierungsfond (PRIKRAF)* finanziert die Spitäler. Er wird durch die Träger der Krankenversicherungen finanziert und durch das BMGFj kontrolliert. Die Bundesgesundheitsagentur gibt unter anderem Qualitätsvorgaben im Bereich der Gesundheitsleistungen vor und soll somit helfen, die Entwicklung des Gesundheitssystems zu forcieren.⁷ Der *ÖBIG* erarbeitet Orientierungshilfen im stationären und ambulanten Versorgungsbereich. Der *PRIKRAF* wird durch das BMGF beaufsichtigt und wird durch die Sozialversicherungsträger finanziert. Die *AGES*⁸ ist seit 2006 für die Untersuchung von Lebensmitteln, dem veterinären Bereich und mit der Bekämpfung und Prävention von Infektionskrankheiten betraut. Das *Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen* ist seit 2006 für die Vollziehung von verschiedenen Gesetzen im Arzneimittelbereich verantwortlich.⁹

Die Ärzte, Apotheken und sonstigen Berufsgruppen werden durch Interessensvertretungen (Ärztekammern, Apothekerkammern, Berufsverband) vertreten, welche mind. einmal jährlich in Tarif- und Leistungsverhandlungen mit der Interessensvertretung der Sozialversicherung (Hauptverband) treten.

1.1.2 Finanzierungsquellen im österreichischen Gesundheitssystem

Im österreichischen Gesundheitswesen überwiegt die öffentliche Finanzierung (vgl. Abbildung 2). Sie stellt mit 76,2% (im Jahre 2006) den größten Finanzierungsanteil dar. Die Sozialversicherungsbeiträge machen rund 44,7% der Gesamtgesundheitsausgaben (GGA) aus, gefolgt von den Gebietskörperschaften (ohne Sozialversicherungen). Die Selbstbezahlungen der privaten Haushalte betragen im Jahre 2006 16,5% der Gesamtausgaben. Die Selbstbezahlungen machten im Jahr 2006 ca. 69% der privaten Finanzierung aus¹⁰ (zum Vergleich: Im NHS-System Dänemark¹¹ betrug der Anteil im Jahre 2005 89,93%¹²). Bei privaten Organisationen ohne Erwerbstätigkeiten und Unternehmen beträgt der Finanzierungsanteil an den Gesamtgesundheitsausgaben 1,1 bzw. 1,5%.

⁷ Vgl. Bmgfj, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0714&doc=CMS1164100878910> (Sept. 2008).

⁸ Vgl: AGES, Österr. Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, <http://www.ages.at/> (Juli, 2008)

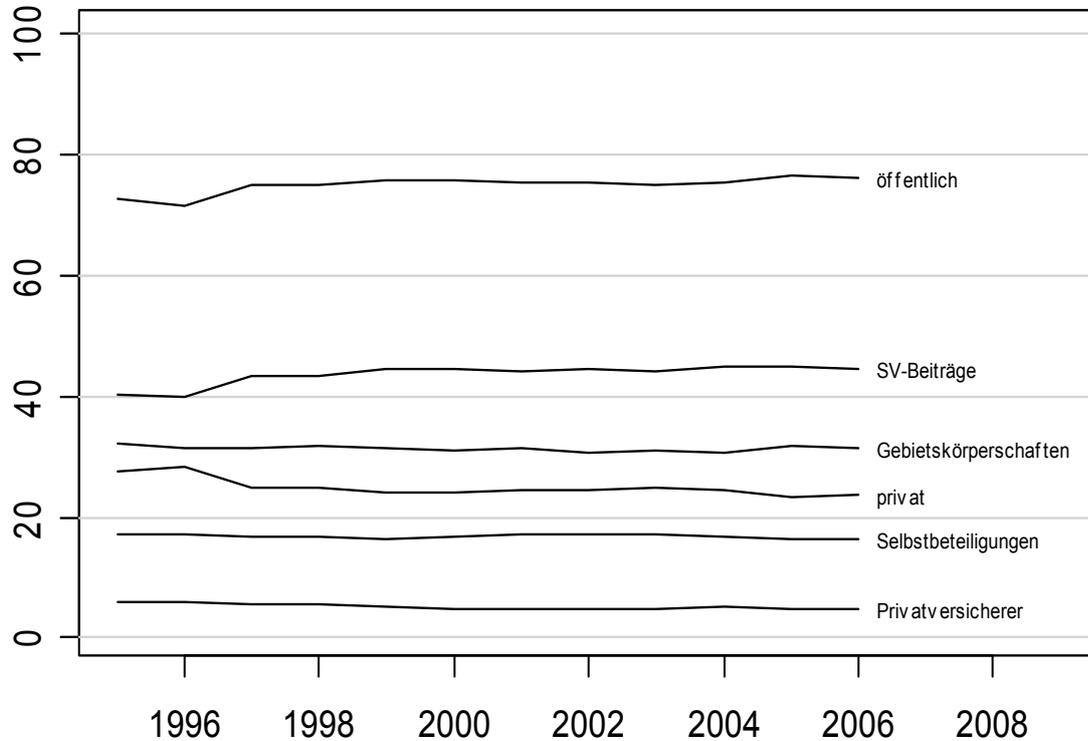
⁹ Vgl. Hofmarcher MM, 2006, S. 1-70.

¹⁰ Eigene Berechnungen auf Basis der OECD Health Data (Juni 2008) bzw. OECD Health Data (Juni 2008). Als Grundlage dienen die Ausgaben in US\$ zu Kaufkraftparitäten.

¹¹ Bei den Selbstbezahlungen der privaten Haushalte sind auch Kostenbeteiligungen enthalten. Für genaue Definition der Selbstbezahlungen(Haushalte): siehe Anhang.

¹² OECD Health Data (Oktober 2007).

Abbildung 2 Finanzierungsquellen des österreichischen Gesundheitssystems (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

Anmerkungen: GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, SV-Beiträge: Sozialversicherungsbeiträge, Gebietskörperschaften (beinhalten nicht Sozialversicherungsbeiträge), Selbstbeteiligungen der privaten Haushalte.

Der öffentliche Finanzierungsanteil für allgemeine Ärzte, Fachärzte, Zahnärzte, sonstige Gesundheitsberufe, Arzneimittel und die Rehabilitation wird durch die Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung eingebracht. Die Krankenanstalten und auch die gesundheitsfördernden Präventionsmaßnahmen werden (im Jahre 2005) zu 40% aus Beiträgen und zu 60 Prozent aus Steuern finanziert. Vgl. (Hofmarcher MM, 2006, S. 72)

1.1.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft¹³

Die **Sachleistungen** werden über Beiträge und Steuern finanziert. Der Beitragssatz beträgt 7,5%, wovon der AG 3,55 und der AN 3,95% trägt. Der zusätzliche Satz für Angehörige beträgt 3,4%. Beim Angestelltenverhältnis werden die Beiträge zu gleichen Teilen (jeweils 3,75%) vom AG und AN getragen. Bei einem freien Dienstnehmerverhältnis beträgt der Satz 7,10%. Der AN trägt davon 3,6% und der AG 3,5%. Es gibt eine jährliche Bemessungsgrenze von € 7.860. Der Bund beteiligt sich nur zur Hälfte an den Kosten bei jugendlichen

¹³ Vgl. MISSOC-Datenbank: Österreich (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

Untersuchungen. Der versicherte Personenkreis ist sehr weitreichend. Für geringe EK-Bezieher (EK < €349,01) gibt es jedoch eine Ausnahme von der Pflichtversicherung. Die Beiträge zu **Geldleistungen** sind in den oben angeführten Beiträgen zur Sachleistung enthalten. Die Lohnfortzahlungen können bis zu 12 Wochen erfolgen. Danach wird für 4 Wochen der Halbe Lohn und das halbe Krankengeld ausbezahlt. Ab dem 43. Tag werden 60%, mit einer monatlichen Höchstbemessungsgrenze (von monatlich €3.930) ausbezahlt. Das Mutterschaftsgeld berechnet sich nach dem durchschnittlichen Nettoverdienst der letzten 3 Monate. Für geringfügig Beschäftigte und Personen mit einem freien Dienstvertrag werden €7,55/ Tag bereitgestellt.

1.1.4 Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten¹⁴

Die Finanzierung von **Arbeitsunfällen u. Berufskrankheiten** ist nach dem Umlageverfahren geregelt und erfolgt durch AG-Beiträge von 1,4%. Die jährliche Höchstbeitragsgrenze beläuft sich auf €7.860. Eine freiwillige Versicherung ist für bestimmte Personengruppen, wie z.B. Selbstständige, möglich. Für Berufskrankheiten gibt es eine Positivliste in der 52 Krankheiten angeführt sind. **Bei vorübergehender Erwerbsunfähigkeit** gibt es keine Selbstbeteiligung, mit Ausnahme von Krankenhauspflegekosten. Die Kosten werden von den Krankenkassen bzw. den Unfallversicherungskassen getragen. Die Anspruchsberechtigung auf Geldleistungen besteht für die ersten 26 Wochen. Arbeitnehmer können unter Umständen bis zu maximal 12 Wochen weiteren Anspruch geltend machen. Danach bekommen sie vier Wochen den halben Lohn ausbezahlt. Entweder der Lohn wird vollständig ausbezahlt und das Krankengeld nicht, oder es werden jeweils 50% von beidem ausbezahlt. Für **Dauernde Erwerbsunfähigkeit** (mit einer Einschränkung von 20 bzw. 50% bei Schülern und Studenten) gelten bestimmte Fixbeträge. Es ist möglich, mehrere Renten gleichzeitig zu beziehen, ohne mit einer Verminderung von Geldleistungen oder sonstigen Leistungskürzungen rechnen zu müssen.

Die **Pflege** wird durch Steuern finanziert. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach der Art der Pflegebedürftigkeit und sie wird in Stufen unterteilt. Je nach Stufe, in die der Patient fällt, erhält er unterschiedliches Pflegegeld. In der ersten Stufe bekommt er monatlich €148,3 und in der Stufe 7 € 7.860. Bei **teilstationärer Pflege** wird auch Pflegegeld gewährt. Bei **stationärer Pflege** werden die Pflegegeldleistungen zu 80% für den Heimkostenaufwand verwendet. Der Patient bekommt monatlich (gerundet) € 42. Für Sachleistungen gibt es teilweise eine Zuzahlung vom Patienten.

Die **Invalidität** wird durch AG- bzw. Pflichtversichertenbeiträge und Steuern finanziert und ist nach dem Umlageverfahren geregelt. Personen, die monatlich weniger als €349,01 verdienen sind von der Pflichtversicherung ausgenommen. Es wird zwischen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeits-, Invaliditäts- und originären Invaliditätsrisiken unterschieden, welche alle gedeckt sind. Es muss jedoch in jedem Fall 50% Erwerbsunfähigkeit gegeben sein. Die Rente wird immer höchstens für ein Jahr, nach zuvor befolgter Bewertung, zugeteilt. Im Falle einer Dauerinvalidität entfällt die jährliche Bewertung. Als Berechnungsgrundlage der Rente dient seit 2005 das durchschnittliche

¹⁴ Vgl. MISSOC-Datenbank: Österreich (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

Erwerbseinkommen, mit Anpassung an Lohnveränderungen. Die Mindestrente für Alleinstehende beträgt monatlich €747 und für verheiratete Personen beträgt sie monatlich € 1120. Für Kinder sind, je nach Alter und Ausbildungsgrad, Ausgleichszulagen vorgesehen. Seit 2008 erfolgt eine soziale Staffelung der Renten, welche um bestimmte Fixbeträge erhöht werden.

1.1.5 Finanzierung Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte¹⁵

Ärzte schließen ihre individuellen Verträge mit den Krankenkassen bzw. die Gesamtverträge über die Ärztekammern ab, in denen die Vergütungen geregelt werden. Der Patient hat freie Wahl zwischen den Vertragsärzten. Der Zugang zu Fachärzten ist jedoch durch eine Überweisung durch den Allgemeinmediziner geregelt. Der Patient muss die ärztlichen Kosten nicht selbst tragen.

Für die **Krankenhäuser** stehen für jedes Bundesland sogenannte Landesgesundheitsfonds zur Verfügung, die sich aus Steuermittel finanzieren und für finanzielle Angelegenheiten zuständig sind. Private Anbieter schließen separate Verträge ab und sie verfügen über eigene Finanzierungsfonds. Krankenversicherungen beteiligen sich auch an den Aufwendungen mit einem pauschalen Betrag. Selbstbeteiligungen in Krankenhausanstalten müssen nur bis zu 28 Tagen im Jahr entrichtet werden.

Die Höhe der Kostenbeteiligung bei **Zahnbehandlungen** richtet sich nach der Art der Behandlung. Bei *kieferorthopädischen Zahnbehandlungen* und abnehmbarem Zahnersatz betragen die Kostenbeteiligung für die Versicherten zwischen 25 und 50%.

1.1.6 Ausblick

In Österreich wächst, wie in fast allen Industrieländern, der Druck, etwas gegen die überproportional wachsenden Gesundheitsausgaben im Vergleich zur gesamten Wirtschaftsleistung (also in % des BIPs) zu unternehmen. Es ist in dieser Legislaturperiode der Regierung noch eine „Gesundheitsreform“¹⁶ angedacht. In einem „Konzept zur Gesundheitsreform“ legen die Sozialpartner Empfehlungen für die anstehende Reform dar. Laut diesem Konzept will man bis zum Jahre 2012 die Ausgabenseite der sozialen Krankenversicherer an die Einnahmeseite heranzuführen. Es sind in diesem Vorschlag vor allem Einsparungspotentiale in den Bereichen: „Vertragsärzte“, „Transport und Verwaltung“, „Organisationsformen“ und „Medizinische Versorgung“ vorgesehen. Diese Reform betrifft vor allem die Pharmaindustrie und die Vertragsärzte. Die Pharmabranchen würden durch den

¹⁵ Ebenda.

¹⁶ Die Bezeichnung „Reform“ ist eigentlich zu hoch gegriffen. Besser wäre die Bezeichnung: kurzfristige Maßnahmen um den Krankenkassendefiziten entgegenzuwirken.

Apothekenwettbewerb geschwächt, da die Apotheken jeweils das billigste Medikament verschreiben müssen und die Ärzte würden dadurch geschwächt, da sie ihren pragmatisierten Status teilweise verlieren und andererseits weniger Verhandlungsspielraum durch die Ärztekammer gegeben sein würde. Der Hauptverband soll zu einer SV - Holding umfunktioniert werden, welcher dann über wesentliche Kompetenzen im Bereich der Bedarfsinvestitionen und Budgetüberwachung verfügt. Um die Zeit der Einführungsphase zu überbrücken, soll der Staat mit einem jährlichen sog. „Überbrückungsbeitrag“ von anfänglich 150 Millionen aushelfen. Dieser Beitrag soll jährlich reduziert werden (vgl. Tabelle 1 Gebarungsentwicklung der österreichischen Krankenversicherung). Weiteres wurde für die Gesundheitsfinanzierung eine Vermögenszuwachssteuer angedacht. Die Höhe der möglichen Einnahmen aus der Vermögenszuwachssteuer wird von Experten unterschiedlich eingeschätzt.¹⁷

Tabelle 1 Gebarungsentwicklung der österreichischen Krankenversicherung

ALLE KV-TRÄGER	2008	2009	2010	2011	2012
Ausgaben lt. Vorschau des HV	13.774,0	14.325,0	14.902,0	15.480,0	16.080,0
AUSGABEN (nach Maßnahmen)	13.691,9	14.135,4	14.589,7	15.031,0	15.483,6
EINNAHMEN (nach Maßnahmen)	13.747,0	14.204,0	14.660,0	15.152,0	15.660,0
Erträge lt. Vorschau des HV	13.427,0	13.907,0	14.405,0	14.920,0	15.454,0
zusätzliche Leistungersatz	150,0	157,0	165,0	172,0	180,0
Überbrückungsbeitrag	170,0	140,0	90,0	60,0	30,0
GEBIETSKRANKENKASSEN	2008	2009	2010	2011	2012
Ausgaben lt. Vorschau des HV	10.366,0	10.832,0	11.276,0	11.727,0	12.196,0
AUSGABEN (nach Maßnahmen)	10.304,1	10.689,7	11.038,0	11.385,7	11.739,4
EINNAHMEN (nach Maßnahmen)	10.384,4	10.721,6	11.064,5	11.410,0	11.802,0
Erträge lt. Vorschau des HV	10.059,0	10.421,0	10.807,0	11.207,0	11.622,0
zusätzliche Leistungersatz	125,4	130,6	137,5	143,0	150,0
Überbrückungsbeitrag	200,0	170,0	120,0	60,0	30,0

Quelle: WKO, Wirtschaftskammer Österreichs, Konzept zur Gesundheitsreform, http://portal.wko.at/wk/Oegb_who_zukunftssicherung_krankenkassen_07042008.pdf, S. 23 (Juni 2008)

Anmerkungen: Design von mir verändert; HV: Hauptverband.

Da viele dieser Vorschläge schon vor deren Abstimmung durch Ärztestreiks und politische Strategien vorbelastet scheinen, kann man davon ausgehen, dass dieser Gesetzesentwurf in dieser Form nicht umgesetzt wird. Da aber sehr viele Krankenkassen große Defizite vorweisen, ist in naher Zukunft eine Gesundheitsreform unvermeidbar.

¹⁷ WKO, Wirtschaftskammer Österreichs, Konzept zur Gesundheitsreform, http://portal.wko.at/wk/Oegb_who_zukunftssicherung_krankenkassen_07042008.pdf, S. 1-24 (Juni 2008).

1.2 Belgien

1.2.1 Struktur des belgischen Gesundheitswesens¹⁸

Das belgische Gesundheitswesen ist im Wesentlichen **dezentral organisiert**. Die Kompetenzen wurden über die Zeit von der nationalen Ebene auf die regionale bzw. die kommunale Ebene weitgehend übertragen. Die **Regionen** sind vor allem für den Service im Bereich Mutter und Kind, für diverse Gesundheitseinrichtungen, Teile der Altersversorgung, für die Vorgabe von Krankenhausrichtlinien und der Durchführung und Planung von Krankenhausinvestitionen betraut. Der **Bund** ist für die Regulierung und Finanzierung des Gesundheitssystems, die Festlegung von Zulassungskriterien für Krankenhäuser bzw. für deren Finanzierung, den pharmazeutischen Bereich bzw. für die Preisregulierung und Kontrolle von pharmazeutischen Produkten verantwortlich. Die **Kommunen** befassen sich vor allem mit dem Bereich der gesundheitspräventiven Vorsorge und sind auch für den Ausbildungsbereich zuständig.¹⁹ Die Exekutive wird auf Bundesebene durch die **Bundesregierung** und den **Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung** gebildet. Es gibt im Wesentlichen sechs bedeutende Organisationen, welche für die Bereitstellung, Überwachung und Finanzierung vom Gesundheitssystem verantwortlich sind, sowie fünf beratende Organisationen.²⁰

Der föderale öffentliche Dienst Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt (VSNuU) ist u.a. für die Planung und Finanzierung von stationären Einrichtungen verantwortlich. Weiteres ist diese Einrichtung für die Zulassungsbestimmungen des Gesundheitspersonals und für das Erstellen von Notfallplänen für Krisenfälle betraut.²¹

Die Versicherungsanstalt für Krankheit und Invalidität (INAMI) ist für die allgemeine Organisation und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig. Zu den Hauptaufgaben der INAMI zählen vor allem die Implementation und die Kontrolle von Gesetzen und Verordnungen.²²

Die Versicherungen werden in Belgien nach Berufsgruppen unterteilt. Es gibt eine Versicherung für Arbeiter und Angestellte, eine für Selbstständige und eine für öffentlich Bedienstete. Das Nationale Versicherungsamt für Arbeiter und Angestellte (*Office national de sécurité sociale*, RSZ-ONSS) sammelt AG- und AN-Beiträge, welche dann an die

¹⁸ Vgl. (Corens, 2007), S 1-100.

¹⁹ Vgl. Corens 2007, S 34 f.

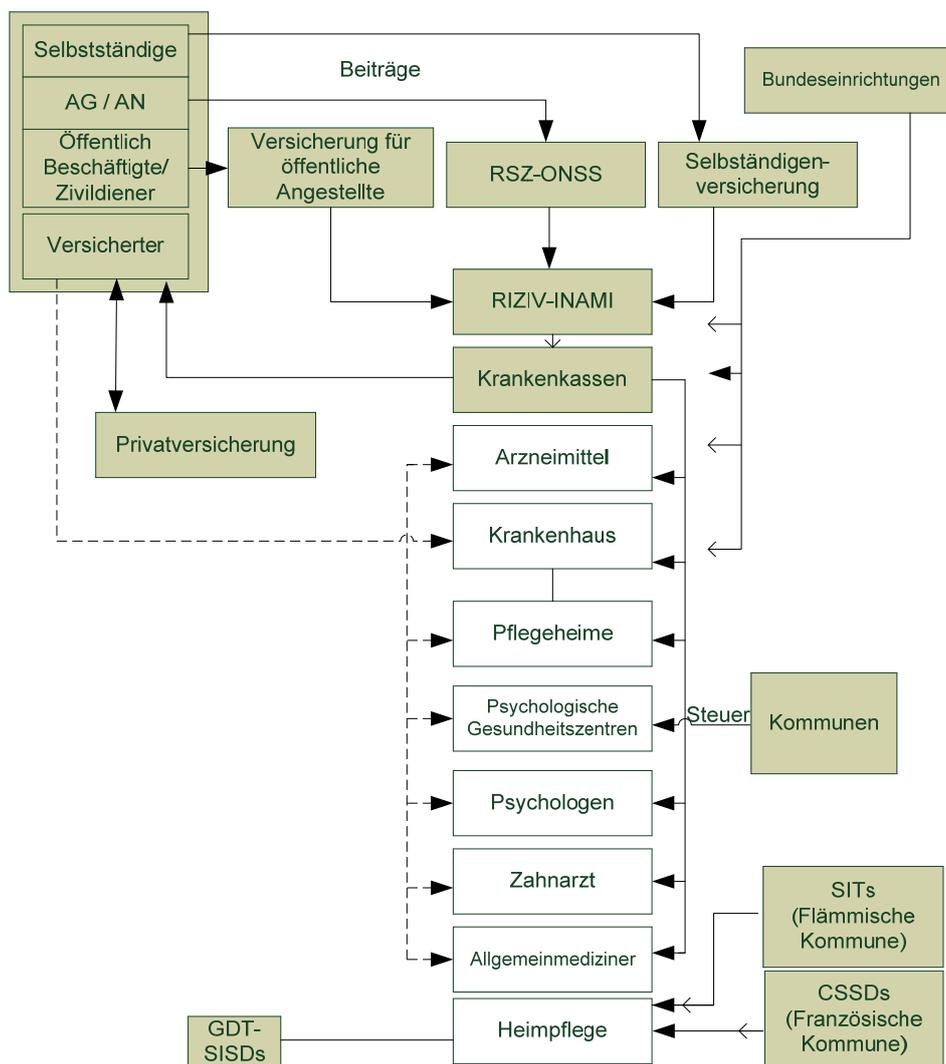
²⁰ Vgl. Corens 2007, S 22-25.

²¹ Ebenda.

²² Ebenda.

verschiedenen Sektoren der Sozialversicherungen weitergeleitet werden. Ein Teil dieser Beiträge wird für die INAMI verwendet. Selbstständige zahlen ihre Beiträge an das Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbständige (L'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants, INASTI). Öffentlich Bedienstete sind in einer eigenen Versicherung für öffentliche Bedienstete und Beamte (Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales, ONSSAPL) versichert (vgl. Abbildung 3).²³

Abbildung 3 Struktur des belgischen Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung nach (Corens 2007, S. 1- 100).

Anmerkungen: Kontrolliert/ überwacht: --->, ist zuständig für: →; Verhandlungen: ↔, Zuzahlungen: - - >, Finanzflüsse: →, gehört zu: —, PSZ-ONSS: Versicherung für Arbeiter u. Angestellte, RIZIV-INAMI: Versicherung für Krankheit und Invalidität, GDT-SISD: integrierter Heimpflegedienst.

²³ Vgl. Corens, 2007, S 28 ff.

Die Wahl der Krankenkasse ist weitgehend jedem Bürger freigestellt. Die Krankenkassen sind historisch bedingte (politisch wie religiöse) Vereinigungen. Im Wesentlichen gibt es fünf große Verbände. Die höchste Mitgliederanzahl hat der Christliche Verband bzw. der Sozialistische Verband, mit 45% bzw. 29% der Bevölkerung zu verzeichnen. Krankenkassen werden für ihre administrativen Kosten von der INAMI subventioniert.²⁴

Der Versicherte steuert in der Regel für Leistungen einen bestimmten Betrag (oder Prozentsatz) bei. Es gibt zwei Arten der Bezahlung: Entweder bezahlt der Patient die vollen Kosten der Leistung und bekommt dann einen Teil der Ausgaben von der Krankenkasse zurück (diese Art findet vor allem bei ambulanten Leistungen Anwendung), oder die Versicherung bezahlt direkt an den Leistungsbringer und der versicherte Patient steuert einen fixen Betrag (oder Prozentsatz) bei. Letzteres wird vor allem beim Kauf von pharmazeutischen Produkten und bei stationären Behandlungen angewendet. (Corens, 2007, S. 69)

Die Heimpflege²⁵ wird in den flämischen Kommunen über die Heimpflegeinstitute (Samenwerkingsinitiatieven in de Thuiszorg, SIT), dreiundzwanzig im Jahre 2006, welche über die flämische Regierung subventioniert wird und durch Koordinationszentren für Heimversorgung und Dienstleistungen (Centres de Coordination de Soins et Services, CSSD), sichergestellt. Die Regierung hat im Jahre 2002 eine weitere integrierte Dienstleistung für die Heimpflege (Geintegreerde Diensten Thuiszorg - Service Intégré de Soins à Domicile, GDT-SISD) angeboten, um fachübergreifend Arbeitskräfte zusammenzuführen und Leistungen effizient koordinieren zu können. Fast jede Region (außer Brüssel) kann über nur ein GDT-SISD verfügen. Die öffentlich anerkannten GDT-SISD werden über die nationalen Krankenversicherungen finanziert.²⁶

1.2.2 Finanzierungsquellen im belgischen Gesundheitssystem

Die Sozialversicherungsbeiträge machen einen Anteil von 87,55% (2005) des öffentlichen Finanzierunganteils²⁷ aus. Mit diesem Anteil liegt Belgien neben Deutschland und Frankreich an der Spitze, was die Finanzierung durch Sozialversicherungsbeiträge entspricht. Auch der Selbstbezahlungsanteil, gemessen am privaten Finanzierungsanteil, ist in Belgien, im Gegensatz zu Deutschland und Frankreich, relativ hoch. Der Anteil beträgt im Jahre 2005 78,51%. Der öffentliche Anteil an den GGA beträgt 72.3% und der Anteil der SV-Beiträge

²⁴ Ebenda S 39 f.

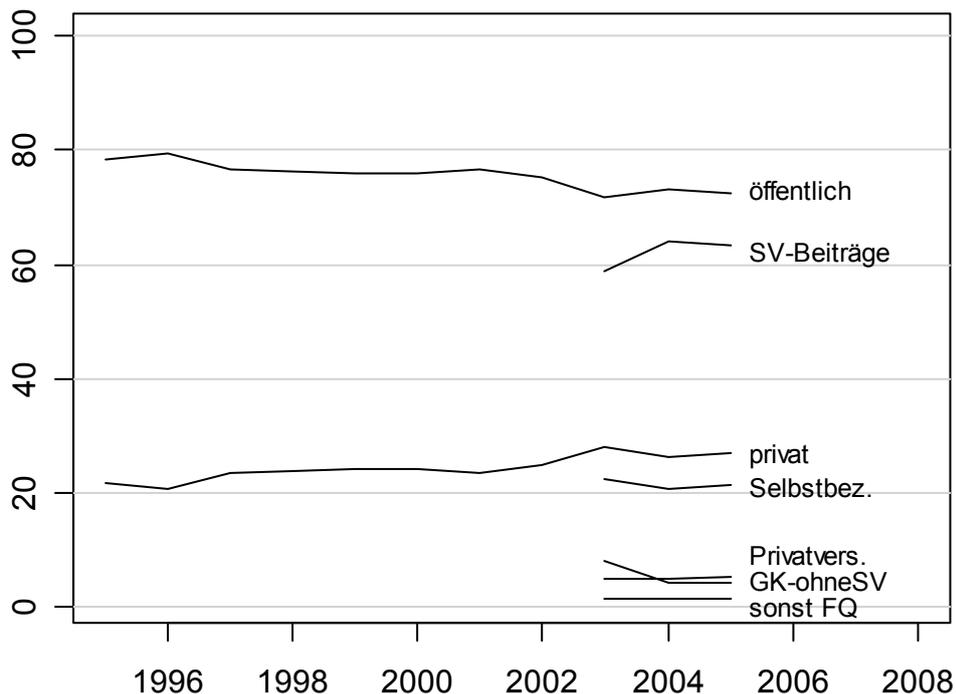
²⁵ Heimpflege im Sinne von der Betreuung zu Hause.

²⁶ Vgl. Corens 2007, S 117 f.

²⁷ Da in der aktuellen OECD Health Datenbank (Juni 2008) die öffentlichen und privaten belgischen Gesundheitsausgaben für das Jahr 2006 nicht vorhanden sind, wurde – für bessere Vergleichbarkeit - auf die alte Datenbank (OECD Health Data, 2007) zurückgegriffen und das Jahr 2005 als Vergleichsjahr herangezogen.

beträgt 63,3% (vgl. Abbildung 4). Der Anteil der Privatversicherungen und der Anteil der Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherungsbeiträge beträgt im Jahre 2005 5,1 bzw. 4,2%. Sonstige Finanzierungsquellen (inklusive Ausländische) betragen im Jahre 2005 nur 1,4%

Abbildung 4 Finanzierungsquellen im belgischen Gesundheitssystem (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Oktober 2007)

Anmerkungen: GK-ohne SV: Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherungsbeiträge, sonst FQ: sonstige Finanzierungsquellen, SV: Sozialversicherung, Selbstbez.: Selbstbezahlungen, GGA: Gesamtgesundheitsausgaben.

1.2.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft (2007)²⁸

Die Finanzierung der *Sachleistung* erfolgt über einem Globalbeitragsanteil, staatlichen Zuschüssen und aus Mitteln der Mehrwertsteuer. Der Beitrag beträgt 37,84%, davon trägt der AG 24,77% und der AN 13,07%.

Der AG muss einen Lohnkostendämpfungsbeitrag von 7,48% entrichten. Unternehmen mit bis zu 10 Beschäftigten müssen einen AG-Beitrag von 1,69% entrichten. Der Beamtenbeitrag

²⁸ Vgl. MISSOC-Datenbank: Belgien (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

bemisst sich auf 7,35%, davon tragen die Beamten 3,55% und der Staat 3,8%. Es gibt keine Höchstbeitragsgrenze!

Bedingung für die Beziehung von **Sachleistungen** bei Mutterschaft ist die Entrichtung von Beiträgen (bis 21 Jahre: €3.776,72, bzw. €5.035,64 für über 21 jährige, im Jahre: 2007) im selben oder vorausgegangenen Jahr. Für Geldleistungen ist keine Entgeltfortzahlung im Falle von Karenz vorgesehen. Innerhalb der ersten 30 Mutterschaftsurlaubstage beträgt das Mutterschaftsgeld 82% des EK, danach 75%.

Im **Krankheitsfalle** wird der AG-Lohn in den ersten sieben Tagen vollständig ersetzt, danach innerhalb einer Frist bis zur 60%. Angestellte erhalten eine volle Lohnfortzahlung für 30 Tage. In beiden Fällen geht die Leistungsbereitstellung nach einer Frist auf die Krankenversicherung über. Es gibt eine Höchstbemessungsgrundlage von €111,7530.

Mutterschaftsgeld unterliegt einer Besteuerung die dem EK der betroffenen Person angepasst wurde. Geburtenhilfe unterliegt nicht der Besteuerung.

1.2.4 Finanzierung und Leistungen der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte²⁹

Es herrscht in Belgien freie Wahl zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten. Die Zahlung erfolgt (mit Ausnahmen) durch den Patienten, welcher die Kosten nach bestimmten Sätzen zurückerstattet bekommt. Die Honorierung der Leistungen wird zwischen den Ärztevereinigungen und Krankenkassen verhandelt, oder sie unterliegt festen Honorarsätzen. Der Patient zahlt für den Allgemeinmediziner ca. 10%, für den Spezialisten ca. 15% und für den Physiotherapeuten über 20% dazu, höchstens jedoch 25%³⁰. Nicht jede Leistung unterliegt der Selbstbeteiligung. Die Höhe der jährlichen Selbstbeteiligung ist nach Jahreseinkünften gestaffelt. Die niedrigste Selbstbeteiligungsgrenze (€450) ist bei einem EK bis €15.144,56, zu entrichten und die höchste Selbstbeteiligung muss ab einen EK von €39.217,64 entrichtet werden und beträgt max. €1.800. Bestimmte Gruppen können von der Beteiligung befreit werden.

Es besteht freie **Krankenhauswahl**. Die Selbstbeteiligung bei Aufenthalt in psychischen Kliniken beträgt €13,56 pro Tag bzw. 4,83 für den ermäßigten Tarif. Es gibt eine tägliche Selbstbeteiligung von €13,59 und zu entrichtende Pauschalbeiträge für eine große Anzahl von Heimen (wie z.B. Altenheime).

Zahnersatz bzw. Materialkosten werden von den Krankenkassen (mit einigen Ausnahmen) für Patienten ab 50 gewährleistet.

²⁹ Ebenda.

³⁰ Vgl. Corens, 2007, S. 63.

1.2.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) ³¹

Für die **Pflege** gibt es kein eigenständiges Sicherungssystem. Die Bereitstellung der Leistungen erfolgt auf lokaler bzw. regionaler Ebene. Einige Leistungen sind in den Paketen der Kranken-, Invaliditäts- bzw. in der Mindestversicherung geregelt.

Für den Bereich **Invalidität** werden die benötigten Finanzierungsmittel aus staatlichen Förderungen, aus Mitteln der Mehrwertsteuer und aus dem Globalbeitrag entnommen. Sie werden nach dem Umlageverfahren geregelt. AG erhalten deren Leistungen von deren EK und Selbstständige bekommen pauschale Vergütungen. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Anspruch haben Personen mit einer 66 prozentiger Minderung der Erwerbsunfähigkeit. Die Rente beträgt für Personen mit Unterhaltsverpflichtungen 65%, 53% für Alleinstehende und 40% für Personen ohne Unterhaltsverpflichtungen. Es gibt jedoch einige Ausnahmen, in dem auch Personen ohne Unterhaltsverpflichtungen den höheren Satz von 65% erhalten. Es gibt eine Mindest- und eine Höchstreute. Diese beträgt bei **Unterhaltsberechtigten und Vollzeitbeschäftigten** €44,19 am Tag, bei **Alleinstehenden und Haushaltsmitgliedern ohne Unterhaltsberechtigung** beträgt diese höchstens 35,36 bzw. mindestens. €30,62 und im Falle einer **Teilzeitbeschäftigung** €35,07 bzw. €26,31.

Die Finanzierung erfolgt vorwiegend über AG-Prämien (**Arbeitsunfälle**) und -Beiträge (**Berufskrankheiten**). Der Staat gewährt Staatszuschüsse. Arbeitsunfälle sind nach dem Kapitaldeckungsverfahren geregelt und Berufskrankheiten nach dem Umlageverfahren. Es gibt eine Positivliste für Berufskrankheiten. Die Bezugsgrundlage bei **vollständiger Arbeitsunfähigkeit beträgt** 90% des Lohnes, bei **teilweiser Arbeitsunfähigkeit** wird die Differenz zwischen dem EK vor der Arbeitsunfähigkeit und dem EK aus einer Teilzeitarbeit herangezogen. Die jährliche Bemessungsgrenze beträgt €35.099,83. Bei der Berechnung der Rente bei dauernder Erwerbsunfähigkeit wird das jährliche EK mit dem Satz, der den Grad der Erwerbsunfähigkeit widerspiegelt, multipliziert. Bei Erwerbsunfähigkeit von bis zu 5% beträgt der Satz die Hälfte des Erwerbsunfähigkeitsgrades, bei einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 4 bis 10% wird ein Viertel abgezogen (Beispiel: Erwerbsunfähigkeit von 10% => Satz = 2,5%).

1.2.6 Pros und Contras des belgischen Gesundheitssystems

Das belgische Gesundheitssystem hat vor allem ein Überangebot an Medizinern sowie an Gesundheitsdienstleistungen zu verzeichnen. Es gab Maßnahmen³² dieses Überangebot aus Effizienzgründen zu reduzieren. Belgien liegt aber im EU-15 Vergleich trotzdem an der Spitze was die Anzahl der Leistungsanbieter pro 1000 Einwohner betrifft (vgl. Kapitel 3.2.4).

³¹ Vgl. MISSOC-Datenbank: Belgien (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

³² Vgl. Corens, 2007, S. 154.

So kommen etwa im Jahre 2006 auf einen Allgemeinmediziner 476 Einwohner (vgl. Griechenland: 3333 Einwohner pro Arzt) und auf eine Krankenpflegekraft kommen ungefähr 67 Einwohner (vgl. Griechenland mit 303 Einwohner pro Krankenpflegekraft).³³

Im belgischen Markt müssen sich die Pharmaunternehmen mit einem prozentualen Umsatzanteil am Gesundheitsmarkt beteiligen.³⁴ Diese Maßnahme ist sicherlich sehr sinnvoll, da die Pharmaunternehmen auf die erhöhten Kosten im Gesundheitsmarkt zu einem nicht unermesslichen Teil Einfluss nehmen.³⁵

1.3 Dänemark

1.3.1 Struktur des dänischen Systems (nach Reform 2007)³⁶

Dänemark hat ein **nationales Gesundheitssystem** mit überwiegend **dezentraler Organisation**. Die Reform im Jahre 2007 hat vor allem die Kompetenzen neu zugeordnet und es ist zu einem Mix zwischen dezentralem und zentralem Gesundheitswesen gekommen. Die ungleichen medizinischen Behandlungen, verschiedene Wartelisten, unterschiedliche medizinische Technologien in den einzelnen Regionen – was meist eine Folge von dezentralen Systemen ist, hat die dänische Bevölkerung vor allem dazu bewogen gleiche Standards länderübergreifend einzuführen.³⁷

Der Staat besteht aus fünf Regionen und 98 Kommunen, welche unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche im Gesundheitsbereich innehaben. **Das nationale Gesundheitssystem** auf staatlicher Ebene (vgl. Abbildung 5) überwacht die Gesundheitseinrichtungen und berät die verschiedenen Einrichtungen der verschiedenen Ebenen. Dieses spielt auch eine große Rolle bei Gehaltsverhandlungen, bei der Organisation des Bereiches der „Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen“ und bei der Regulation von Rückvergütungen. Die **Regionen** sind nicht Teil des offiziellen politischen Systems, sondern vor allem Beratungs- bzw. Vertretungsorgane. Das **Gesundheitsministerium** ist vor allem für die Überwachung der

³³ Eigene Berechnungen nach OECD Health Data (Juni, 2008).

³⁴ Vgl. MISSOC-Datenbank: Belgien (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

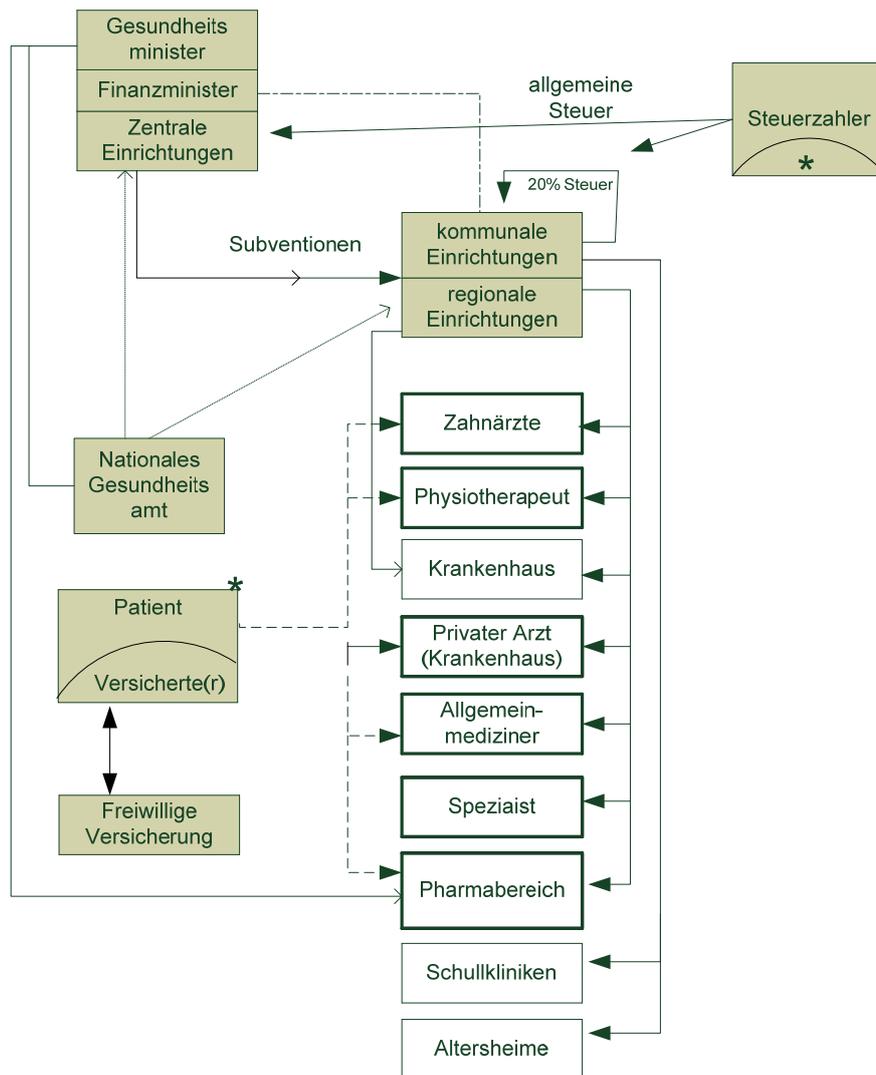
³⁵ In diesem Zusammenhang sei auch auf das Diskussionspapier von Prof. E. G. BRAUN³⁶ verwiesen, in welchem der entstehende Mehrwert, der sich aus einer vermehrten Kooperation zwischen Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie ergibt, diskutiert wird.

³⁶ Vgl. Martin Strandberg-Larsen, 2007, S. 1- 142.

³⁷ Vgl. M. S. Larsen, 2007, S. 28f.

Gemeinden und Regionen und für Kontrollen im Bereich der Legalisierung von pharmazeutischen Produkten verantwortlich.³⁸

Abbildung 5 Struktur des dänischen Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung nach (Strandberg-Larsen, 2007, S. 1-242) .

Anmerkungen: Kontrolliert, überwacht: --->, ist zuständig für: ->, Verhandlungen: <->, Zuzahlungen: -->, Finanzflüsse: -> gehört zu: -.

Die 5 Regionen sind vor allem für die Krankenhauseinrichtungen und die (zahn)ärztliche und pharmazeutische Versorgung bzw. für die Finanzierung der (Zahn) Ärzte, sowohl der Spezialisten als auch Allgemeinärzte, sowie für den pharmazeutischen Bereich zuständig.

³⁸ Vgl. Martin Strandberg-Larsen, 2007, S. 1- 142.

Die 98 Gemeinden sind unter anderem für Altersheime, Gesundheit im Schulbereich, Präventionsmaßnahmen und Werbung im Gesundheitsbereich verantwortlich.³⁹

Der Hauptfinanzierungsanteil des Gesundheitssystems besteht aus staatlichen und kommunalen Steuern. Die kommunalen Steuern betragen 20% des regionalen Einkommens. Über ein Ausgleichssystem und durch Subventionen werden die Steuern von den reicheren auf die ärmeren Kommunen verlagert, um so ein gerechteres System gewährleisten zu können.⁴⁰

Grundsätzlich können die über 16-jährigen in Dänemark zwischen zwei Leistungsarten wählen. Unter 16-jährige sind mit der gleichen Leistungsart versichert wie deren Eltern. Jedes dieser Pakete beinhaltet unterschiedliche Rechte und Pflichten der versicherten Personen. Bei der **Leistungsart 1** wird der Bürger kostenlos (Ausnahme: Zahnversorgung) versorgt und hat freie Wahl zwischen den Allgemeinmediziner, welche auch in vertraglicher Beziehung zum öffentlichen Gesundheitsdienst stehen. In diesem Fall gibt es keine Selbstbeteiligung und der Allgemeinmediziner, welcher einmalig vom Patienten gewählt wurde und nicht mehr als 10 km vom Wohnort des Patienten entfernt sein darf, übernimmt die Überweisung an einen Facharzt. **Leistungsart 2** ist durch eine freie Arztwahl gekennzeichnet. D.h. der Patient kann auch jene Ärzte wählen, welche nicht mit dem Gesundheitsdienst in einer vertraglichen Verbindung stehen. Der „Nachteil“ ist aber, dass der öffentliche Dienst nicht alle Kosten übernimmt. Der Versicherte übernimmt die entstehenden Mehrkosten zur 1. Leistungsart. Der Patient hat grundsätzlich zwischen allen öffentlichen Krankenhäusern Wahlfreiheit. Er muss keine Selbstbeteiligung bei zugelassenen Kliniken (sowohl öffentliche als auch private) leisten. Bei nicht zugelassenen Kliniken erfolgt eine Selbstbeteiligung, außer es erfolgte eine Überweisung von einer zugelassenen Klinik auf eine nicht zugelassene Einrichtung. Leistungsart 1 wird in Dänemark gegenüber der 2. Leistungsart sehr stark bevorzugt.⁴¹

1.3.2 Finanzierungsquellen im dänischen System

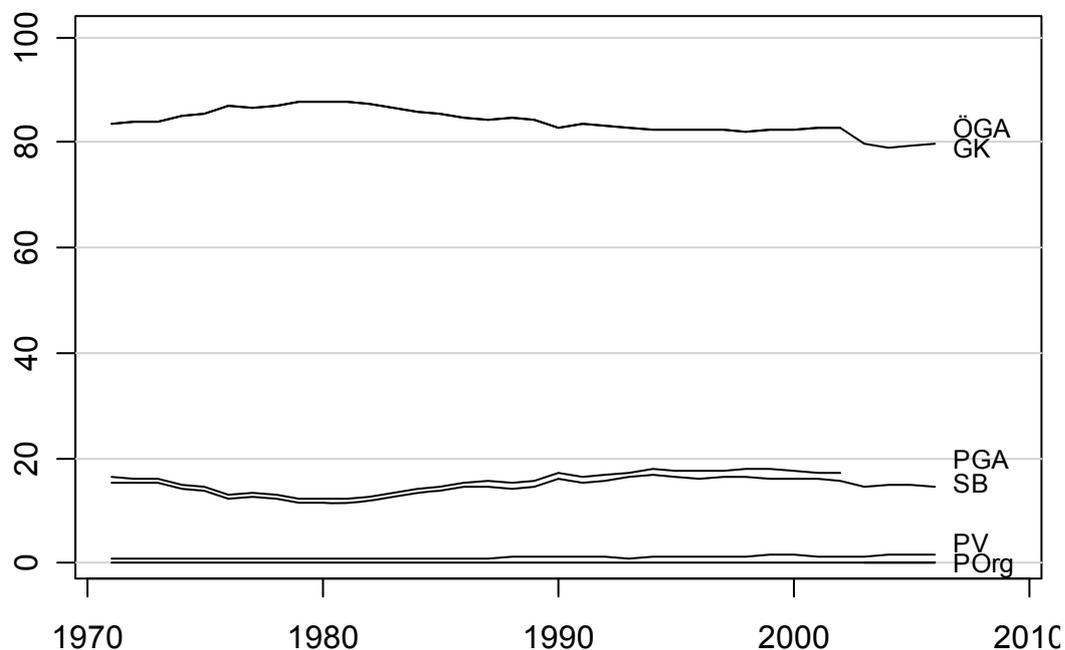
Der Anteil der Sozialversicherungsbeiträge in % der GGA beträgt im Jahre 2006 56,4% (vgl. Abbildung 6). Der Anteil der Selbstzahlungen beträgt 20,7%. Gebietskrankenkassen (ohne Sozialversicherungen) und Privatversicherungen machen mit 12,7% bzw. 4,9% einen eher geringen Anteil aus. Der Prozentsatz privater Organisationen (ohne Erwerbszwecke) und Unternehmen beträgt 0,6. Das Verhältnis zwischen öffentlicher und privater Finanzierung ist ungefähr 80 zu 20 (gemessen an den GGA). Sozialversicherungsbeiträge entfallen vollständig.

³⁹ Vgl. Martin Strandberg-Larsen, 2007, S. 1- 142.

⁴⁰ Ebenda.

⁴¹ Ebenda.

Abbildung 6 Finanzierungsquellen im dänischen Gesundheitssystem (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

Anmerkung: GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, ÖGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskrankenkasse ohne Sozialversicherung, PGA: private Gesundheitsausgaben, PV: Privatversicherungen, POrg: Private Organisationen ohne Erwerbszwecke, Unt.: Unternehmen.

Der Anteil der Selbstbezahlungen von privaten Haushalten am privaten Finanzierungsanteil beträgt im Jahre 2005 ca. 90%⁴². Im EU-15-Vergleich ist dieser Anteil sehr hoch.

1.3.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft⁴³

Die **Sachleistungen für Krankheit/Mutterschaft** werden über Steuern finanziert.

Geldleistungen werden durch Beiträge von AN und Selbstständigen finanziert. Der Staat finanziert die Leistungen durch Steuern und wird durch die Arbeitsmarktfonds refinanziert. Die Beiträge zum Arbeitsmarktfond betragen 8% vom AN- bzw. Selbstständigen. Für **Mutterschaftsleistungen und Krankengeld** sind die Gemeinden ab der 3. Woche verantwortlich. Diese werden im Falle von Krankheiten, sofern diese nicht länger als vier Wochen dauern, zu 100% erstattet. Bei einer Krankheitsdauer zwischen 8 und 52 Wochen werden nur 50% der Kosten erstattet. Bei einer freiwilligen Versicherung werden 55% der Kosten gedeckt. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Nach der 3. Woche

⁴² Eigene Berechnung nach OECD Health Data (Oktober, 2007).

⁴³ Vgl. MISSOC-Datenbank: Belgien (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

wird das Krankengeld auf Grundlage des Stundenlohnes abzüglich der Beiträge (für AG) mit einer Mindest- bzw. Höchstbemessungsgrundlage berechnet. Der AG zahlt diese für einen Zeitraum von 2 Wochen. Bei Selbstständigen wird das Krankentagegeld vom EK berechnet. Freiwillig Versicherte haben eine Anspruchsberechtigung von mindestens 2/3 der Höchstbemessungsgrundlage.

Die **Geldleistung bei Mutterschaft** wird für ArbeiterInnen auf der Basis des Stundenlohnes mit einer Grenze von €13 in der Stunde und für Selbstständige Basis des EK berechnet.

1.3.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte⁴⁴

Die Honorierung der **Allgemeinärzte** erfolgt nach den ärztlich erbrachten Leistungen und die Höhe der Honorare wird zwischen den Ärzteverbänden und den Gesundheitseinrichtungen verhandelt. Die Vergütung der Fachärzte erfolgt pauschal. Die Regelung des Zuganges zu Ärzten und Fachärzten wurde schon im Kapitel „Struktur des dänischen Systems“ besprochen.

Krankenhausärzte erhalten ein Monatsgehalt und bestimmte Zusatzleistungen und es herrscht, bei öffentlich eingetragenen Krankenhäusern, eine freie Wahl durch die Patienten. Im Falle einer Wartezeit von über einem Monat kann auch, mit behördlicher Zustimmung, ein privates Krankenhaus kostenfrei aufgesucht werden. Grundsätzlich ist bei eingetragenen Krankenhäusern keine Kostenbeteiligung erforderlich.

Zahnärztliche Leistungen werden zwischen 35 und 60% für Leistungen entsprechend der Gebührenverordnung ersetzt. Sonstige Leistungen, welche nicht in der Gebührenverordnung angeführt sind, müssen voll ersetzt werden. Bestimmte Personengruppen (z.B. Kinder) sind von der Selbstbeteiligung ausgenommen.

1.3.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle⁴⁵

Es gibt in Dänemark kein eigenständiges **Pflegeversicherungssystem**. Die Leistungen werden von den kommunalen Einrichtungen erbracht, welche steuerfinanziert sind.

Die **Invaliditätsfinanzierung** erfolgt aus einem eigenen Arbeitsmarktfond bzw. aus Steuern und wird nach dem Umlageverfahren geregelt. Für Personen unter 65 Jahren tragen die lokalen Ämter 65% und der Staat 35% der Kosten. Die staatlichen Ausgaben werden vom Arbeitsmarktfond refinanziert. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Renten werden von 18 bis höchstens 65 Jahren ausbezahlt. Für die Höhe der Rente ist vorwiegend der Grad der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich. Sie (Rente) wird aber nicht vom

⁴⁴ Vgl. MISSOC-Datenbank: Belgien (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

⁴⁵ Ebenda.

früher bezogenen EK berechnet. Es gibt eine Mindestrente. Die Rentenbeträge unterscheiden sich bei Invaliditätsbeihilfe, Dauerpflegegeld und Gesundheitszulagen und sie unterliegen seit 1.1.2003 der Besteuerung.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten werden durch AG-Beiträge finanziert und sind durch eine Mischung zwischen Kapital- und Umlageverfahren geregelt. Die Art und Höhe der Beiträge ist Risikoadjustiert und es erfolgt keine staatliche Beteiligung. Bis auf wenige Ausnahmen gilt eine Pflichtversicherung. Selbstständige können sich freiwillig versichern lassen. Es gibt eine Liste, in der Berufskrankheiten aufgelistet sind und im Falle einer Krankheit gilt es diese auch nachzuweisen. Ab 15% Erwerbsminderung kann schon ein Rentenanspruch geltend gemacht werden. Für **dauernde Erwerbsunfähigkeit** wird als Bemessungsgrundlage das EK aus dem vorausgegangenen Jahr herangezogen, mit einer Mindest- bzw. Höchstbemessungsgrenze von € 21.059 bzw. € 56.202. Bei **voller Erwerbsunfähigkeit** wird die Rente von 80% des EK berechnet bis zu einer Höchst und Niedrigstbemessungsgrenze. Die **Höchstbemessungsgrenze** wird aber den jährlichen Lohnentwicklungen angepasst. Bei einer **teilweisen Erwerbsunfähigkeit** richtet sich die Höhe der Rente nach dem Grad der Erwerbsunfähigkeit. Es müssen keine Sozialabgaben vom Rentenbetrag entrichtet werden.

1.3.6 Pros und Contras des dänischen Systems

Da Dänemark über eine sehr stark dezentrale Struktur verfügt(e), gab es, wie es für dezentrale Systeme typisch ist, starke regionale Abweichungen in Art und Höhe der angebotenen Leistungen. Trotz der hohen Wartezeiten, die für überwiegend steuerbasierte Systeme auch schon fast normal sind, war die Bevölkerung mit dem System zufrieden. Was dieses System noch sehr interessant macht, ist die Tatsache, dass es innerhalb von 25 Jahren so gut wie keine Reform gegeben hatte.⁴⁶ Die letzte Reform (2007) war sehr umstritten und hat im Wesentlichen zu mehr Zentralisierung geführt. Kein unparteiischer Ökonom hatte sich in der Vergangenheit für das neue Finanzierungsmodell ausgesprochen⁴⁷. Es kam nur zu einer knappen parlamentarischen Abstimmungsmehrheit für die Reform, was eigentlich in Dänemark unüblich ist. Es waren drei markante Punkte, die das System veränderten: Zum einen wurden die Länder und Kommunen von 15 Ländern auf 5 Regionen bzw. von 275 auf 98 Kommunen dezimiert und es kam zu Veränderungen im Bereich der steuerlichen Allokation. Diese Veränderungen betrafen vor allem die Regionen. Regionen hatten kein Recht mehr Steuern einzuheben, da die Steuern nunmehr durch staatliche Einrichtungen eingehoben und durch kommunale Einrichtungen an die Regionen verteilt wurden. Die steuerliche Verteilung basiert auf einer Bereichssubventionierung, welche aufgrund der Einwohnerzahl zwischen den verschiedenen Altersgruppen und aufgrund sozioökonomischer Gesichtspunkten verteilt werden. Die kommunale Beteiligung wurde mit dem Ziel eingeführt, die Zahl der Krankenhausaufenthalte zu verringern, da die Höhe der Beteiligung aufgrund der Kapazitätsauslastung und Leistungen der Kommunen gesteuert (bzw. verringert) werden kann und somit die Kommunen angehalten werden sollten präventive Maßnahmen zur

⁴⁶ Vgl. Kjeld Moeller Pedersen 2005, S 41 – 44.

⁴⁷ Ebenda, S. 54.

Krankheitsvermeidung und Krankenhausauslastung zu setzen.⁴⁸ Kjeld Moeller Pedersen⁴⁹ führt einige Punkte an, warum diese Argumentation nicht wirklich begründet ist: zum einen ist der daraus resultierende Mehrwert zu gering, um damit den Krankenhausaufenthalt zu verringern und zum anderen haben die Kommunen keine Entscheidungsgewalt über die Art und Höhe der Krankenhausverweildauer, da diese im alleinigen Kompetenzbereich der Allgemeinmediziner liegt.

1.4 Deutschland

1.4.1 Struktur des deutschen Gesundheitssystems(vor der letzten Reform)

Das deutsche Gesundheitswesen ist vorwiegend **dezentral** organisiert.⁵⁰ Das Herzstück ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die Träger der Krankenversicherung werden unterteilt in die Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkasse (BKK), die Ersatzkassen, die Innungskrankenkassen (IKK), die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), die See-Krankenkasse und die Knappschaft-Bahn-See Rentenversicherung. Insgesamt gab es im Jahre 2007 ca. 241 Krankenkassen.⁵¹ Die Krankenkassen werden hauptsächlich über die „Spitzenverbände der Krankenkassen“ auf Bundesebenen bzw. über Verbände auf Landesebene organisiert. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden am 1. Juli 2008 in den Bund der Krankenkassen übergeführt und zu einem späteren Zeitpunkt von einer öffentlich rechtlichen Institution in eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts umgewandelt. Die Spitzenverbände haben unter anderem die Aufgabe, Verträge mit den ärztlichen Vertretungsorganen auf Bundesebene zu schließen, was wiederum durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung überwacht wird (vgl. Abbildung 7).⁵² Der Spitzenverband privater Versicherungen wird durch den Verband privater Krankenversicherungen vertreten. Die private Krankenversicherung musste neben einer Vollversicherung auch eine Zusatzversicherung für die GKV anbieten.⁵³

⁴⁸ Vgl. Martin Strandberg-Larsen 2007, S. 130f.

⁴⁹ Vgl. Kjeld Moeller Pedersen 2005, S. 54.

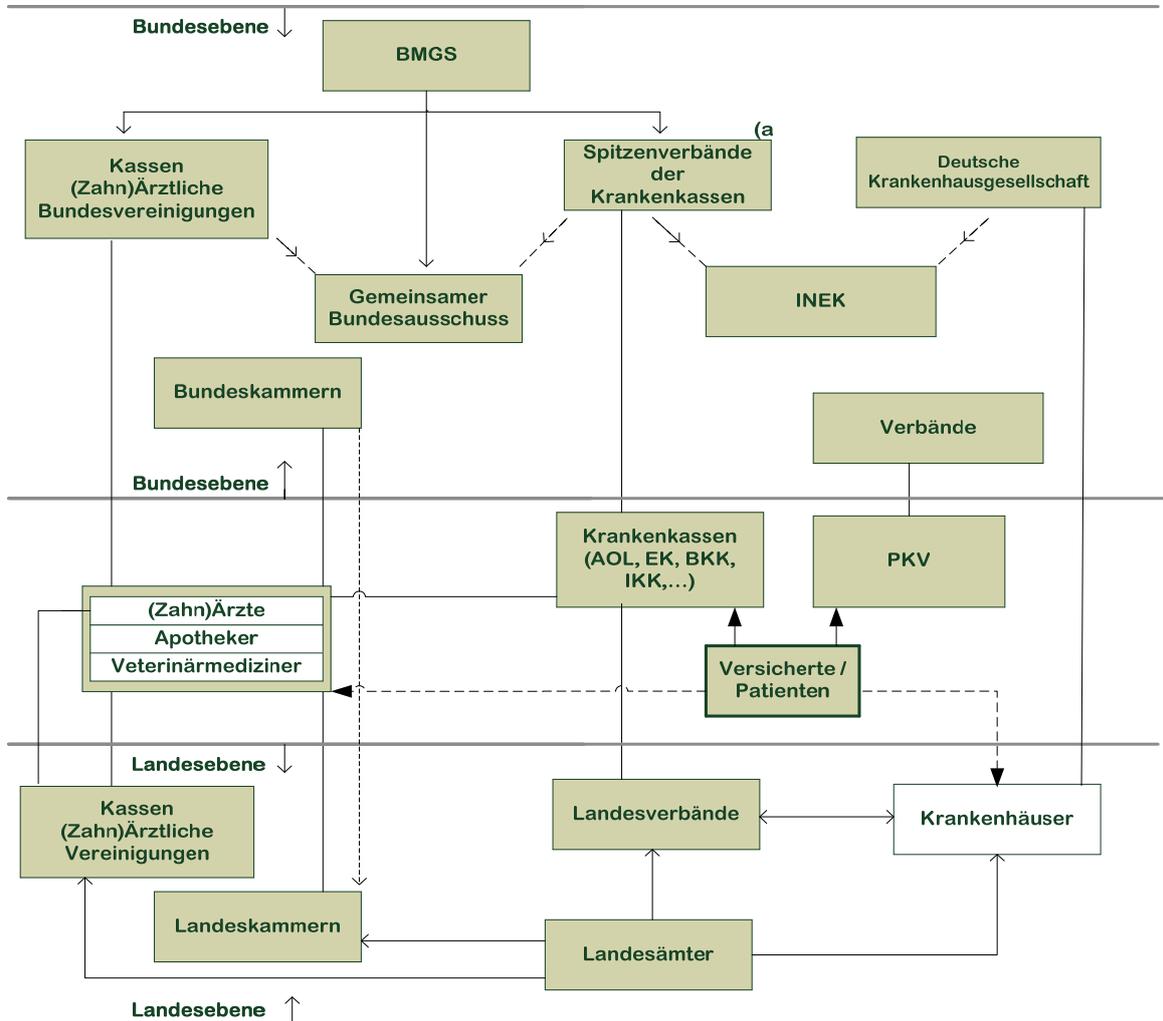
⁵⁰ Vgl. Busse R 2005, S. 41 – 50.

⁵¹ Vgl. AOK, Allgemeine Ortskrankenkasse, <http://www.aok-bv.de/lexikon> (Juni 2008).

⁵² Ebenda http://www.aok-bv.de/lexikon/s/index_11520.html.

⁵³ Vgl. Busse R 2005, S 94.

Abbildung 7 Struktur des deutschen Gesundheitswesens (vor der letzten Reform)



Quelle: Eigene Darstellung nach (Busse R. 2005, S. 35- 116 und S. 198 f)

Anmerkungen: BMGS: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, a): wird im August 2008 in den Spitzenverband der Krankenkassen übergeführt. INEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, PKV: Private Krankenversicherung, kontrolliert: →, Verhandlungen: ↔, Zuzahlungen: --, Finanzflüsse: →, Mitgliederfluß: →, gehört zu: —.

Die Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Veterinärärzte) werden durch zahlreiche öffentlich rechtliche Körperschaften (Kammern) vertreten, welche den Landesgesetzen unterliegen. Auf Bundesebene gibt es die Bundeskammern, welche aber nur eine Beratungsfunktion für die Landeskammern haben, da sie keine öffentlichen Körperschaften sind. Andere Berufsgruppen, wie z.B. KrankenpflegerInnen, werden meist durch spezifische Berufsverbände organisiert. Ein wesentliches Vertretungsorgan der Zahn(Ärzte) sind die sog. Kassen(zahn)ärztliche-Vereinigungen auf Landes (17 im Jahre: 2007) und Bundesebene, welche, wie schon erwähnt, mit den Krankenkassenverbänden in vertraglicher Beziehung stehen. Die Verantwortlichkeit für die Aufsicht und Kontrolle der Ärztekammer,

(Zahn)Ärztlichen Vereinigungen und Länderkassen sowie der Verantwortungsbereich für die Krankenhausinfrastrukturen obliegt den Ämtern der jeweiligen Länder.⁵⁴

Neben den zahlreichen Vereinigungen, welche vordergründig die Aufgabe haben, Verhandlungen zu führen und Entscheidungen herbeizuführen, sind sogenannte gemeinsame Ausschüsse vorgeschrieben. Die gemeinsamen Ausschüsse agieren bei bestimmten Entscheidungsfindungen bzw. immer dann, falls bei normalen Verhandlungen keine Entscheidungsfindung möglich ist. Ein Beispiel für eine Ausschussentscheidung ist z.B. die Leistungsdefinition. Ausschüsse sind z.B. der Bewertungsausschuss, der erweiterte Bewertungsausschuss, Krankenhaus-Entgeltausschuss, der Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (für den ambulanten Sektor) und ein Koordinierungsausschuss, welcher die Versorgungstätigkeiten im ambulanten und stationären Sektor koordinierte. Der Bundesausschuss (BA) für (Zahn)Ärzte und Krankenkassen, sowie der Koordinierungsausschuss und der Krankenhausausschuss wurden im Jahre 2004 zu einem gemeinsamen Bundesausschuss zusammengefasst, dessen Mitglieder aus Vertretern der Spitzenverbände und Krankenkassen bzw. unparteiischen Personen zusammengesetzt wird. Die BA-Beschlüsse werden dem Bundesministerium vorgelegt und treten dann im Falle einer Akzeptierung in Kraft. Die Spitzenverbände der Krankenkassen unterhalten mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft überdies auch noch ein Institut, welches für das Entgeltsystem im Krankenhaus, die Bereitstellung der Organisationsstruktur und die Ermittlung der Bewertungsrelationen im Entgeltsystem verantwortlich ist.⁵⁵

Grundsätzlich gab es in Deutschland (vor der letzten Reform) – bis auf wenige Ausnahmen eine Versicherungspflicht. Ausgenommen waren jene Personengruppen, welche entweder geringfügig beschäftigt waren oder deren jährliches Einkommen ein bestimmtes Limit erreichte, sowie bestimmte Berufsgruppen.⁵⁶

1.4.2 Finanzierungsquellen im deutschen Gesundheitssystem

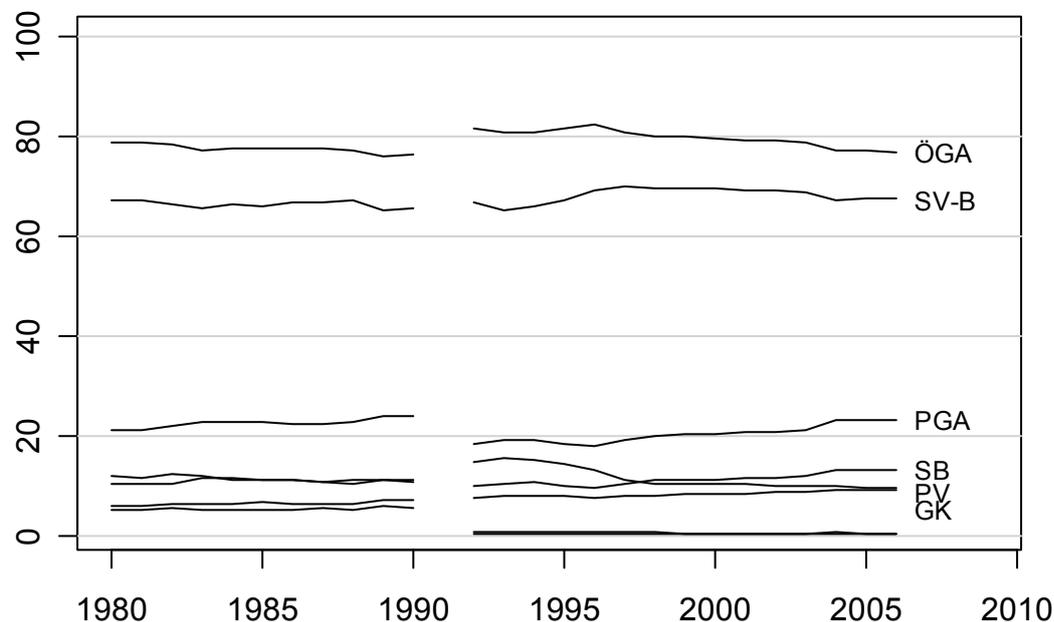
Das deutsche Gesundheitssystem wird überwiegend aus öffentlichen Quellen bzw. aus Sozialversicherungsbeiträgen gespeist (vgl. Abbildung 8). Der private Anteil (in % der GGA) beträgt im Jahre 2006 23,1% und der öffentliche 76,9%. Der Anteil der Selbstbezahlungen beträgt: 13,2%. Das entspricht ca. 57,14% der privaten Gesundheitsausgaben (56,52% im Jahre 2005). Deutschland gehört damit zu den EU-15-Ländern mit einem geringen Anteil an Selbstbezahlungen durch die privaten Haushalte. Der Anteil von Gebietskörperschaften (ohne Sozialversicherungen) am öffentlichen Finanzierungsanteil beträgt 12,09% (2006). Somit kann Deutschland eindeutig zu den beitragsfinanzierten Systemen zählen. Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherungen stellen mit 9,3%, wie es bei einem beitragsfinanzierten System zu erwarten ist, einen geringeren Anteil dar. Die Privatversicherungen sind mit 9,2% (im EU-15-Vergleich) stark vertreten. 67,5% der Gesamtgesundheitsausgaben werden über Sozialversicherungsbeiträge gedeckt.

⁵⁴ Ebenda.

⁵⁵ Vgl. Busse R 2005, S 54 -59 u. S 197 f.

⁵⁶ Vgl. MISSOC-Datenbank: Deutschland (1.7.2007), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

Abbildung 8 Finanzierungsquellen des deutschen Gesundheitssystems (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

Anmerkung: Der Sprung in der Grafik markiert die deutsche Wiedervereinigung. GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, ÖGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherung, PGA: private Gesundheitsausgaben, PV: Privatversicherungen, SB: Selbstbezahlungen, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge.

1.4.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft⁵⁷

Sachleistungen und Geldleistungen unterliegen im Falle von **Krankheit oder Mutterschaft** sowohl der Beitragsfinanzierung als auch der Steuerfinanzierung. Der Staat steuert zu den Krankenkassen für versicherungsfremde Sachleistungen Finanzmittel bei und im Falle von **Mutterschaft** einen Betrag von maximal € 210, für Arbeiterinnen die nicht Mitglied einer Krankenkasse sind, bzw. für **Krankenkassen** die versicherungsfremde Leistungen anbieten. Die Beiträge werden von Versicherten und AG getragen. Es gibt keine Globalbeiträge. Im Jahr 2007 betrug der Beitragssatz 13,9%, davon ist zu gleichen Teilen (mit je 6,95%) der AG- bzw. AN-Beitrag enthalten. Weiteres haben **AN** einen weiteren Beitragssatz von 0,9% zu entrichten. Die jährliche Bemessungsgrenze beträgt €43.200.

Die Pflichtgrenze für Versicherung beträgt bei AN € 48.150. Alle EK-Bezieher, die mehr verdienen, können eine freiwillige Versicherung abschließen. Ausnahmen sind auch Personen die ein EK von höchstens €400 beziehen.

Das **Krankengeld** beträgt 70% vom Regelgeld (Arbeitseinkommen der letzten 3 Monate). Nach einem Jahr wird das Regelgeld nach dem Rentenanpassungsgesetz wieder angepasst.

⁵⁷ Vgl. MISSOC-Datenbank: Deutschland (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

Das Krankengeld darf aber nicht 90% des Nettoarbeitslohnes übersteigen. Es wird in einem Zeitraum von drei Jahren höchstens 78 Wochen ausbezahlt und unterliegt der Besteuerung.

Bei **Mutterschaft** haben Mütter in der Regel einen sechswöchigen Urlaub vor der Geburt und einen achtwöchigen danach. Das **Mutterschaftsgeld** beträgt pro Tag max. €13 und besteht aus dem durchschnittlichen Entgelt abzüglich der gesetzlichen Abgaben. AG- (oder staatliche) Zuschüsse gleichen die Differenz zwischen Mutterschaftsgeld und Nettogehalt aus. Für nicht versicherte Arbeitnehmer kann das Mutterschaftsgeld bis zu €210 betragen. Es sind für Mutterschaftsgeldleistung keine Besteuerungen vorgesehen.

1.4.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte⁵⁸

Die Vergütung der Ärzte wird nach einem Honorarverteilungsschlüssel verteilt, welcher zwischen den Kassen und den ärztlichen Vereinigungen ausgehandelt wird. Die Gesamtvergütungen können auf Basis einer Kopfpauschalen Vergütung, auf Grundlage von Einzelvergütungen oder auf Grundlage von Festbeträgen berechnet werden. Es herrscht in Deutschland grundsätzlich eine freie Wahl zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten. Patienten müssen keine Honorare bezahlen, aber müssen eine Gebühr von €10 je Quartal an den Arzt entrichten und eine Selbstbeteiligung der Kosten von €10 für jede Verordnung. Für bestimmte Leistungen ist eine Selbstbeteiligung von 10% vorgesehen. Bestimmte Personengruppen (wie z.B. geringe EK-Verdiener und Kinder) sind von den Zuzahlungen ausgenommen bzw. bekommen Abschläge.

Die Vergütung gegenüber den **Krankenhäusern** wird auf Basis einer diagnoseorientierten Fallpauschale (Diagnosis related Group, DRG) vorgenommen. Die Patienten können das Krankenhaus frei wählen, aber in der Regel wird der Patient vom Arzt in ein Krankenhaus überwiesen. Der Patient muss – mit Ausnahmen - eine Selbstbeteiligung von €10/Tag für einen Krankenhausaufenthalt entrichten, maximal jedoch für 28 Tage.

Die Kassen übernehmen bei konservierenden und chirurgischen Behandlungen, bei bis zu 18-jährigen Patienten, die vollen Kosten. Darüber hinaus gibt es für den genannten Personenkreis finanzielle Anreize zu Präventivmaßnahmen, um Zahnerkrankungen vorzubeugen.

1.4.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle⁵⁹

Die **Pflege** wird hauptsächlich durch Versicherten- und Arbeitgeberbeiträge finanziert und ist durch die gesetzliche Pflegeversicherung geregelt. Die Beiträge in Höhe von insgesamt 1,7% vom Bruttolohn werden vom AG und AN zu gleichen Teilen (je 0,85%) getragen. Es gibt einige Sonderregelungen für bestimmte Versicherungsgruppen. Die Höchstbeitragsgrenze betrug im Jahre 2008 €43.200. Es gibt keine staatliche Beteiligung. Personen, die nicht

⁵⁸ Vgl. MISSOC-Datenbank: Deutschland (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

⁵⁹ Vgl. MISSOC-Datenbank: Deutschland (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

versichert sind, können Sozialhilfe beziehen. Bei der häuslichen, stationären und teilstationären Pflege wird die Höhe der Sachleistungen nach der Pflegestufe, in der sich ein Patient befindet, berechnet. Es werden z.B. bei **häuslicher und teilstationärer Pflege** in der Pflegestufe I Sachleistungen bis zu € 384 gewährt und in der Stufe III bis zu € 1.432. In Härtefällen können bis zu 1918 Euro gewährt werden. Bei der **stationären Pflege** werden in der Stufe I bis zu 1.023 Euro gewährt und in der Stufe II bis zu € 1.423. Bei der **häuslichen Pflege** können anstelle von Sachleistungen Geldleistungen beantragt werden, (z.B. € 205 für Pflegestufe I). Für den Bereich der (teil)stationären Pflege ist dies nicht vorgesehen.

Die **Invalidität** wird durch Versicherungsbeiträge und durch Steuern finanziert und ist nach dem **Umlageverfahren** geregelt. Renten werden für sog. volle Erwerbsminderung ausbezahlt, wenn die betreffende Person nicht in der Lage ist, täglich drei Stunden zu arbeiten. Teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn die Person nicht mehr als sechs Stunden/Tag arbeiten kann. Falls die Person fähig ist, eine Arbeit zwischen drei und sechs Stunden am Tag zu verrichten, kann sie als voll erwerbsfähig gelten, falls es keinen adäquaten Job gibt, bei der sie mehr als sechs Stunden arbeiten könnte. Es gibt Sonderregeln für Versicherte, die vor dem 2.1. 1962 geboren wurden. Die Höchstbeitragsgrenze ist in den westlichen und östlichen Bundesländern unterschiedlich hoch und beträgt im Jahre 2008 € 5.300 bzw. € 4.500. Es wird eine jährliche Rentenanpassung vorgenommen. Unter bestimmten Bedingungen wird die Rente gemindert oder sie fällt, z.B. bei Überschreitung von Zuverdienstgrenzen, ganz weg.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten werden durch risikoadjustierte AG- bzw. Versicherungsbeiträge bzw. im landwirtschaftlichen Bereich auch über Bundeszuschüsse finanziert, basierend auf einem Umlageverfahren mit einer Rücklagenbildung. Bestimmte Berufsgruppen sind von der Versicherungspflicht ausgenommen. Bei **vorübergehender Erwerbsunfähigkeit** beträgt das Verletzten-Entgelt 80% des im letzten Monat verdienten Bruttoentgelts und darf das Nettoentgelt nicht überragen. Es wird für max. 78 Wochen ausbezahlt. Bei **dauernder Erwerbsunfähigkeit** gibt es einen Mindestsatz von 20% nach der 26. Woche (gerechnet ab dem Zeitpunkt des Unfalleintrittes). Als Bemessungsgrundlage wird das jährliche Bruttoentgelt im Jahr vor der Beeinträchtigung herangezogen. Die Höchstbemessungsgrundlage unterscheidet sich je Krankenkassa und beträgt im Jahre 2008 zwischen € 58.800 und € 88.800. Der Rentensatz ist abhängig vom Erwerbsminderungsgrad und beträgt zwischen 66,7% (100% Einschränkung) und 16,7% (25-50-prozentiger Einschränkung).

1.4.6 Ausblick

Im Jahre 2007 wurde das deutsche Krankenversicherungssystem reformiert und ab dem Jahre 2009 ist eine vereinheitlichte Finanzierung der Krankenversicherungen durch einen Versicherungsfond angedacht. Diese neue Gesundheitsreform war (und ist) nicht unumstritten und wird durch zahlreiche Ärztestreiks begleitet. Das neue System ist eine Mischung aus Kopfpauschale und Bürgerversicherung. Als Vorbild dürfte das niederländische System gedient haben, das im Ansatz dem deutschen System sehr ähnlich ist und welches unlängst reformiert wurde.

Im Wesentlichen war in der Reform vorgesehen:⁶⁰

- die Einführung einer Krankenversicherung für alle
- eine Reform der Versorgungsstrukturen und der Kassenorganisation
- eine Reform der Finanzierungsordnung
- eine Reform der privaten Krankenversicherung⁶⁰

Von der Gesundheitsreform sind, laut Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)⁶¹, folgende Bereiche von der Änderung betroffen:

Alle Personen erlangen einen Versicherungsschutz, was im alten System nicht immer so war. Früher hatten die Kassen die Rehabilitationseinrichtungen für die Patienten gewählt. Nach der Reform sollen die Patienten die Einrichtungen selbst wählen können und die entstehenden Mehrkosten, im Falle nicht vertraglicher Einrichtungen, selbst entrichten. Selbstbehaltstarife können zukünftig für alle Versicherten angeboten werden und unterliegen nicht mehr den alten Beschränkungen. Bestimmte Leistungen wie empfohlene Impfungen, Mutter-Vater-Kind-Kuren, ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen, welche im alten System nicht vorgeschrieben waren, werden zu Pflichtleistungen. Die Kassen müssen die Leistungen für alle anbieten und dürfen auch untereinander fusionieren.⁶²

Im November 2008 wird - laut BMG - ein einheitlicher Beitragssatz eingeführt. Ziel ist es, die Beitragsstellen zu vereinheitlichen. Die Arbeitgeberbeiträge werden an die Krankenkassen weitergeleitet, die diese dann in den Gesundheitsfond weiterleiten. Die Krankenkassen erhalten vom Gesundheitsfond einen Pauschalbetrag plus Risikostrukturzuschläge. Ab dem Jahr 2011 soll es den Arbeitgebern dann ermöglicht werden, die Beiträge direkt an eine Sammelstelle zu schicken, um so den strukturellen Verwaltungsaufwand zu verringern. Krankenversicherungen und Ärzte sollen zukünftig auch zusätzliche Verträge abschließen können, die sich nicht zwingend mit dem Kollektivvertrag decken müssen. Dadurch versucht man einerseits, das Leistungsangebot zu erweitern, andererseits versucht man, Anreize zur Effizienzsteigerung zu schaffen.⁶³

⁶⁰Quelle: BMG, Bundesministerium für Gesundheit, <http://www.die-gesundheitsreform.de> (Juni 2008).

⁶¹ Vgl. BMG, Bundesministerium für Gesundheit, <http://www.bmg.bund.de> und PKV, Private Krankenversicherung, <http://www.private-krankenversicherung.de/downloads/veraenderungen-gesundheitsreform-2006.pdf> S. 1-16 (Juni 2008).

⁶² Ebenda.

⁶³ Ebenda.

Im Krankenhaussektor soll das bisherige Mischvergütungssystem für laufende Ausgaben im akutstationären Sektor vollständig durch ein fallpauschaliertes Entgeltsystem ersetzt werden. Ausnahmen bilden der psychotherapeutische, psychiatrische und psychosomatische Bereich. Dieses Entgeltsystem wurde schon seit 2004 von den Krankenhäusern teilweise implementiert.⁶⁴

1.5 Finnland

1.5.1 Struktur des finnischen Gesundheitssystems⁶⁵

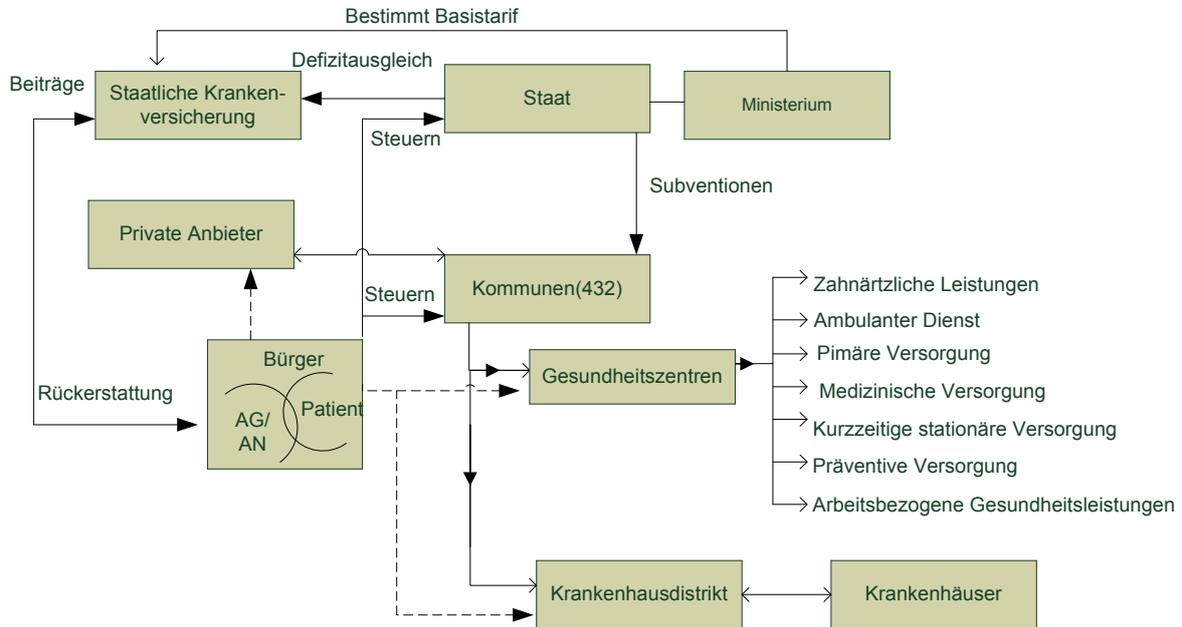
Das finnische Gesundheitswesen ist durch eine **starke Dezentrierung** gekennzeichnet. Die Kompetenzen werden weitgehend den lokalen Gesundheitseinrichtungen überlassen.

Das System unterscheidet im Wesentlichen zwei Gesundheitsversorgungsschemen. Beim ersten Schema wird die Gesundheitsversorgung durch kommunale Einrichtungen sichergestellt, die durch Steuern und durch staatliche Subventionen finanziert werden. Jede **Kommune** (insg. 432) verfügt über sog. **Gesundheitszentren**, die eine Reihe von Dienstleistungen anbieten. Sie reichen von Präventivversorgung bis zur ambulanten und auch kurzzeitigen, stationären Versorgung (vgl. Abbildung 9). Jede Kommune ist weiterhin einem Krankenhausbezirk (insg. 21) zugeordnet, welcher u.a. für Spezialversorgung, wie psychiatrische und akute nicht psychiatrische Versorgung, zuständig ist. Leistungen der Krankenhausbezirke und der Gesundheitszentren werden von den Kommunen, auch teilweise vom privaten Sektor, zugekauft.

⁶⁴ Vgl. Busse R 2005, S .189 f.

⁶⁵ Vgl. Häkkinen, 2005, S101-118 .

Abbildung 9 Struktur des finnischen Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung nach (Häkkinen, 2005, S. 101-118)

Anmerkungen: kontrolliert: →, Verhandlungen: ↔, Zuzahlungen: --, Finanzflüsse: →, gehört zu: —, kontrolliert und finanziert: →→

Die zweite Finanzierungsart ist ein **staatliches Krankenversicherungsmodell**, das vorwiegend aus AG- und AN-Beiträgen bzw. freiwilligen Versicherungsbeiträgen gespeist wird und staatlich subventioniert wird, falls (was meist der Fall ist) Defizite entstehen. Die bereitgestellten Leistungen wie z.B. Kranken- und Mutterschaftsgeld, Transportdienstleistungen, medizinische Ausgaben, Studentengesundheitsdienste und Rehabilitationsdienste sind auch für die nicht arbeitende Bevölkerung zugänglich.

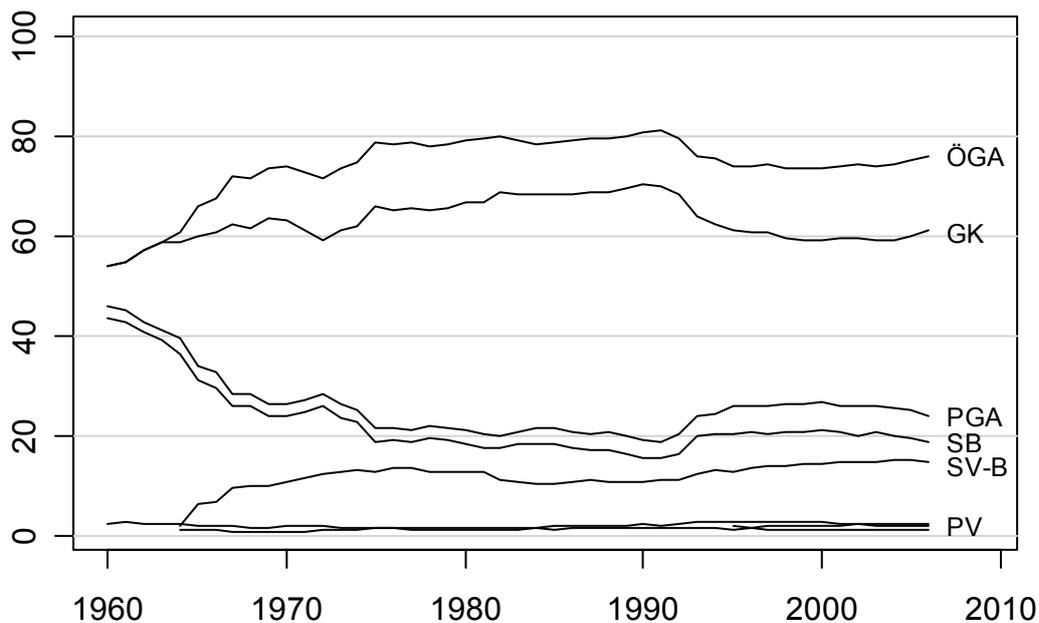
Staatliche Steuern sind in Finnland progressiver als kommunale Steuern. In den Jahren zwischen 1990 und 1996 war die regressive Besteuerung (wie z.B. Gebühren, Beiträgen, indirekte und direkte Steuern) vorherrschend. Die Steuereinnahmen haben sich zwar im Laufe der Zeit immer von staatlicher Ebene auf kommunale Ebene verlagert, deswegen nicht unbedingt gesagt werden kann, dass das System sehr viel an regressiver Wirkung verloren hat.⁶⁶

⁶⁶ Vgl. Häkkinen, 2005, S. 107.

1.5.2 Finanzierungsquellen im finnischen Gesundheitssystem

In Abbildung 10 sind die Finanzierungsquellen des finnischen Gesundheitssystems dargestellt. Den geringsten Finanzierungsanteil stellen die privaten Organisationen ohne Erwerbszwecke und die Unternehmen mit jeweils 1,1 bzw. 2% der GGA dar (2006). 76% der GGA sind öffentliche und 24% private Finanzierungsquellen (2006). Privatversicherungen machen mit 2,2% einen eher geringen Teil der GGA aus. Die Sozialversicherungsbeiträge (14,9% im Jahre 2006) sind sehr niedrig und die Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherung betragen 61,1%. Das macht Finnland zwar zu einem überwiegend steuerbasierten System. Dieser Anteil ist jedoch verglichen mit anderen steuerbasierten Systemen relativ gering (vgl. Schweden 81,7%). Der Anteil der Gebietskörperschaften (ohne Sozialversicherungen) an den öffentlichen GA beträgt ca. 80% (vgl. Schweden 100%, 2006).

Abbildung 10 Finanzierungsquellen im finnischen Gesundheitssystems (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

Anmerkung: GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, ÖGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherung, PGA: private Gesundheitsausgaben, PV: Privatversicherungen, SB: Selbstbezahlungen, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge.

Der Anteil der Privatversicherungen ist mit 2,2% (2006) sehr niedrig. Sozialversicherungsbeiträge betragen im Jahr 2006 14,9% der GGA und die

Selbstbezahlungen machen 18,7% der GGA aus. Das entspricht ca. 77% des privaten Finanzierungsanteils.⁶⁷

1.5.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft⁶⁸

Sachleistungen werden durch Versichertenbeiträge, 1,24% des EK bzw. 1,41% der Renten und Transferbezüge, und staatliche Subventionen gefördert. Das Gesundheitswesen im öffentlichen Bereich wird einerseits von den örtlichen Behörden und andererseits durch staatliche Zuschüsse für Kommunalleistungen finanziert. Die Art und Höhe des Zuschusses ist abhängig von der Einwohnerzahl, Altersstruktur und der Arbeitslosenquote.

Geldleistungen werden durch AG- (1,87% der Lohnsumme), AN- (0,67% des EK) und Selbstständigen-Beiträge (0,81% des EK) finanziert. Der Staat ist für die Finanzierung von Rehabilitations- und Mindestleistungen verantwortlich und, falls vorhanden, für den Ausgleich von Defiziten. Zum versicherten Personenkreis bei **Krankheit** zählen alle 16 - 67 jährigen, die in Finnland für mindestens vier Monate erwerbstätig waren. Im Krankheitsfalle bekommt der Patient, nach einem Arbeitsverhältnis von mindestens einem Monat, neun Tage lang den vollen Lohn ausbezahlt, bei einem Arbeitsverhältnis von weniger als einem Monat bekommt er nur 50% vom EK ausbezahlt. Bei Tarifvereinbarungen erfolgt die Auszahlung meist bis zu einer Dauer von zwei Monaten. Die weiteren Tagessätze sind abhängig von der Dauer der Arbeitsunterbrechung und von den jährlichen Einkommen und sie werden für maximal 300 Tage (ohne Sonntage) im Zeitraum von zwei Jahren ausbezahlt.

Anrecht auf **Mutterschaftsleistungen** haben alle Personen, die in Finnland einen Wohnsitz haben. Anspruch auf **Geldleistungen bei Mutterschaft** haben nur erwerbstätige Personen. Grundleistungen werden jedoch auch für nicht Erwerbstätige gewährt. Darüber hinaus müssen werdende Mütter vor der Endbindung mindestens 180 Tag in Finnland einen Wohnsitz angemeldet haben. Zu den Leistungen zählen vor allem Beihilfeleistungen im Form einer Pauschalleistung (€140) oder kostenlos ärztlich erbrachte Kontrolluntersuchungen. Es gibt im Falle von „schlechten Arbeitsbedingungen“ ein besonderes Mutterschaftsgeld. Das normale Mutterschaftsgeld wird 105 Tage lang ausbezahlt. Danach folgt die Ausbezahlung eines Elternschaftsgeldes. Der Zeitraum der Ausbezahlung ist von der Anzahl der Geburten abhängig. Das Vaterschaftsgeld wird für höchstens 18 Tage ausbezahlt. Das **Mutterschaftsgeld** unterliegt einer Höchstbemessungsgrundlage und beträgt mind. € 12,2 am Tag. Für die ersten 56 Tage des Urlaubs beträgt die jährliche Bemessungsgrenze €46.207 und es werden 90% der EK bis zu einer Bemessungsgrenze ausbezahlt. Der diesen Beitrag übersteigende Betrag wird mit einem Satz von 32,5% multipliziert. Für die nächsten 49 Tage wird mit einer Bemessungsgrundlage von €20.033 gerechnet, mit einem Satz von 70%. Für den zwischen € 20.033 und €46.207 liegenden Betrag wird ein Satz von 40%. Der diesen

⁶⁷ Eigene Berechnung auf Basis der OECD Health Data (Juni, 2008).

⁶⁸ Vgl. MISSOC-Datenbank: Finnland (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

übersteigende Betrag wird mit einem Satz von 25% gerechnet. Mutterschaftsleistungen werden – im Gegensatz zu Krankheitsleistungen - besteuert.

1.5.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte⁶⁹

Zugelassene **Ärzte** im öffentlichen Sektor werden von den Gemeinden finanziert und bekommen ein Gehalt, während Ärzte im privaten Bereich nach den Leistungen honoriert werden. Die Wahl des Arztes ist im öffentlichen Bereich nicht freigestellt. Die Zuweisung zu den öffentlich praktizierenden Spezialisten erfolgt durch den Allgemeinmediziner, wogegen im privaten Sektor dieser frei gewählt werden kann. Privatärzte werden vom Patienten voll honoriert, die Auslagen werden ihm jedoch zu 60% von den Kassen zurückerstattet.

Die Wahl des **Krankenhauses** durch den Patienten ist gleich geregelt wie die Wahl der Ärzte. Der Patient (älter als 18 Jahre) trägt bei ambulanter Behandlung eine Kostenbeteiligung von € 22 pro Arztbesuch und bei stationärer Behandlung eine Beteiligung von täglich €26. Ist ein Aufenthalt von über drei Monaten vonnöten, so wird eine EK-Abhängige Beteiligung festgelegt, die jedoch 82% des monatlichen Netto EK nicht überschreiten darf. Für private Anbieter leistet die Krankenversicherung einen Teilkostenzuschuss.

Über 18-jährige zahlen (für **zahnärztliche Behandlungen**) zuzüglich einer Grundgebühr eine Behandlungsgebühr. Die Art und Höhe der Gebühr ist unterschiedlich zwischen den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen. Im privaten Sektor sind die Gebühren jedoch höher. Im Falle von Untersuchungen und Behandlungen tragen die Krankenversicherungen einen Anteil von bis zu 60% des zu entrichtenden Betrages.

1.5.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten⁷⁰

Der **Pflegebereich** wird kommunal in Form einer Sozialhilfe finanziert und unterliegt keinem eigenständigen Versicherungssystem. Bei den von öffentlichen Einrichtungen bereitgestellten **Langzeitpflegeleistungen** sind Selbstbeteiligungen von bis zu 82% des monatlichen Netto EK möglich. Nur bei **häuslicher Pflege** sind Geldleistungen vorgesehen, bei stationärer- und teilstationärer Pflege entfallen diese vollständig.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten werden durch risikoadjustierte AG-Beiträge finanziert, die im Schnitt 1% des Lohnes betragen. Die Risiken werden im Verhältnis 80:20 durch das Kapitaldeckungsverfahren bzw. das Umlageverfahren gedeckt. Für Landwirte gibt es eine eigene Beitragsversicherung, welche auch durch staatliche Beteiligungen teilweise subventioniert wird. Aus der normalen Arbeitsversicherung hält sich der Staat vollkommen

⁶⁹ Vgl. MISSOC-Datenbank: Finnland (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

⁷⁰ Vgl. MISSOC-Datenbank Finnland(1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

heraus. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Bei **teilweiser Erwerbsunfähigkeit** wird für die ersten vier Wochen ein Taggeld, welches mit dem Krankengeld identisch ist, ausbezahlt und danach 1/360 des Jahresverdienstes pro Tag, für die Dauer von insgesamt einem Jahr. **Dauernde Erwerbsunfähigkeit** liegt vor, wenn sich der Jahresverdienst um 5% und die Arbeitsfähigkeit um 10% verringert. Als Bemessungsgrenze der Rente wird der wahrscheinlich erzielte zukünftige Jahresverdienst herangezogen, mit einer jährlichen Verdienstuntergrenze von €10.130. Der Rentensatz entspricht dann (für unter 66 jährige) 85% der Bemessungsgrundlage und ab dem 66. Lebensjahr 70% der Bemessungsgrundlage. Eine Kumulation mit einem neuen Erwerbseinkommen ist möglich, eine Kumulation mit neuen Renten jedoch nicht ohne dass Kürzungen vorgenommen werden. Die Renten werden, mit Ausnahmen von bestimmten Personengruppen, besteuert.

Das **Invaliditätsrisiko** wird durch eine sog. *Volksrente* finanziert und ist über das Umlageverfahren geregelt. Die Finanzierung erfolgt durch AG-Beiträge, Steuern und durch eine gesetzliche Einkommensrente. Der Staat leistet im 2. Modell Zuschüsse für Selbstständige und bestimmte Berufsgruppen, wie z.B. Landwirte. Unter gewissen Umständen finanziert der Staat diese Renten bis zu einem gewissen Zeitraum. Von der Volksrente werden alle Einwohner, die zwischen 16 - 65 Jahren sind, abgedeckt, von der EK-Rente nur die (zwischen 18 und 68 jährigen) AN und Selbständigen. Geringe EK-Bezieher sind von der Versicherungspflicht entbunden. Bei der gesetzlichen EK-Rente wird zwischen einer **Invaliditätsrente** (für Personen, die nur mehr ab 2/5 arbeitsfähig sind) und einer **Teilinvaliditätsrente** (für Personen, die höchstens 3/5 arbeitsunfähig sind) unterschieden.

Die Höhe der **Volksrente** ist abhängig von der Wohnsituation und vom Familienstand des Betroffenen. Der volle Rentensatz liegt zwischen € 495,3 und € 558,46. Bei der **Invaliditätsrente** der **Gesetzlichen EK-Rente** ist der Satz abhängig vom Alter und vom EK des Betroffenen. Bei der Teilinvaliditätsrente werden 50% der vollen Invaliditätsrente gewährt.

1.5.6 Pros und Contras des finnischen Systems

Die finnische Regierung war in der Vergangenheit immer sehr darum bemüht den Gesundheitszustand der Bevölkerung durch Reformmaßnahmen zu verbessern und einkommensbezogene Zugangs- und Leistungsunterschiede im Gesundheitsbereich zu verringern, was nicht immer gut gelungen ist.⁷¹

In einer vergleichenden Studie⁷², in welcher die Länder Finnland, Deutschland, Frankreich, die Niederlande, das Vereinigte Königreich und die Schweiz hinsichtlich ihres Finanzbedarfes, der Finanzkraft und des daraus resultierenden Defizites (Überschusses), im Zeitraum von 1992 - 2002, miteinander verglichen wurden, schneidet Finnland am besten ab. Finnland hat, in dem erwähnten Zeitraum, den geringsten Finanzbedarf (7,3%) und die

⁷¹ Vgl. Häkkinen, 2005, S. 104-112.

⁷² Vgl. Schneider, 2006, S. 3 und S. 54 ff.

größte Finanzkraft je Pro-Kopf-Einkommen (3%) und als einziger dieser Länder einen kontinuierlichen Überschuss von 1,4% des BIPs.

Zu den Problembereichen im finnischen System zählen unter anderem der Krankenhaussektor und der pharmazeutische Sektor. Viele Kommunen haben vor allem große Probleme mit den steigenden Ausgaben für Krankenhauseinrichtungen, da sie ungefähr 60% der kommunalen Gesundheitsausgaben ausmachen. Ein weiteres Problem stellen die steigenden Ausgaben für Medikamente dar. Um dieses Problem zu lösen wurde von der OECD ein Preismodell vorgeschlagen, bei dem es für jede Art von Medikamente einen Basispreis gibt und die Patienten nur die entstehenden Mehrkosten, bei Wahl eines teureren Medikamentes, selbst entrichten müssen.⁷³ Ein verwandtes, aber im Wesen nach unterschiedliches Modell, wurde in Österreich diskutiert. (Vgl. Kap. 1.1.6).

1.6 Frankreich

1.6.1 Struktur des französischen Gesundheitssystems

Das Gesundheitswesen in Frankreich ist vor allem durch eine **dezentrale** Gliederung mit **hierarchischen** Strukturen gekennzeichnet, welches hauptsächlich durch Arbeitgeber und Arbeitnehmerbeiträge finanziert wird. Das Sozialversicherungssystem (Contribution Sociale Generalise'e, CSG, seit 1991) umfasst eine Reihe von Krankenversicherungen. Zu den drei größten zählen die Nationale Krankenkasse (Caisse Nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS), eine landwirtschaftliche Versicherung (Mutualité sociale agricole, MSA) und eine Versicherung für Selbstständige (Régime Social des Indépendants, RSI), die im Jahre 2006 entstanden ist und für die im Jahre 2008 zusätzliche Kompetenzerweiterungen angedacht sind.⁷⁴

Die Regionale Krankenkassenvereinigung (Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, URCAM) ist für die Überwachung der ambulanten Ausgaben zuständig und bildet eine Schnittstelle zu den Primärfonds der jeweiligen Krankenkassen. Ambulante Leistungen werden – im Gegensatz zu Krankenhausleistungen - überwiegend privat erbracht.⁷⁵

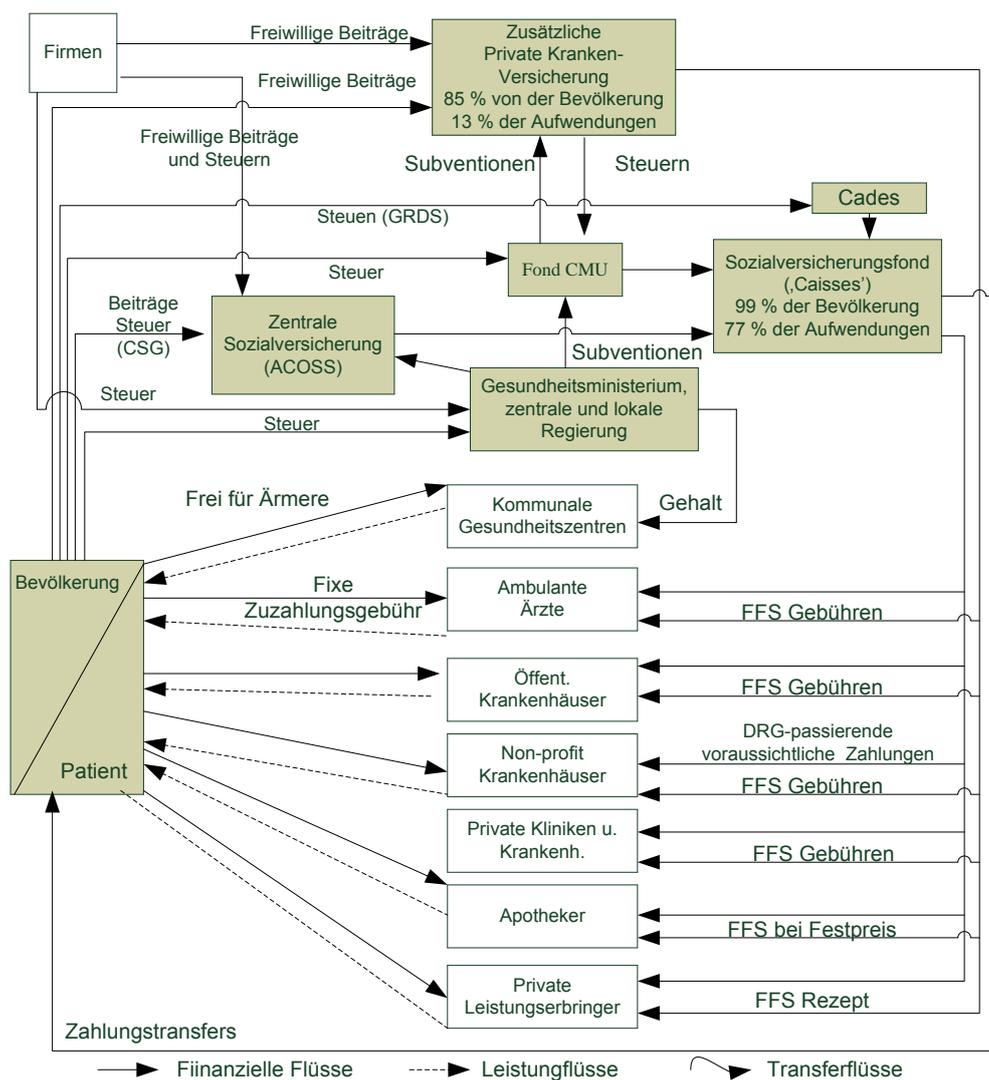
⁷³ Vgl. OECD, Economic Reviews of Health Systems: Finland, 2005, S. 80-84.

⁷⁴ Vgl. RSI, Régime Social des Indépendants, <http://www.le-rsi.fr> (Juli 2008).

⁷⁵ Vgl. Martine M. Bellanger, 2005, S 119.

Die Zentrale Agentur der Träger der Sozialversicherungen (L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale, caisse nationale des Urssaf, ACOSS) ist eine öffentliche Einrichtung mit Verwaltungscharakter (vgl. Abbildung 11).⁷⁶

Abbildung 11 Finanzflüsse im französischen Gesundheitssystem, 2007
(exklusive Langzeitversorgung und Prävention)



Quelle: OECD Health Data, Juni 2008

Anmerkung: Eigene Übersetzung ins Deutsche und leicht verändert.

⁷⁶ Vgl. ACOSS, L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale, caisse nationale des Urssaf", <http://www.acoss.urssaf.fr> (Juli 200).

Um einen höheren Deckungsgrad zu erreichen, führte die französische Regierung im Jahre 2005 einen Fond (Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, CMU) ⁷⁷ ein. Die ursprüngliche Idee (nämlich einen höheren Deckungsgrad zu erreichen), wurde dann im Laufe der Zeit zur Idee umgewandelt, eine Versicherung für die unterste Einkommensschicht bereitzustellen. Voraussetzung ist eine jährliche Verdienstgrenze, die nicht überschritten werden darf. Im Jahre 2003 machten ca. zwei Prozent der Bevölkerung von der CMU Gebrauch. Die CMU wird vor allem über Steuereinnahmen finanziert. ⁷⁸

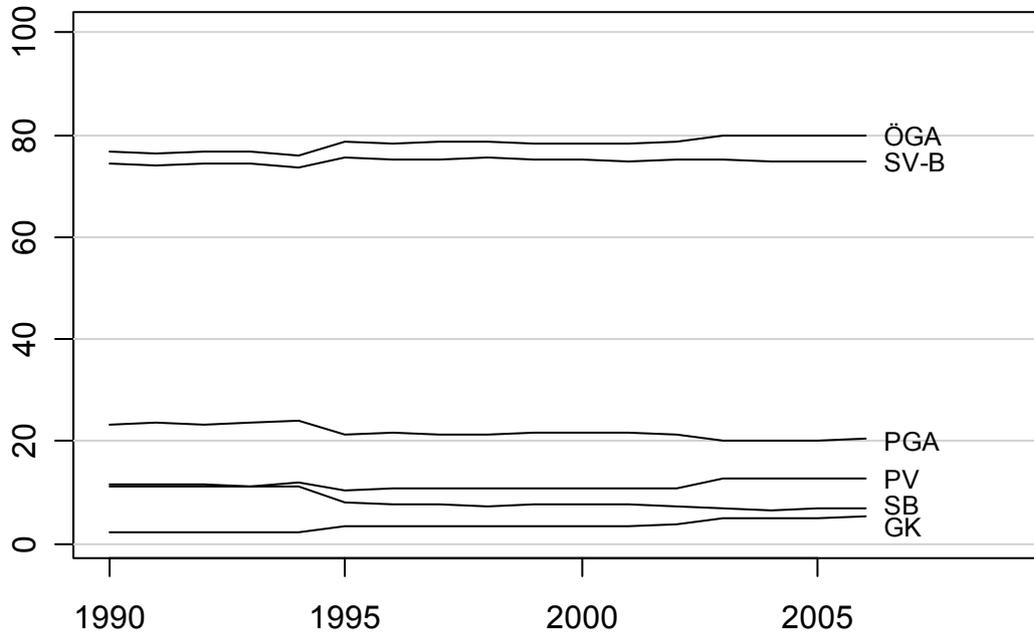
1.6.2 Finanzierungsquellen im französischen Gesundheitssystem

Im französischen Gesundheitswesen machen die öffentlichen Beiträge, und von denen die Sozialversicherungsbeiträge, mit 79,9% und 74,6% (im Jahr 2006) den höchsten Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben aus (vgl. Abbildung 12). Die Sozialversicherungsbeiträge betragen 93% der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung. Daher kann man das französische Gesundheitssystem als beitragsfinanziertes System einstufen. Es gehört zu den Ländern mit dem stärksten Anteil an Beitragsfinanzierungen. In Deutschland werden vergleichsweise 87,77% (2006) der öffentlichen Ausgaben durch Beiträge finanziert.

⁷⁷ CMU, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie <http://www.cmu.fr> (Juli 2008).

⁷⁸ Vgl. Martine M. Bellanger, 2005, S 123.

Abbildung 12 Finanzierungsquellen des französischen Systems (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

Anmerkung: GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, ÖGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherung, PGA: private Gesundheitsausgaben, PV: Privatversicherungen, SB: Selbstbezahlungen, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge.

Die Finanzierungsquellen der privaten Gesundheitsausgaben, als auch die der Selbstbezahlungen durch private Haushalte sind mit 20,3% bzw. 6,7% im EU-15 Vergleich eher schwach ausgeprägt. Die Selbstbezahlungen der privaten Haushalte gemessen am privaten Finanzierungsanteil betragen ca. 33% (vgl. überwiegend steuerbasierte System Italien: 88%).⁷⁹

Der Privatversicherungsanteil ist mit 12,8% (im EU-Vergleich) relativ hoch. Die Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherungsbeiträge machen rund 5% der GGA aus(2006).

Im Jahre 2007 betragen die Selbstbeteiligungen für ambulante Leistungen ca. 30% und die der stationären Krankenhausbehandlung ca. 20%.⁸⁰

⁷⁹ Eigene Berechnungen nach OECD Health Data (Juni, 2008).

⁸⁰ Vgl. MISSOC -Datenbank: Frankreich (1.10.2007), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

1.6.3 Finanzierung der Krankheit und Mutterschaft⁸¹

Die Finanzierung für **Sach- und Geldleistungen** erfolgt durch AG- und AN-Beiträge und durch Steuern. Grundsätzlich gibt es für Sachleistungen keine Beitragsbemessungsgrenze, jedoch wird für Niedrigverdiener ein geringerer Beitrag eingefordert. Die Einhebung erfolgt nicht durch einen Globalbeitrag.

Weitere Beiträge für Krankheit und Mutterschaft sind unter anderem die schon erwähnte Sozialsteuer (CSG), der Einkunftssteuer (5,29% vom Erwerbseinkommensbetrag) Vermögenssteuer, Kapitalertragssteuer (7,25%), Tabaksteuer, Alkoholsteuer, eine Werbesteuer für Pharmaunternehmen und eine Kraftfahrzeugsteuer.

1.6.4 Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte⁸²

Die zugelassenen **Ärzte** erhalten vom Patienten einen Gebührenvorschuss, welcher den Betrag oder Teile der Beträge rückerstattet bekommt. Mediziner sind berechtigt, die Patienten an einen Facharzt weiterzuleiten, ansonsten muss der Patient, mit Ausnahmen, eine höhere Zuzahlung leisten. Die Versicherten sind bei den Kosten mit 20% (2008) bei stationärer Behandlung und mit 30% bei ambulanter Behandlung beteiligt. Für die ärztliche Leistung ist pro Tag eine Gebühr von einem Euro zu entrichten, bis zu einer jährlichen Bemessungsgrenze von € 50. Bei bestimmten Leistungen muss der Patient jedoch einen erhöhten Beitrag entrichten. Bezieher von Invaliditäts- oder Unfallrenten, Patienten mit bestimmten Krankheiten oder Personen mit schwachen EK sind von den Gebühren befreit.

Der Patient hat grundsätzlich zwischen allen öffentlichen und privaten registrierten **Krankenhäusern** Wahlfreiheit. Er hat eine Pauschale von € 16 in öffentlichen Krankenhäusern, bzw. eine Pauschale von € 12 in psychiatrischen Kliniken zu entrichten. Für diverse Aufwendungen fällt jedoch eine erhöhte Zuzahlung an.

Bei der **zahnärztlichen** Konsultation ist eine Selbstbeteiligung von 30% vorgeschrieben. Die Abrechnung der Ärzte mit den jeweiligen Krankenkassen erfolgt über eine tarifliche Vereinbarung.

⁸¹ Vgl. MISSOC -Datenbank: Frankreich (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

⁸² Ebenda.

1.6.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ⁸³

Das Risiko für **Pflege** wird durch einen Arbeitgebersolidaritätsbeitrag von 0,3% (2008) abgedeckt und wird nicht über ein eigenes Sicherungssystem verwaltet. Die Finanzierung der **Invalidität** erfolgt über die, schon angeführten, AG- und AN-Beitragsleistungen und Steuern. Die Finanzierung der **Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten** wird über AG-Beiträge finanziert. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Anzahl der Angestellten, nach dem Risiko durch die Arbeit zu erkranken bzw. Unfälle zu erleiden und nach dem Einkommen. Die Finanzierung bei Invalidität bzw. bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten erfolgt nach dem Umlageverfahren.

1.6.6 Ausblick

Seit dem Jahre 2005 ist die französische Regierung vor allem darum bemüht, den Bereich Pflege zu reformieren. Ziel ist es vor allem, einen gleichen und gerechten Zugang zur Pflege zu schaffen und vor allem auch die Qualität der Pflege zu verbessern.⁸⁴

Ein besonderes Merkmal des französischen Systems ist der große Anteil der praktizierenden Ärzte, was u.a. der Grund sein dürfte, warum es in Frankreich im Gesundheitswesen so gut wie kein Problem mit den Wartezeiten gibt.⁸⁵

Auch Frankreich hat, als Folge der erhöhten Gesundheitsausgaben - wie viele EU-Länder - mit hohen Krankenkassendefiziten zu kämpfen. Um dem entgegenzusteuern und um der erhöhten Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken, hatte die Regierung zunehmend die Sozialsteuer auf „Kosten“ der Arbeitgeberbeiträge ausgeweitet. Diese Steuer wurde unter anderem auch von der Arbeitslosenunterstützung bzw. von der Pensionsrente eingehoben.⁸⁶

⁸³ Ebenda.

⁸⁴ Ministère de la Santé et des Solidarités, www.sante.gouv.fr, Juli 2008.

⁸⁵ Vgl. Martine M. Bellanger, 2005, S 129 f.

⁸⁶ Vgl. Martine M. Bellanger, 2005, S 122 f.

1.7 Griechenland

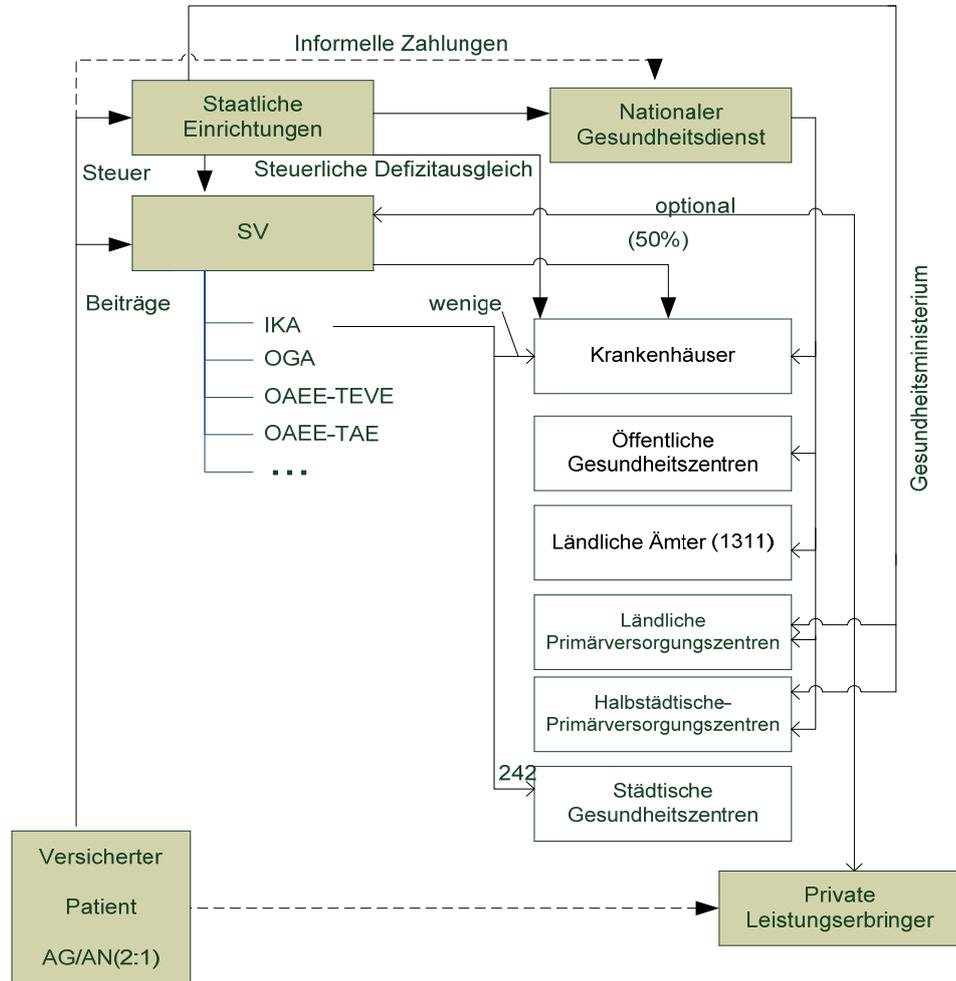
1.7.1 Struktur des griechischen Gesundheitssystems⁸⁷

Das griechische Gesundheitssystem ist durch eine starke **Zentralisierung** gekennzeichnet und die öffentliche und private Finanzierung und Leistungen sind nur sehr schwer abzugrenzen, weil sie sich teilweise stark überschneiden.

Das **Ministerium für Soziales und Gesundheit** ist vorwiegend für die Krankenkassen verantwortlich. Die nachträgliche Subventionierung der Krankenversicherungen wird durch das **Finanzministerium** sichergestellt. Der öffentliche Bereich, sowie die Gebühren der vertraglichen Leistungserbringer werden vorwiegend über Steuern finanziert. Die Bereitstellung der Leistungen erfolgt über Krankenhauseinrichtungen und Primärversorgungszentren (vgl. Abbildung 13).

⁸⁷ Vgl. Elias Mossialo 2005, S. 151-S168.

Abbildung 13 Struktur des griechischen Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung nach (Mossialos, Allin, & Davaki, 2005, S. 151 - 156)

Anmerkungen: Finanzflüsse zu den Leistungserbringern wurden ausgespart. Finanzflüsse: →, kontrolliert/bietet an: →, Zuzahlungen: - - - (2:1): Verhältnis der Arbeitgeber (AG) und Arbeitnehmer (AN)-Beiträge.

Krankenversicherungen sollten eigentlich die Finanzierung der Krankenhäuser und sonstigen Gesundheitsleistungen im regionalen Bereich übernehmen, sie kommen dem aber in der Realität nur zu 50% nach. Die andere Hälfte wird über Steuereinnahmen finanziert. Im Wesentlichen kann man zwischen den **Krankenkassen**, verschiedenen **öffentlichen Krankenversicherungen** und der **privaten Krankenversicherung** unterscheiden. Jeder Bürger hat unabhängig vom sozialen und nationalen Status das Recht, die Dienste der öffentlichen Krankenhäuser und der primären Gesundheitszentren in Anspruch zu nehmen. Die Sozialversicherungsanstalt **IKA** gehört zu den größten Versicherungsanstalten. Bei IKA ist vor allem die arbeitende Bevölkerung versichert. Ungefähr 50%⁸⁸ (5 ½ Mill. Bürger) der

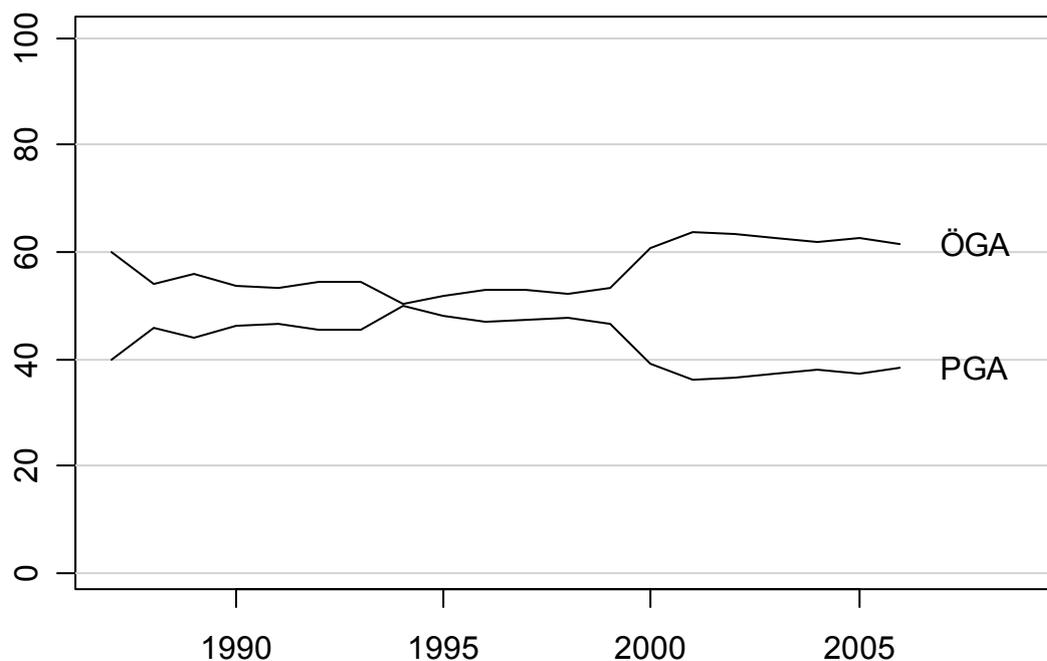
⁸⁸ Vgl. Yfantopoulos (2007), S. 89.

Bevölkerung werden von IKA gedeckt (2006). Die Versicherungsanstalt der Landwirte (OGA) ist für Arbeitnehmer im landwirtschaftlichen Bereich zuständig. OGA deckte im Jahre 2006 ca. 18,6% der Bevölkerung ab. OAEE-TEVE und OAEETAE sind Fonds für Kaufleute, Produzenten und Kleinunternehmer. Es gibt noch zahlreiche weitere Fonds für Banken, Unternehmer, Architekten, Arbeiter im Telekommunikationsbereich usw. Sie machen ca. 16,2% aus (2006). Der Rest ist unter spezifischen Krankenversicherungen versichert.⁸⁹ Die Leistungen der verschiedenen Krankenkassen unterscheiden sich teilweise erheblich.

1.7.2 Finanzierungquellen im griechischen Gesundheitssystem

Griechenland liegt mit seiner privaten Finanzierung im EU-Vergleich an der Spitze. (Vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14 Finanzierungsquellen im griechischen Gesundheitssystem (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

Anmerkung: GGA: Gesundheitsgesamtausgaben, PGA: private Finanzierungsquellen, ÖGA: öffentliche Finanzierungsquellen. Die obige Darstellung wurde aus den OECD Health Data (Juni, 2008) entnommen welche sehr abweichend von den OECD Health Data (Oktober, 2007) sind. In der letztgenannten Datenversion übersteigen die privaten Finanzierungsausgaben die öffentlichen Ausgaben ab dem Jahre 2000.

Es gibt mehrere Gründe für den hohen privaten Finanzierungsanteil in Griechenland, der im EU-Vergleich, wie schon erwähnt, einmalig ist. Die Grundversorgung ist in Griechenland so strukturiert, dass Patienten fast schon gezwungen sind, sowohl private als auch öffentliche Dienstleistungen wahrzunehmen. Ärzte sind überdies noch in der Lage, die zu behandelnden Patienten von der Sozialversicherung in ihre privaten Praxen überzuführen.⁹⁰ MOSSIALO⁹¹

⁸⁹ Ebenda.

⁹⁰ Vgl. Elias Mossialo, 2005, S. 154.

führt als Gründe der geringen Registrierungen privater Praxen und Leistungen mehrere Möglichkeiten an. Einerseits könnte das auf ideologische Gründe zurückgeführt werden, da Ärzte einfach nicht gewillt sind, eine Registrierung vorzunehmen. Ein weiterer Grund könnten die dadurch entstehenden steuerlichen Erleichterungen aufgrund nicht zu versteuernder Gehälter sein. Einige Chirurgen praktizieren wiederum überhaupt nicht privat, da der dadurch entstehende Mehrwert für sie zu gering erscheint.

1.7.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft⁹²

Das Sozialversicherungssystem deckt die Bereiche für Krankheit und Mutterschaft, Invalidität, Alter und Hinterbliebene und Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ab.

Sachleistungen werden durch AG-, AN- und (seit 1993) von jährlichen staatlichen Zuschüssen (1% des BIP seit 2003) finanziert. Der Satz beträgt 6,45%, davon trägt er AN 2,15% und der AG 4,30%. Für nach 1993 Versicherte beträgt die monatliche Bemessungsgrenze €5.279,6, bzw. €2.384,5.

Geldleistungen werden aus AN- und AG-Beiträgen, von 0,4% bzw. 0,6% finanziert. Die Beitragsbemessungsgrenze wurde bereits im Abschnitt der Sachleistungen angeführt. Es wird auch zwischen vor und nach 1993 Versicherten unterschieden. Für den Bereich **Mutterschaft** ist ein Entbindungskostenzuschuss und Mutterschaftsgeld für 119 Tage vorgesehen. Es gibt keine Lohnfortzahlungen durch die AG. Die Leistungen bei Mutterschaft unterliegen einer Besteuerung.

1.7.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte⁹³

Die Wahl des **Allgemeinmediziners** ist inzwischen in den Städten und Ländern anders geregelt. Städtische Patienten können den Arzt anhand einer Liste auswählen, ländliche Patienten müssen den örtlich zuständigen Arzt der jeweiligen Krankenkasse aufsuchen. Bei privaten Leistungsanbietern ist von Seiten der Patienten ein Honorierungsvorschuss zu leisten, der je nach Tarifvereinbarungen zurückerstattet wird.

Für **Krankenhäuser und Ärztedienste** sind vom Patienten keine Zuzahlungen zu leisten. Die Art der Ärztehonorierung ist sehr stark davon abhängig, mit welchem Krankenkassensystem der Arzt einen Vertrag hat. Seit 1983 ist es Krankenhausärzten verboten private Praxen zu unterhalten. Dieses Gesetz wurde unter anderem im Jahre 2002 teilweise abgeschafft, um dem Ärzten, die illegal eine private Praxis unterhielten, einen Anreiz zur Anmeldung zu geben. Aber nur wenige Ärzte machten von diesem Angebot Gebrauch (vgl. dazu Kapitel 1.7.2).

⁹¹ Ebenda.

⁹² Vgl. MISSOC-Datenbank: Griechenland (1.8.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

⁹³ Ebenda.

1.7.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle⁹⁴

Der Bereich **Pflege** ist nicht in einem eigenständigen Sicherungssystem geregelt.

Invalidität ist durch ein beitragsfinanziertes SV-System geregelt und wird seit 1993 durch AN-, AG-Beiträge bzw. durch jährliche Staatszuschüsse finanziert. Die Invalidität wird durch das Umlageverfahren geregelt. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht und das Risiko ist für *schwere Invaliden* (wenn die Person mind. ein Jahr nicht mehr als 1/5 des EK im eigenen Arbeitsbereich erzielen kann), für Invaliden die nicht mehr als 1/3 des EK erreichen können und Invaliden die nicht mehr als die Hälfte des EK erreichen können, gedeckt. Zweitere bekommen 75% der Rente, Letztere 50%. Die Art der Rente ist davon abhängig, ob sich die betroffene Person vor Jänner 1993 oder nach Jänner 1993 versichert hat. Die Rentenhöhe ist abhängig vom Erwerbsunfähigkeitsgrad, vom Arbeitsentgelt und von der Versicherungsdauer. *Vor 1993 Versicherte* bekommen vom fiktiven Lohn, abhängig vom Erwerbsunfähigkeitsgrad zwischen 25 (bei 67 prozentiger Erwerbsunfähigkeit) und 100% (bei voller Erwerbsunfähigkeit) der Rente. Bei voller Erwerbsunfähigkeit wird die Pflege um 50% erhöht, monatlicher Höchstbetrag €611,7. Die Mindest- bzw. Höchstrente beträgt monatlich € 477,05 bzw. € 2.327. Die *ab 1993 Versicherten* bekommen die Rente auch nach Invaliditätsgrad gestaffelt (schwere Invalidität = 100% der Rente, Teilinvalide = 50% und Normalinvalide = 75%). Die Rentenhöhe wird jedoch in Abhängigkeit von den Versicherungsjahren gerechnet. Die Mindest- und die Höchstrente betragen monatlich € 471,86 bzw. €2.719.

Bei den Renten ist eine Kumulation mit Einkünften aus dem Erwerbsbereich möglich, falls diese gemeldet werden und nicht eine bestimmte Grenze überschreiten. Renten werden im Allgemeinen besteuert.

Für das Risiko bei **Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten** ist kein eigenes Sicherungssystem vorgesehen. Die Risikoabdeckung dieser Bereiche wird durch die Invaliditätsversicherung (vgl. Unterkapitel Invalidität), Krankenversicherung und Hinterbliebenenversicherung sichergestellt.

1.7.6 Pros und Contras des griechischen Gesundheitssystem

Die Hauptprobleme im griechischen Gesundheitssystem sind in der Verflechtungen von öffentlichen und privaten Anbietern (bzw. Finanzierungsarten), der politischen Verflechtungen mit Interessensvertretungen, die ungleiche Verteilung von Leistungen und ungleicher Zugang zu den verschiedenen Gesundheitsdiensten und der schlechten Anreiz-Systeme für die Leistungserbringer zu suchen.⁹⁵ Desweiteren gibt es auch unterschiedliche pharmazeutische Preisfestsetzungen zwischen den verschiedenen Versicherungsträgern.

⁹⁴ Ebenda.

⁹⁵ Vlg. Elias Mossialo, 2005, S. 151.

OAEETAE Versicherte müssen z.B. im Vergleich zu Versicherten im Telekommunikationsbereich vier Mal weniger für pharmazeutische Produkte bezahlen.⁹⁶

Im Bereich der Krankenhausaussgaben und im Bereich der Verwaltung wurden zahlreiche Versuche unternommen die Ausgaben zu reduzieren. Viele Krankenkassen sollten zu einer einheitlichen Krankenkasse zusammengeführt werden und Verteilungsungerechtigkeiten im Leistungssektor sollten abgeschafft werden. Beides ist aber nicht wirklich geglückt.⁹⁷ Viele Probleme im griechischen System sind teilweise hausgemacht und könnten durch strikere Bewertungsmechanismen und Überwachungsmechanismen und bessere Anreiz-Systeme verhindert werden. Wenn auch viele EU-Gesundheitssysteme einen zu teuren und komplizierten Verwaltungsapparat haben und über zu viele Überwachungsinstanzen verfügen, so scheint es in Griechenland genau umgekehrt der Fall zu sein.

1.8 Irland

1.8.1 Struktur des irischen Gesundheitssystems⁹⁸

Die Iren haben ein überwiegend **staatlich finanziertes** Gesundheitssystem, welches durch die Gesundheitsbehörde (Health Service Executive, HSE) verwaltet wird. Das Staatsgebiet wird in vier administrative Einheiten (HSE West, HSE South, HSE Dublin North East und HSE Dublin Mid Leinster) unterteilt, in denen insgesamt 32 Gesundheitsämter bereitstehen. Die HSEs wurden erst im Jahre 2005 gegründet und sind für das Management der Gesundheitsleistungen verantwortlich. Die Gründung dieser Gesundheitsbehörde hatte vor allem zum Ziel, die Gesundheitsleistungen und Kontrollen über eine einzige Entität zu koordinieren und damit die Gesundheitsleistungen auf ein einheitliches Niveau zu bringen.⁹⁹ Die Leistungen vom Gesundheitsdienst werden in die **Bürgergesundheit**, welche für die Förderung und den Gesundheitsschutz der ganzen Bevölkerung zuständig ist, in die **primäre, kommunale und laufende Versorgung** (Primary, Community and Continuing Care, PCCC), die den Bereich der Gesundheitsleistungen und Dienstleistungen rund um das Personal im kommunalen Bereich abdecken und die **Nationalen Krankenhausstellen** (National Hospital Office, NHO), die überall im Land akute Krankenhaus- und ambulante

⁹⁶Vgl. Yfantopoulos, J., 2007, S. 89.

⁹⁷ Vgl. Elias Mossialo, 2005, S. 151 f.

⁹⁸ Vgl. HSE, Health Service Executive, <http://www.hse.ie> (Juni 2008).

⁹⁹ Vgl. Wiley, 2005, S. 170.

Dienstleistungen anbieten, welche durch die 32 Gesundheitsämter (Local Health Offices, LHOs) bereitgestellt werden, unterteilt.¹⁰⁰

Die Dienstleistungen der drei genannten Bereiche werden von den vier, anfangs erwähnten, administrativen Einheiten verwaltet. Die Nationale Kommunikationseinrichtung (National Communication Unit, NCU) ist für die Verwaltung und Entwicklung der HSE im internen Bereich zuständig. Ihr Ziel ist es, öffentliche Kommunikationsanreize zu setzen und beratend zur Seite zu stehen. Sie umfasst das Nationale Presseamt öffentliche-, interne- und Unternehmenskommunikation und einen Gebietskommunikationsmanager in jeder HSE-Region. Die Beratungsgruppen für Experten (Expert Advisory Groups, EAG's) sind innerhalb der HSE-Struktur angesiedelt und stehen der HSE bei organisatorischen Fragen zur Seite.¹⁰¹

Im Jahre 2007 wurde die Gesundheitsinformation und Qualitätsbehörde (Health Information and Quality Authority, HIQA) gegründet, die Qualitätsstandards setzt und Leistungskontrollen im öffentlichen Sektor durchführt. Unter anderem unterliegt der Behörde auch die Aufgabe, die Kosteneffizienz der Gesundheitstechnologien und der Kliniken zu evaluieren.¹⁰²

Zugangsberechtigung zum Gesundheitswesen haben grundsätzlich alle Personen, die mindestens seit einem Jahr in Irland wohnhaft sind. Das System unterscheidet zwei Zugangsbeschränkungen. Zur ersten Kategorie (ungefähr 30% der Bürger) zählen jene, die im Besitz einer Krankenkarte sind. Inhaber dieser Karte können gebührenfrei aus einem breiten Dienstleistungs- und Medikamentenangebot wählen. Bürger ohne Krankenkarte können auch zwischen vielen Dienstleistungen wählen. Die Dienstleistungen sind jedoch meist mit Gebühren verbunden (vgl. Abbildung 15). Erstere (Kategorie: 1) müssen einen Arzt konsultieren, der in vertraglicher Beziehung mit der Gesundheitsbehörde steht. Gesundheitskarten werden nur an Bürger mit geringem Einkommen vergeben. Vor Juli 2001 hatten über 70 jährige Personen nur Ansprüche auf die Gesundheitskarte, falls diese in eine niedrige Einkommensstufe fielen. Ab 2001 haben alle über 70 jährigen, unabhängig vom Einkommen, einen Anspruch auf die Gesundheitskarte und auf die daraus resultierenden Leistungen.¹⁰³

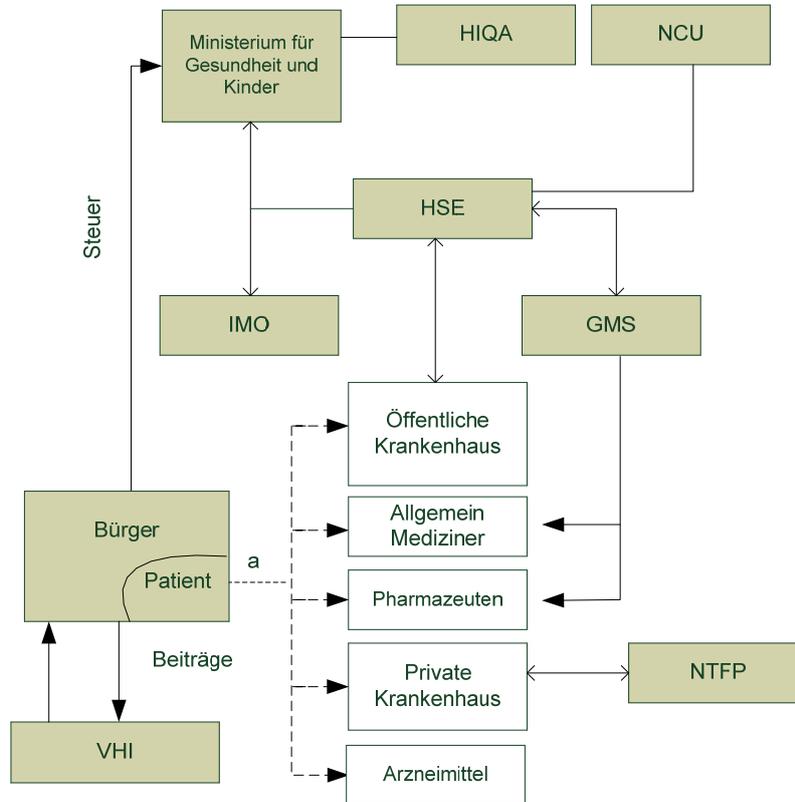
¹⁰⁰ Vgl. HSE, Health Service Executive, <http://www.hse.ie> (Juni 2008).

¹⁰¹ Vgl. Ebenda.

¹⁰² Vgl. Abteilung für Gesundheit und Kinder, <http://www.dohc.ie/publications>, „Statement of Strategy 2008 - 2010“; S. 8.

¹⁰³ Vgl. Wiley, 2005, S. 170 und HSE, Health Service Executive, <http://www.hse.ie> (Juni 2008).

Abbildung 15 Struktur des irischen Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung nach (MISSOC-Datenbank: Irland, 2008) und HSE¹⁰⁴

Anmerkung: Die Darstellung bezieht sich überblicksmäßig auf die Struktur des Irischen Gesundheitssystems. Die Finanzierungsströme werden nur überblicksmäßig angezeigt. IMO: Irish medical Organisation (Irischer Ärzteverband), VHI freiwillige Versicherung, HIQA: Qualitätsbehörde, a: Zuzahlungen nur für Patienten der 2.Kategorie, kontrolliert: →, Verhandlungen: ↔, Zuzahlungen: - ->, Finanzflüsse: ➔.

Die öffentlichen Gesundheitsdienste werden hauptsächlich von öffentlichen Krankenhäusern, welche mit dem HSE in Vertragsbeziehung stehen, erbracht. Private Krankenhäuser erbringen nur dann öffentliche Dienste, wenn sie mit dem Nationalen Behandlungsfond (National Treatment fund, NTPF) in vertraglicher Beziehung stehen.¹⁰⁵ Irland verfügt zusätzlich zu öffentlichen Gesundheitsdiensten über eine **freiwillige Krankenversicherung**, die von der Bevölkerung in nicht geringem Maße beansprucht wird. Die Versicherungsbehörde (Health

¹⁰⁴ HSE, Health Service Executive, <http://www.hse.ie> (Juni 2008) und MISSOC-Datenbank: Irland (1.8.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

¹⁰⁵ Vgl. MISSOC-Datenbank: Irland (1.7.2007), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

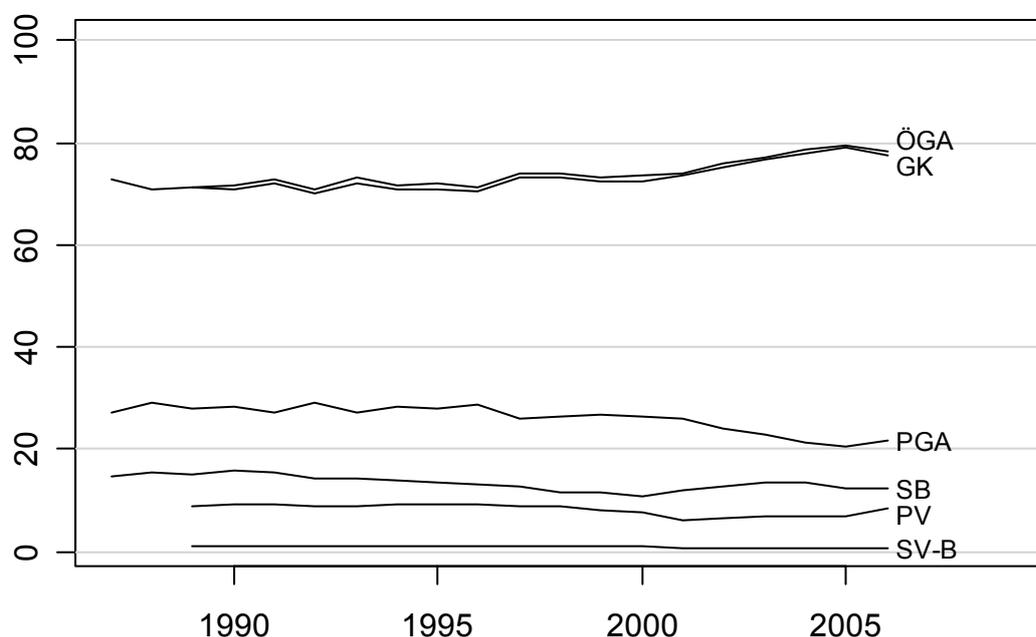
Insurance Authority), die 2001 gegründet wurde, ist für die Überwachung und Entwicklung rund um den privaten Versicherungsbereich verantwortlich.¹⁰⁶

Die Bezahlungen der Dienstleistungen für Krankenkartenbesitzer geschieht über das Allgemeine Dienstleistungsservice (General Medical Service, GMS).¹⁰⁷ Die Leistungsverträge werden zwischen dem Ministerium für Gesundheit und Kinder und der irischen Ärztekammer (Irish Medical Organisation, IMO) verhandelt.¹⁰⁸

1.8.2 Finanzierungsquellen im irischen Gesundheitssystem

Der öffentliche Anteil stellt mit 78,3% (2006) die größte Finanzierungsquelle im irischen Gesundheitssystem dar. Der Anteil der Gebietskörperschaften am öffentlichen Finanzierungsanteil beträgt über 99%. Gemessen an den GGA beträgt er ca. 78%. Die Sozialversicherungsbeiträge machen nur 0,7% (2006) der GGA aus (vgl. Abbildung 16). Damit ist Irland eindeutig als ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem einzustufen.

Abbildung 16 Finanzierungsquellen im irischen Gesundheitssystem (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

Anmerkung: GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, ÖGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherung, PGA: private Gesundheitsausgaben, PV: Privatversicherungen, SB: Selbstbezahlungen, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge.

¹⁰⁶ Vgl. Wiley, 2005, S 170.

¹⁰⁷ Ebenda, S. 176.

¹⁰⁸ Vgl. MISSOC-Datenbank: Irland (1.7.2007), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

Die Selbstbezahlungen durch die privaten Haushalte machen 12,4% der GGA aus. Dieser Wert liegt zwischen den Werten der beitragsfinanzierten Systeme von Frankreich (6,7%) und Deutschland (13,2%). Im Jahr 2000 betrug der Anteil der Selbstbezahlungen am privaten Finanzierungsanteil rund 41,1%, im Jahre 2006 belief sich dieser Anteil auf (ca.) 57%. Sehr interessant ist, dass sich die Selbstbezahlungen der privaten Haushalte nicht synchron, sondern oft sogar entgegengesetzt zu den privaten Gesundheitsausgaben entwickeln.

1.8.3 Krankheit und Mutterschaft¹⁰⁹

Sachleistungen werden in Irland überwiegend über Steuern finanziert. Die staatliche Beteiligung liegt bei ungefähr 90%. **Geldleistungen** werden zu großen Teilen aus AG- und AN-Beiträgen finanziert. Die **Globalbeiträge** betragen für AN 4%. Für die AG beträgt der Satz 8,5%, bei einem wöchentlichen EK bis €356, bzw. 10,75%, wenn das wöchentliche EK €365 übersteigt. Ein Teil der AG-Beitragsätze (0,7%) sind an einen Nationalen Fond zu entrichten. Von den ersten €127 des wöchentlichen AN-Verdienstes werden keine Abzüge gemacht und Personen mit geringem EK sind beitragsbefreit. Die **Selbstständigen**-Beiträge betragen 3% vom EK. Die jährliche Höchstbeitragsgrenze beträgt für AN €50.700. Für AG und Selbständige gibt es keine Höchstbeitragsgrundlage.

Die Beiträge bei **Sachleistungen für Krankheit (Mutterschaft) betragen für AG (und Selbstständige) 2%**. Es kommen 0,5% dazu falls das wöchentliche EK €1.925 (bei AG) bzw. das jährliche EK €100.100 (bei Selbstständigen) übersteigt. Es gibt keine Höchstbeitragsgrenzen, jedoch bei Geringverdiener eine Beitragsbefreiung. Der Staat deckt aber die meisten (ca. 90%) der Kosten für Sachleistungen. Die **Geldleistungen** sind im Globalbeitrag enthalten und der Staat gleicht, wie erwähnt, nur ein Defizit aus. Das **Mutterschaftsgeld** beträgt 80% des wöchentlichen Verdienstes mit einer wöchentlichen Mindest- und Höchstgrenze (von €221,8 bzw. €280) und wird für 26 Wochen ausbezahlt. Für werdende Mütter gibt es keine Lohnfortzahlungen durch die AG. Alternativ zum Mutterschaftsgeld kann das Krankengeld ausbezahlt werden. Die Geldleistungen bei Mutterschaft werden nicht besteuert und anspruchsberechtigt sind jene, die eine bestimmte Anzahl von Beiträgen innerhalb eines gewissen Zeitraumes geleistet haben.

Geldleistungen im Falle von Krankheiten werden in Form von einem Krankengeld (€197,8) und in Form von Familiensubventionen, wöchentlich €131,3 für Erzieher bzw. pro Kind €24, entrichtet. Die Dauer der Leistungen richtet sich nach dem Alter und der Anzahl der entrichteten Beiträge. Über 260 Wochenbeiträge berechtigen zu einem Leistungsbezug bis zu einem Alter von 66 Jahren. Zwischen 52 und 260 geleistete Wochenbeiträge berechtigen zu einer bis zu 52-wöchigen Leistung.

¹⁰⁹ Vgl. MISSOC-Datenbank: Irland (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

1.8.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte¹¹⁰

Allgemeinmedizinische **Vertragsärzte** erhalten idR eine Kopfpauschale die vertraglich vereinbart wurde. Spezialisten erhalten zuzüglich bestimmte Zuzahlungen. Ein großer Teil der öffentlichen Gesundheitsdienste wird von den behördlichen Krankenhäusern erbracht. Die Freiheit der Ärzewahl von Seiten der Patienten ist abhängig von ihrer Anspruchsberechtigung (es wird zwischen voller Anspruchsberechtigung und teilweiser Anspruchsberechtigung unterschieden) und vom Besitz der Berechtigungskarte. Der Allgemeinmediziner übernimmt die Überweisung an einen Spezialisten.

Bei Patienten mit **voller Anspruchsberechtigung** erfolgt keine direkte Honorierung an den Leistungserbringer. Ärzte werden durch die HSE mit einer Pro-Kopf-Gebühr honoriert. Besitzer einer medizinischen Karte (medical card) müssen keine Zuzahlungen leisten. Bei Patienten mit **begrenzter Anspruchsberechtigung** erfolgt eine direkte Honorierung durch den Patienten.

Voll Anspruchsberechtigte müssen für einen **Krankenhausaufenthalt** keine Zuzahlungen leisten. Bei **begrenzter Berechtigung** ist eine Gebühr von €66/Nacht, höchstens jedoch €660 innerhalb von 12 Monaten zu entrichten. In privaten Einrichtungen müssen alle Kosten durch den Patienten getragen werden.

Zahnärztliche Dienste sind für vollanspruchsberechtigte Kinder (bis 6 Jahre) und Schüler (bis 16 Jahre) kostenlos. Patienten mit einer Sozialversicherung bekommen, je nach Art und Umfang der Behandlung, einen Teil oder die vollen Kosten zurückerstattet. Keine Zuzahlung ist vorgesehen bei Untersuchungen, Polieren und bei Zahnsteinentfernungen.

1.8.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle¹¹¹

Beitragsfinanziert sind vor allem das Pflegegeld für die Leistungserbringer und das Dauerpflegegeld. Beide Leistungen sind im Globalbeitrag enthalten. Alles andere im Bereich der **Pflege** wird aus Steuermitteln finanziert. Die **häusliche Pflege** wird durch öffentliche Gesundheitseinrichtungen erbracht. Die Pflegeperson erhält wöchentlich, wenn diese für die Pflege ihre Beschäftigung aufgegeben hat und mind. sechs Wochen bis zu zwei Jahren Pflegeleistungen erbringt, ein Pflegegeld von €214,4. Bei der Pflege mehrerer Personen erhält die Pflegeperson €322,1. Bei Gewährung eines Dauerpflegegeldes werden €214,7/Woche gewährt. Das Dauerpflegegeld ist für Empfänger von Behindertengeld gedacht, die wirklich sehr schwer behindert sind und Pflegegeld für mindestens sechs Pflegemonate in Anspruch nehmen. Es gibt zusätzlich für die häusliche Pflege Beihilfen für Pflegepersonen mit Höchstsätzen. **Teilstationäre Pflege** wird überwiegend in Tagesstätten angeboten. Die **stationäre Pflege** ist für die meisten kostenlos. Es sind keine Geldleistungen vorgesehen. Stationäre Pflege ist für mittellose Personen kostenlos. Pflegegeld und Pflegebeihilfen werden

¹¹⁰ Ebenda.

¹¹¹ Vgl. MISSOC-Datenbank: Irland (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

besteuert. Nur das Dauerpflegegeld kann mit anderen Leistungen kumuliert werden. Bei allen anderen Pflegegeldleistungen ist keine Kumulierung möglich.

Die Finanzierung des *Invaliditätsrisikos* erfolgt über AG- und AN-Beiträge, welche im Globalbeitrag enthalten sind. Die Finanzierung ist über das Umlageverfahren geregelt. Es gibt Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Invalide ist, wer auf Dauer arbeitsunfähig ist und seit zwölf Monaten Krankengeldbezieher ist. Es gilt der Grundsatz der vollständigen Erwerbsunfähigkeit. Die Rente wird, falls notwendig, bis zum 76. Lebensjahr ausbezahlt. Die Höhe der Rente ist altersabhängig. Unter 65 jährige bekommen wöchentlich € 203,30 ausbezahlt und ab 65 jährige bekommen wöchentlich €223,3. Für die Berechnung der Renten wird kein EK-abhängiger Betrag berechnet. Der Rentenbezieher ist weiterhin berechtigt, eine Zulage für Unterhaltsberechtigten zu erhalten, dessen Höhe vom Alter der Personen abhängig ist. Eine Kumulierung mit anderen Renten ist, mit Ausnahme von Behindertengeld, nicht möglich.

Die Risikoabdeckung für **Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten** ist im Globalbeitrag enthalten und dieser Bereich wird nach dem Umlageverfahren geregelt. Der Staat gleicht eventuell entstehende Defizite aus. Es ist keine freiwillige Versicherung möglich und es gibt Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Die Berufskrankheiten (56) sind auf einer eigenen Liste angeführt. Im Falle eines Unfalles wird bei *vorübergehender Arbeitsunfähigkeit* ein wöchentliches Arbeitsunfallgeld von € 197,8, plus Zulagen für unterhaltsberechtigten Personen, zugestanden. Für den Bereich der Sachleistungen gibt es keine Sonderregelungen. Die Rentenbeträge bei *dauernder Erwerbsunfähigkeit* errechnen sich nach dem Grad der Erwerbsunfähigkeit. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von bis zu 19% wird nur eine Abfindung ausbezahlt. Bei einer Erwerbsunfähigkeit von 20 – 100% werden Renten ausbezahlt.

1.8.6 Pros und Contras des irischen Gesundheitssystems

Das irische Gesundheitssystem hat vor allem mit Wartezeiten zu kämpfen. Es gab und gibt zwar zahlreiche Maßnahmen um die erhöhten Wartezeiten zu dezimieren.¹¹²

Es gibt eine Reihe von Ungleichheiten bezüglich Zugangsbeschränkungen und Leistungsbereitstellungen für die Patienten. Privatversicherte Personen werden, wie in vielen anderen Ländern auch, bevorzugt behandelt und immer weniger Bürger sind berechtigt gratis Gesundheitsleistungen zu konsumieren.¹¹³ Irland hat vor allem im strukturellen Bereich viele Änderungen im Gesundheitssystem vorgenommen. Eines der herausragendsten Änderungen war sicherlich die Zusammenführung der verschiedenen Einrichtungen zum HSE (Health Service Executive). Inwieweit diese zentrale Verwaltungsstelle neben weniger

¹¹²Vgl. Wiley, M., S. 179 f.

¹¹³Vgl. Wiley, M., S. 181.

Verwaltungsausgaben auch das Gesundheitssystem im qualitativen Sinn positiv beeinflusst, bleibt jedoch abzuwarten.¹¹⁴

1.9 Italien

1.9.1 Struktur des italienischen Gesundheitssystems¹¹⁵

Das italienische Gesundheitssystem ist *ein Nationales Gesundheitssystem*, welches überwiegend über *Steuern und Zuzahlungen* der Patienten finanziert wird. Die Kompetenzaufteilung erfolgt zwischen den zwanzig Regionen, mit überwiegend administrativen Funktionen, und dem Staat. Einerseits gibt es starke Unterschiede in der Leistungserbringung zwischen dem Norden und dem Süden und andererseits im Grad der Autonomie. Der Norden hat zum Vergleich zum Süden mehr Autonomie erworben.¹¹⁶

Das *Gesundheitsministerium* besitzt vor allem planende, finanzierende, regulative und überwachende Aufgaben im Gesundheitswesen, die auf verschiedene Abteilungen aufgeteilt sind. Die Abteilung für Gesundheitsplanung legt fest, wie die Ressourcen auf die verschiedenen Bereiche aufgeteilt werden. Das Gesundheitsministerium wird von einer Reihe anderer Gremien beraten bzw. unterstützt. Das *Ministerium für soziale Angelegenheiten* koordiniert im Gesundheitswesen die Sozialdienstleistungen. Das Finanzministerium gibt das Gesundheitsbudget vor und gibt überdies noch technische Unterstützung für das Gesundheitssystem. Der Nationale Gesundheitsrat (CSS) hat primär eine Beratungsfunktion über. Das Nationale Gesundheitsinstitut (Istituto Superiore di Sanità, ISS¹¹⁷) berät in wissenschaftlichen und technischen Fragen. Die Abteilung des regionalen Gesundheitsdienstes (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, ASSR¹¹⁸) unterstützt das Gesundheitssystem, indem es Innovationen fördert und vergleichende Kosten und Effizienzanalysen für das Nationale Gesundheitssystem bereitstellt. Das Gesundheitsministerium koordiniert außerdem die Aufgaben des Nationalen Instituts für wissenschaftliche Forschung (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, IRCCS). Das IRCCS ist ein Netzwerk von öffentlichen und privaten Forschungskrankenhäusern, welche vorwiegend öffentlich finanziert werden.¹¹⁹

Die örtlichen Gesundheitsbehörden (Aziende Sanitarie Locali, ASL) tragen die Verantwortung für die Dienstleistungen im Nationalen Gesundheitsdienst. Sie sind vertikal

¹¹⁴ Ebenda, S. 169-186.

¹¹⁵ Vgl. Andrea Donatini, 2001, S. 1-129.

¹¹⁶ Vgl. Georg France, 2005, S. 187 f.

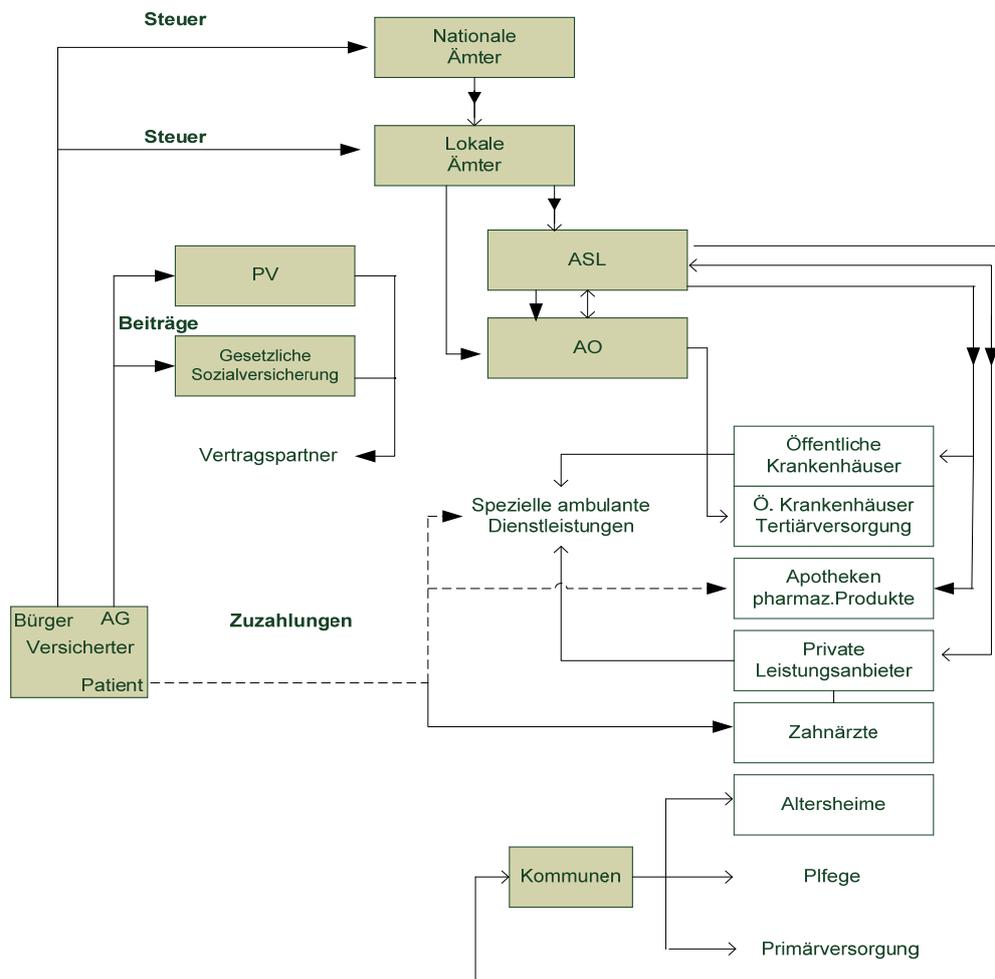
¹¹⁷ ISS, Istituto Superiore di Sanità, <http://www.iss.it/chis/?lang=2> (Juni, 2008).

¹¹⁸ ASSR, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, <http://www.assr.it> (Juni, 2008).

¹¹⁹ Vgl. Andrea Donatini, 2001, S. 21-25.

organisiert und für die Krankenhäuser und die Kommunikationsdienste verantwortlich. Die Finanzierung der ASLs erfolgt regional. Krankenhäuser, die für die tertiäre Versorgung zuständig sind, liegen im Verantwortungsbereich der **Krankenhausunternehmen** (Aziende Ospedaliere, AO). Es gibt wenige private Non-Profit Organisationen und einige private Organisationen, die in vertraglicher Beziehung mit dem Nationalen Gesundheitsdienst stehen (vgl. Abbildung 17).¹²⁰

Abbildung 17 Struktur des italienischen Gesundheitssystems (2005)



Quelle: Eigene Darstellung nach Georg France, 2005, S. 187-202.

Anmerkungen: AG: Arbeitgeber, ASL: Aziende Sanitarie Locali, AO: Aziende Ospedaliere, PV: Privatversicherungen, Finanzflüsse: →, Kontrolle/verantwortlich für: →, Zuzahlungen: --, verantwortlich für u. Finanzflüsse: →→.

Das Gesundheitswesen wird u.a. durch die Regionalsteuer (imposta regionale sulle attività produttive, **IRAP** – welche fälschlicherweise als Regionalsteuer bezeichnet wird, weil sie in Wirklichkeit aber auch einen Anteil der Nationalen Steuern beinhaltet) und durch einen

¹²⁰ Vgl. Georg France, 2005, S. 189.

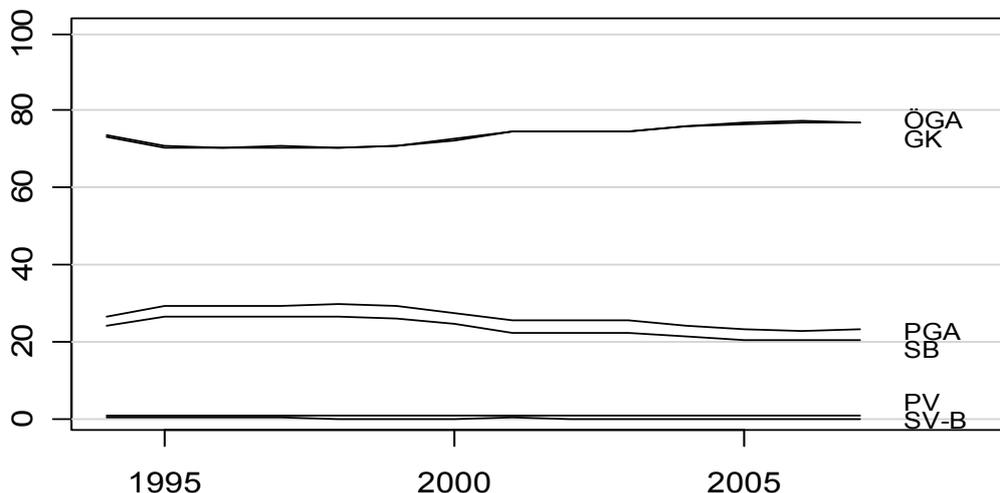
Aufschlag von 0,5% auf die Einkommenssteuer finanziert (IRPEF). Dieser Satz kann bis zu 1% erhöht werden, weswegen die Steuerlast, für den Fall, dass der nationale Steuersatz sinkt, immer konstant gehalten werden kann. Die IRAP, welche die frühere Beitragsfinanzierung ersetzt, basiert auf der Wertschöpfung von Firmen, Selbständigen und öffentlich Bediensteten. Die Hauptlast trägt der Arbeitgeber.¹²¹

1.9.2 Finanzierungsquellen im italienischen Gesundheitssystem

In Abbildung 18 sind die Finanzierungsquellen des italienischen Gesundheitssystems dargestellt. Der öffentliche Finanzierungsanteil beträgt im Jahr 2007 77% und der private Finanzierungsanteil macht ca. 23% der GGA aus. Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherung machen 99,87% der öffentlichen Gesundheitsausgaben aus und 76,9% gemessen an den GGA.

Der Anteil der Selbstbezahlungen von privaten Haushalten gemessen am privaten Finanzierungsanteil, beträgt ca. 88%. Das ist im EU-15-Vergleich sehr hoch¹²². Selbstbezahlungen machen 20,4% der GGA aus. Der Anteil der Privatversicherer beträgt 0,9% (2007).

Abbildung 18 Finanzquellen im italienischen Gesundheitswesens (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

Anmerkung: GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, ÖGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherung, PGA: private Gesundheitsausgaben, PV: Privatversicherungen, SB: Selbstbezahlungen, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge.

¹²¹ Vgl. Andrea Donatini, 2001, S. 21-25 und Georg France, 2005, S. 193.

¹²² Die Werte für Italien beziehen sich auf das Jahr 2007, die Vergleiche mit den anderen EU-15 Systemen wurden aber für das Jahr 2006 vorgenommen, da für die anderen Ländern nur Vergleichswerte bis 2006 vorliegen.

1.9.3 Finanzierung bei Krankheit und Mutterschaft¹²³

Die **Sachleistungen** bei Mutterschaft werden in Italien über Steuern finanziert. Die Finanzierung der Geldleistungen erfolgt über AG-Beiträge. Dabei wird zwischen Arbeitgeber und Angestelltenverhältnis unterschieden. Der Satz für AG Beiträge beträgt 2,68%. Darin ist der Beitrag für Mutterschaft mit 0,46% (für die Industrie) und 0,24% (für den Handel) inkludiert. Es gibt keine Bemessungsgrenze. Beim Angestelltenverhältnis hat der AG nur die Mutterschaftsbeiträge zu entrichten (Beitragssätze wie schon erwähnt).

Im Falle von **Krankheit** werden bis zum 21. Tag 50% des Lohnes ausbezahlt, danach 66,66%. Dies gilt nur, falls der Patient in dieser Zeit nicht im Krankenhaus verweilt. Ansonsten werden für Personen die keiner Unterhaltspflicht nachkommen müssen 2/5 vom Krankengeld abgezogen. Der Bezug von Geldleistungen ist für max. 180 Tage beschränkt.

1.9.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte¹²⁴

Ärzte des Gesundheitsdienstes bekommen in der Regel ein Monatsgehalt, Allgemeinmediziner und Kinderärzte eine Kopfpauschale. Fachärzte werden meist mit einer pauschalen Leistungsvergütung entlohnt. Der Patient hat freie Wahl zwischen Vertragsärzten. Für den Facharzt benötigt man jedoch eine Überweisung durch den Allgemeinmediziner. Der Patient beteiligt sich mit max. € 36 pro Verordnung. Bestimmte Medikamente sind für bestimmte Personengruppen kostenlos. Darunter fallen u. a. Invalide mit einem bestimmten Invaliditätsgrad, bestimmte behinderte Personen, Kriegsverletzte, Kinder bis 6 Jahren, Mindestrentenbezieher, usw.

Es gibt keine Zuzahlungen bei Inanspruchnahme von nationalen **Krankenhausleistungen** bzw. bei Inanspruchnahme von Leistungen, die durch Vertragsärzte bereitgestellt werden.

Die Kosten für **zahnärztliche Leistungen** werden vom Patienten übernommen.

1.9.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten¹²⁵

Für den Bereich **Pflege** gibt es in Italien kein eigenständiges Sicherungssystem.

Das **Invaliditätsrisiko** wird durch AG- und AN-Beiträgen finanziert - für Selbstständige gibt es eine Sonderregelung. Es ist nach dem Umlageverfahren geregelt. Je nach Grad der Einschränkung bekommt man eine **Invaliditätsbeihilfe** (bei 66% Einschränkung), oder eine

¹²³ Vgl. MISSOC-Datenbank: Italien (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

¹²⁴ Ebenda.

¹²⁵ Ebenda.

Erwerbsunfähigkeitsrente (bei 100% Einschränkung). Letzteres wird alle drei Jahre kontrolliert und nach drei Kontrollen wird die Rente auf Lebenszeit gewährt. Für die Berechnung der Invaliditätsrente werden die Versicherungsjahre (max. 40) mit einem Satz, der für verschiedene Einkommensstufen unterschiedlich ist, und mit dem Bezugslohn multipliziert. Bei der Invaliditätsbeihilfe dürfen gleichzeitig andere Renten bezogen werden, bei der Erwerbsunfähigkeitsrente ist dies nicht erlaubt.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten werden durch AG-Beiträge (zwischen 0,3 und 13%) finanziert. Die Höhe der Beiträge ist risikoadjustiert. Die Finanzierung wird durch eine Kombination zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren geregelt. Es gibt für Berufskrankheiten eine Positivliste (58 Krankheiten). Es ist eine Kostenbeteiligung durch den Patienten vorgesehen. Bei **vorrübergehender Erwerbsunfähigkeit** erfolgt drei Tage nach dem Unfall eine 60% Verdienstrückerstattung und eine 100%-ige am Tag des Unfalles. Die Versicherung bezahlt dann bis inklusive dem 90. Tag 60% des EK und danach 75%. Bezugsgrundlage ist das durchschnittliche EK. Für **dauernde Erwerbsunfähigkeit** ist die Höhe der Entschädigung vom Beeinträchtigungsgrad des Patienten abhängig. Eine Entschädigung ist erst bei einer Beeinträchtigung von mehr als 6% möglich. Die Bemessungsgrenze beträgt in der Industrie zwischen € 13.078,8 und € 24.289,2. Die Bemessungsgrundlage für unbefristete Landwirte beträgt € 35,54 und für Selbstständige € 39,94 am Tag.

1.9.6 Pros und Contras des italienischen Systems

Eine Reform im Jahre 1992 brachte im italienischen Gesundheitswesen eine erhöhte Unabhängigkeit und Loslösung der lokalen Gesundheitseinrichtungen von den lokalen Behörden. Die lokalen Einrichtungen (Unität Sanitäre Lokal, URLs) wurden durch die, wie bereits angeführt, Sals und AOLS ersetzt und die Geschäftsführer unterlagen leistungsabhängigen Verträgen. Um einen besseren Skaleneffekt zu erreichen, wurde die Anzahl der AOLS reduziert. Italien hat vor allem mit ungerechten Verteilungseffekten zwischen den ärmeren und reicheren Regionen zu kämpfen. Es gibt für Niedrigverdiener Zugangsbeschränkungen zum medizinischen Fachbereich. Die Regionalsteuer (IRAP) ist sehr instabil. Regionale Unterschiede bezüglich der Bemessungsgrundlage sind auch vorhanden.¹²⁶ Der Europäische Gerichtshof hatte sogar in Erwägung gezogen, die IRAP abzuschaffen, da sie angeblich gegen Europarecht verstoße. Sie wurde dann aber dennoch im Jahre 2006 akzeptiert.¹²⁷

¹²⁶ Vgl. George France, 2005, S. 187 f.

¹²⁷ Vgl. CVRIA, Europäischer Gerichtshof, <http://curia.europa.eu/de/actu/communiqués/cp06/aff/cp060082de.pdf> (August 2008).

Eine sehr große Schwäche des italienischen Systems ist die unterschiedliche Leistungsqualität und Autonomie zwischen den nördlichen und südlichen Regionen.¹²⁸

1.10 Luxemburg

1.10.1 Struktur des Gesundheitssystems in Luxemburg

Das luxemburgerische Gesundheitssystem wird eher **zentral verwaltet**. Die staatlichen regionalen Behörden sind zu einem geringen Maße autonom.¹²⁹

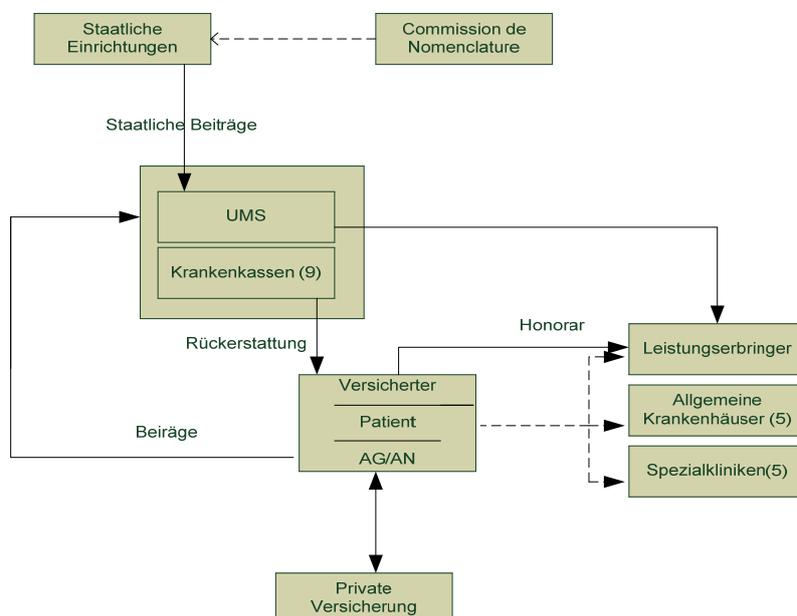
Das Herzstück des Gesundheitswesens in Luxemburg bildet ein *Sozialversicherungssystem*, das aus Beiträgen von Versicherten, Arbeitgeberbeiträgen und staatlichen Subventionen finanziert wird (vgl. Abbildung 19). Die Vereinigung der Krankenkassen (Union des Caisses de Maladie, UCM) ist die Sammelstelle der Finanzflüsse und sie ist desweiteres für die Festlegung der jährlichen AG- und AN-Beiträge verantwortlich. Sie besteht aus den Organen der Hauptversammlung (L'assemblée générale) und dem Hauptverband (Le conseil d'administration). Es gibt weiterhin neun Krankenkassen, die bestimmten Berufsgruppen zugeordnet sind.¹³⁰

¹²⁸ Vgl. Georg France, 2005, S. 187 f.

¹²⁹ Vgl. Kerr, Elizabeth, 1999, S.15 und UCM, Union des Caisses de Maladie, <http://www.ucm.lu/presentation/index.htm> (September, 2008).

¹³⁰ Vgl. OECD, Economic Surveys: Luxemburg, 2008, pp. 98-110.

Abbildung 19 Gesundheitssystem in Luxemburg



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD, Economic Surveys, 2008, S. 97-107 u. MISSOC, 2008.

Anmerkungen: AG: Arbeitgeber, AN: Arbeitnehmer, Finanzflüsse: →, berät: --→, Zuzahlungen: ---.

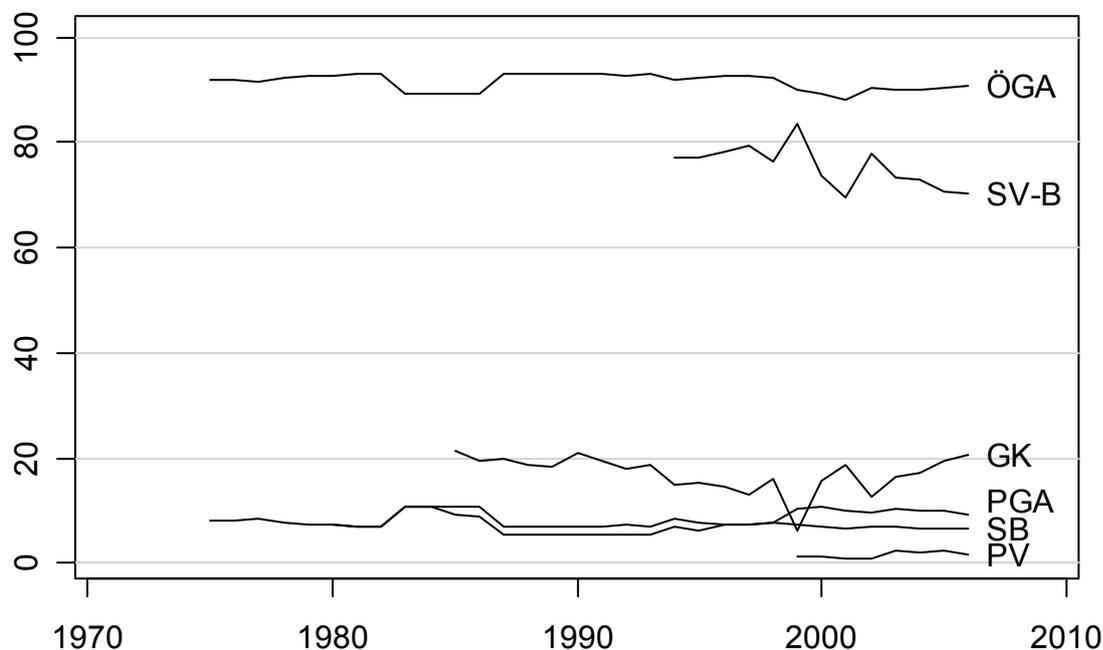
Hauptverantwortlich für das Gesundheitssystem ist das Gesundheitsministerium, das durch einige Gremien, wie z.B. dem Commission de Nomenclature (zuständig für die Beratung rund um den pharmazeutischen Bereich), beraten wird. Desweiteren gibt es fünf öffentliche und sechs Spezialkliniken. Die Ärzte arbeiten dort weitgehend selbstständig.¹³¹

1.10.2 Finanzierungsquellen im luxemburgerischen Gesundheitssystem

Den größten Anteil der Gesundheitsausgaben stellen im Jahre 2006 die Sozialversicherungsbeiträge mit 70,3% der Gesamtgesundheitsausgaben (in % der GGA) dar (vgl. Abbildung 20). Das entspricht ca. 77% der öffentlichen Gesundheitsausgaben.

¹³¹ Ebenda.

Abbildung 20 Finanzierungsquellen im Gesundheitssystem: Luxemburg



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

Anmerkung: GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, ÖGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherung, PGA: private Gesundheitsausgaben, PV: Privatversicherungen, SB: Selbstbezahlungen, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge.

Der Anteil der Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherungsbeiträge und der private Finanzierungsanteil liegen mit 20,6% und 9,1% unter dem EU-15 Durchschnitt. Der öffentliche Finanzierungsanteil ist mit 90,9% (2006) im Vergleich zu den anderen EU-15 Ländern am höchsten.¹³²

1.10.3 Finanzierung: Krankheit und Mutterschaft¹³³

Die **Sachleistungsfinanzierung** bei Krankheit und Mutterschaft erfolgt mittels Beitragsfinanzierung und staatlichen Förderungen. Insgesamt beträgt der Beitrag 5,4%, der je zur Hälfte von AG und AN getragen wird. Die Bemessungsgrenze beträgt monatlich € 7.851,4. Für Leistungen im Krankheitsfall trägt der Staat 37%. Für die pauschalen Mutterschaftsgebühren übernimmt er zur Gänze die Kosten.

Geldleistungen werden durch Versicherten- bzw. AG-Beiträge und staatliche Förderungen finanziert. Insgesamt beträgt der Beitragssatz 4,7% bei Arbeitern, der zu gleichen Teilen von

¹³² Von Niederlande, Belgien und Dänemark liegen für das Jahr 2006 keine Daten vor.

¹³³ Vgl. MISSOC-Datenbank: Luxemburg (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

AG und AN getragen wird. Die monatliche Beitragshöchstbemessungsgrenze beträgt € 7.851,4. Bei Angestellten beträgt der Beitragssatz 0,20%. Er wird auch zu gleichen Teilen zwischen Angestellten und AG getragen. Der geringe Satz bei Angestellten ist dadurch zu erklären, dass beim Angestelltenverhältnis die Angestellten im Falle einer Krankheit Gehaltsfortzahlungen bis zu drei Monate durch den Arbeitgeber garantiert bekommen. Erst nach Ablauf dieser Frist wird er durch die Krankenkassen finanziert. Die staatliche Beteiligung beträgt bei Krankheit 10% bzw. 100% bei Mutterschaft. Die Krankheitsgeldleistung umfassen 100% des Lohnentganges, bis zu einem Zeitraum von 52 Wochen. Die Mutterschaftsbeihilfe beträgt wöchentlich € 194,02 innerhalb von 16 Wochen und sie kann nur bezogen werden, falls ein Mutterschaftsgeld nicht in Anspruch genommen wird.

1.10.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte¹³⁴

Der Versicherte hat in Luxemburg eine freie Wahl der Allgemeinärzte und der Spezialisten. Patienten müssen das Honorar vorstrecken und bekommen dies durch die Krankenkassen zurückerstattet. Die Selbstbeteiligung beträgt bei ärztlicher Konsultation 10% bzw. 20% der Gebühren. Weitere 10% Beteiligungen entfallen bei Beanspruchung ambulanter Leistungen mit einer Obergrenze von €5 pro Arztbesuch. Bei bestimmten Therapiearten entfällt diese.

Krankenhäuser verwalten ein eigenes Budget. Die Ärzte im Krankenhausbereich werden leistungsorientiert entlohnt. Der Patient hat die freie Wahl zwischen den Krankenhäusern im Inland und beteiligt sich an den Kosten mit € 12,03/Tag, maximal jedoch 30 Tage. Es gibt keine Ausnahmen für Zuzahlungsbefreiungen.

Die Art und Höhe der Rückerstattung bei Inanspruchnahme von **Zahnarztleistungen** hängt davon ab, ob der Patient eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nimmt, oder ob es sich um spezielle individuelle Zusatzleistungen handelt. Im ersten Fall erfolgt eine volle Kostenrückerstattung, letztere Kosten werden nicht übernommen. Bei präventiven und kieferorthopädischen Behandlungen bzw. bei Prothesen wird bis zu einen jährlichen Betrag von €44,85 alles erstattet. Alles was darüber hinausgeht wird bis zu 95% rückerstattet.

¹³⁴ Ebenda.

1.10.5 Pflege, Invalidität und Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten¹³⁵

Die **Pflege** wird durch einen Versichertenbeitrag von 1,4% und durch Steuern finanziert. Der Staat leistet einen Beitrag von 45% der gesamten Ausgaben. Alle versicherten Personen haben Leistungsanspruch. Für die freiwillig Versicherten entsteht eine Wartezeit von einem Jahr. Es gibt keine Selbstbeteiligung. Die häusliche Pflege kostet €52,44 Euro / h und die stationäre € 41,43. Geldleistungen können für häusliche Sachleistungen kompensiert werden, jedoch mit einer Maximalgrenze von €20,72 pro Stunde. Für stationäre Pflege ist keine Kompensation möglich. Pflegeleistungen werden nicht besteuert.

Invalidität wird durch AG- bzw. Pflichtversichertenbeiträge und Steuern finanziert. Sie wird durch das Umlageverfahren geregelt, mit einer jährlichen Rücklagenbildung vom 1,5-fachen der jährlich erbrachten Leistungen. Ausnahmen von der Versicherungspflicht sind Personen mit geringem EK oder unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen.

Die Finanzierung der **Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten** erfolgt über AG-Beiträge und Steuern. Alle Personen, die (un)selbstständig erwerbstätig sind und/oder bestimmte Aktivitäten wie z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten ausüben, sind versichert. Der Staat trägt 1/3 der Ausgaben für Rentenanpassungen. Die Beiträge sind risikoadjustiert und liegen zwischen 0,53 und 6% des monatlichen Bruttoeinkommens. Es gibt eine Beitragsbemessungsgrenze von (Minimum) 1.570,28 und (Maximum) 7.851,4 Euro im Monat. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sind nach dem Umlageverfahren plus einer Rücklagebildung vom 3,5-fachen der jährlichen Leistungssumme abzugelten. Bei Berufskrankheiten gibt es eine Positivliste bezüglich Krankheiten und Schadstoffen. Es gibt keine Zuzahlungen, keine Karenzzeit und das Geld wird vom Bruttolohn berechnet. Die Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sind abhängig vom Grad der Beeinträchtigung und betragen dementsprechend einen bestimmten Satz vom Bruttolohn. Bei einer Beeinträchtigung von 100% werden z.B. 85,6% vom Lohn verrechnet. Wenn der Beeinträchtigungsgrad unter 10% liegt, ist eine Abfindung vorgeschrieben. Bei unter 40% ist eine Abfindung möglich. Unter gewissen Umständen ist eine Kumulation mit anderen Renten möglich. Das durchschnittliche Einkommen im Jahre des besten Verdienstes darf nicht kleiner sein als die Kumulation der Arbeitsunfallrente mit der Invaliditätsrente.

¹³⁵ Vgl. MISSOC-Datenbank: Luxemburg (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

1.10.6 Pros und Contras des luxemburgerischen Gesundheitswesens

Luxemburg hat innerhalb der EU-15 im Jahre 2006 die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit und gleichzeitig den geringsten Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (7,3%). Bis zum Jahre 2050 wird sogar ein Anstieg des BIP-Anteiles auf 14% vom Bruttoinlandsprodukt erwartet und versetzt somit die zuständigen Behörden in die dringende Lage, etwas gegen diesen Anstieg zu tun.¹³⁶

Ein großer Vorteil für das System ist die zentrale Lage von Luxemburg und den daraus resultierenden ausländischen Arbeitskräften, die nicht in Luxemburg wohnhaft sind, jedoch zu den Kasseneinnahmen beträchtlich beisteuern.¹³⁷

Die Selbstbezahlungen der privaten Haushalte machen im EU-15 Vergleich einen eher geringen Anteil aus. Von Seitens der OECD¹³⁸ gibt es Empfehlungen die Zuzahlungen für den ambulanten Bereich zu erhöhen, um diesen Sektor kosteneffizienter zu gestalten. Diese extreme Kostenerhöhung sollte vor allem jene Personen treffen, die direkt einen Spezialisten konsultieren. Eine weitere sehr wichtige Empfehlung von Seiten der OECD¹³⁹ ist die Einführung eines „Allgemein-Mediziner-Systems“, welches die Überweisung zu einem Spezialisten übernimmt, um somit die Kosten zu minimieren.

Im Bereich der Organisation gibt es Bestrebungen, die Krankenkassen teilweise zu einer einheitlichen Verwaltung zusammenführen um bessere Skaleneffekte zu erreichen.¹⁴⁰

¹³⁶ Vgl. OECD, Economic Surveys:Luxemburg, Volume 2008/12, S. 97.

¹³⁷ Ebenda, S. 105 f.

¹³⁸ Vgl. OECD, Economic Surveys: Luxemburg, Volume 2008/12, S. 125 f.

¹³⁹ Ebenda, S. 120 f.

¹⁴⁰ Ebenda, S. 103.

1.11 Niederlande

1.11.1 Struktur des niederländischen Gesundheitssystems(2005)

Das niederländische Gesundheitssystem ist einerseits durch eine „funktionale Dezentrierung“ und andererseits durch eine „territoriale Dezentrierung“ gekennzeichnet.¹⁴¹

Das System ist grob durch drei Bereiche gekennzeichnet. Der erste Bereich ist ein *Pflichtversicherungsmodell* (AWBZ, Algemene wet bijzondere ziektekosten), das ungewöhnliche medizinische Aufwendungen, wie Pflege und Langzeitaufwendungen beinhaltet. Mit wenigen Ausnahmen werden fast alle lebenden Bürger in den Niederlanden vom ABWZ erfasst. Der zweite Bereich bestand aus einem (unter gewissen Umständen gesetzlich vorgeschrieben) *Krankenfond* (Ziekenfondswet, ZFW, umfasste ca. 63% der Bevölkerung im Jahre 2005) und aus einer *privaten Versicherung* (PKV, ca. 30% der Bevölkerung), die in der Regel freiwillig war. Im Gegensatz zum ersten Bereich beinhaltet der zweite normale medizinische Leistungen. In den ZFW fallen alle unter 65 jährigen, die nicht mehr als €33.000 Brutto im Jahr (2005) verdienen und Sozialleistungsbezieher sind. Über 65-jährige versicherte Personen durften sich seit dem 1. Jänner 1998 wieder am Krankheitsfond (ZFW) beteiligen. Das Prinzip war unter dem Namen „Stay where you are“ Prinzip bekannt. Früher durften sich im ZFW über 65-jährige Neuzugänge nur dann *versichern, solange ihr Haushaltseinkommen nicht den Betrag von €20.750 überstieg. Die* Beitragsrate betrug 8%. Unter Haushaltseinkommen werden aber auch die Spareinlagen, Jahreszinsen und Einkommen von Besitz verstanden – was nicht immer so war. Früher konnten sich Millionäre nur mit Ihrem Gehaltszettel, sofern dieser die Einkommensgrenze nicht übertraf, beim ZFW mitversichern. Selbstständige müssen sich seit Jänner 2004 bei einer Einkommensobergrenze bis € 20.800 zwangsweise unter dem ZFW versichern und zahlen einen prozentmäßigen Anteil zusätzlich zu einer Pauschale, die von den einzelnen Krankenkassen unterschiedlich berechnet wird, ein.¹⁴² Die ZFW wurde von den privaten Versicherungen (PKV) teilweise mitfinanziert, um den hohen Anteil der über 65- jährigen mitzutragen.¹⁴³ Insgesamt betragen die Ausgaben für den 2. Bereich 53% der Gesamtausgaben (2003). Der 3. Bereich repräsentiert eine *freiwillige private Zusatzversicherung*.¹⁴⁴

¹⁴¹ Vgl. Andr'e den Exter, 2004, S. 31.

¹⁴² Ebd., S.1-39 und MISSOC-Datenbank: Niederlande (2005 u. 2004), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

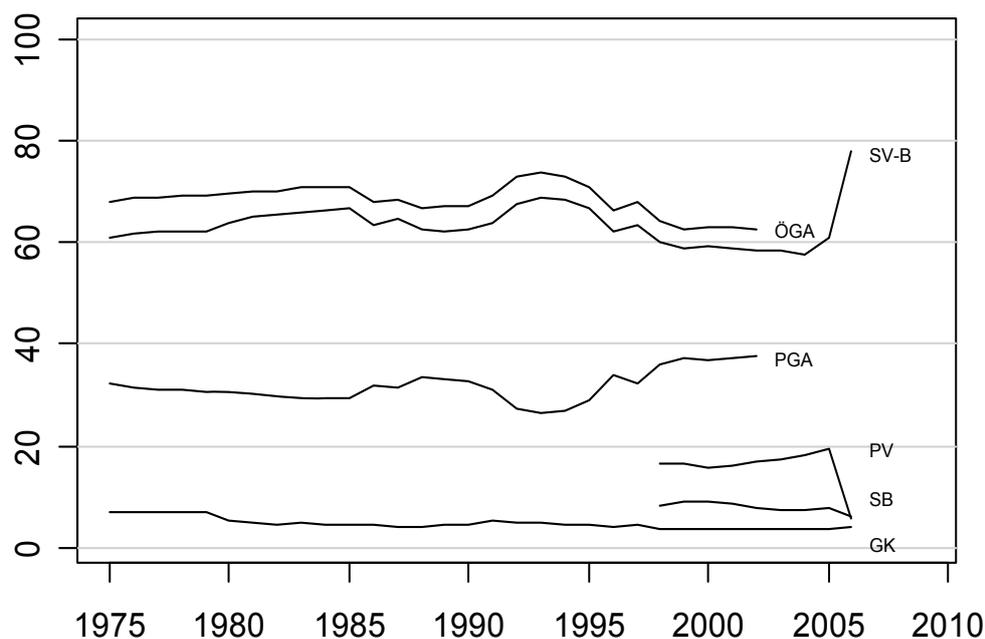
¹⁴³ Vgl. Stefan Greß, M. M., 2006, S. 9.

¹⁴⁴ Vgl. Andr'e den Exter, 2004, S. 1-39.

1.11.2 Finanzierungsquellen im niederländischen Gesundheitssystem

Das niederländische Gesundheitssystem wird sehr stark durch Sozialversicherungsbeiträge (SV-B) gespeist (Vgl. Abbildung 21). 2006 betrug der Anteil der SV-B 77,7%. Die Selbstbeteiligungen der privaten Haushalte machen rund 6% der Gesamtgesundheitsausgaben aus. Der Finanzierungsanteil der Privatversicherer beträgt 5,9% der Gesamtgesundheitsausgaben (2006). Der Anteil der Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherungsbeiträge ist mit 4% sehr gering. Der öffentliche Anteil der Gesundheitsausgaben beträgt vom Jahr 1975 - 2002 im Mittel 68,25%. Der private Anteil beträgt im selben Zeitraum durchschnittlich 31,75% der GGA. Der Anteil von Unternehmen und Privatorganisationen ohne Erwerbszwecke ist im EU-Vergleich mit 2,6 und 3,7% (2006) relativ groß.

Abbildung 21 Finanzierungsquellen im niederländischen System (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Oktober 2007)

Anmerkung: GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, ÖGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherung, PGA: private Gesundheitsausgaben, PV: Privatversicherungen, SB: Selbstbezahlungen, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge.

1.11.3 Finanzierung: Krankheit und Mutterschaft¹⁴⁵

Die Finanzierung der **Sachleistungen** ist im Krankenversicherungsgesetz (Zorgverzekeringswet, Zvw) und dem AWBZ (Algemene wet bijzondere ziektekosten, AWBZ, Versicherung für sog. „Große Risiken“) geregelt. Vom Versicherungsschutz sind alle Personen, die in den Niederlanden Lohnsteuer entrichten, betroffen. Für den Zvw betragen die Beitragssätze bei einer Beitragsbemessungsgrenze von €31.231 (für unter 65 jährige) 7,2% für den AN und 5,1% für Selbstständige. Für Rentner ist ein Beitrag von 7,2% vorgesehen. Versicherte müssen ab 18 Jahren, mit Ausnahmen von Zuschüssen für bestimmte Personen, eine jährliche Prämie von €1.200 entrichten. Die Kostenbeteiligung der Patienten beträgt – nicht für alle Personen und nur für bestimmte Leistungserbringer - maximal €150 im Jahr. Für das AWBZ beträgt der Beitragssatz 12,15%, mit einer jährlichen Bemessungsgrenze von €31.589.

Die Finanzierung der **Geldleistungen** ist im Krankengeldgesetz geregelt. Im Falle einer **Krankheit** werden für 104 Wochen 70% des täglichen EK fortbezahlt. Dieser Satz ist nicht statisch und kann je nach Berufsverbänden erhöht werden. Die Geldleistungen unterliegen keiner Besteuerung. Die **Mutterschaftsleistungen** sind im Gesundheits- und Arbeitspflegegesetz (Wet arbeid en zorg, Wazo) geregelt. Werdende Mütter haben 16 Wochen lang Anspruch auf Geldleistungen. Davon dürfen maximal sechs Wochen vor der Entbindung und mindestens zehn Wochen nach der Entbindung in Anspruch genommen werden.

1.11.4 Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten¹⁴⁶

Für den Bereich der **Pflege** gibt es kein eigenes Sicherungssystem. Die finanziellen Mittel für die Pflege werden aus dem Bereich der Krankenversicherungen entnommen. Die Pflegebedürftigkeit ist im AWBZ geregelt. Beim Bezug von Heimpflegeleistungen gibt es eine Kostenbeteiligung der über 18 jährigen Patienten. Die Höhe und die Art des Beitrages sind vom EK der betreffenden Person und deren Alter abhängig.

Der Bereich **Invalidität** unterliegt einer Beitrags- (Arbeits- und Einkommensgesetz: Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, WIA) und Steuerfinanzierung (Gesetz für die Hilfe arbeitsloser junger Behinderter: Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, Wajong) und wird nach dem Umlageverfahren geregelt. Seit 2006 gibt es ein neues Gesetz (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, WIA), welches alle Risiken bei einer Erwerbsunfähigkeit von mind. 35% abdeckt. Früher waren auch Risiken ab 15% Erwerbsunfähigkeit abgedeckt, da das Hauptaugenmerk auf die Leistungsbereitstellung gerichtet wurde. Die Rehabilitationsmaßnahmen wurden nicht sehr gefördert. Bei WIA wird zwischen vollständiger und teilweiser Erwerbsunfähigkeit unterschieden. Bei **vollständiger Erwerbsunfähigkeit** werden Leistungen bis zu fünf Jahren gewährt und der Betroffene erhält

¹⁴⁵ Vgl. MISSOC-Datenbank: Niederlande (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

¹⁴⁶ Vgl. MISSOC-Datenbank: Niederlande (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

bis zum Alter von 65 Jahren Unterstützung. Bei *teilweiser Erwerbsunfähigkeit* werden die Leistungen bis zum Alter von 65 Jahren gewährt. Anspruch auf Leistungen bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit hat, wer vor Beendigung einer Wartezeit eine Beschäftigung für die Dauer von mind. 26 Wochen ausgeübt hat. Die Art und Höhe der Leistung ist EK-abhängig. Für nicht Erwerbstätige beträgt der Satz 75% des letzten Einkommens, bei Erwerbstätigen beträgt er 75% vom Differenzbetrag der letzten beiden Arbeitsverhältnisse. Nach Ablauf der 26 Wochen kann eine EK- Unterstützung beantragt werden. Die Höhe der EK-Unterstützung ist abhängig vom Einschränkungsgang der betroffenen Person. Der errechnete Satz (min 21% bei einem Einschränkungsgang von 25-35% und max. 75% bei einem Einschränkungsgang von 80%) wird bei nicht-erwerbstätigen Personen mit dem gesetzlichen Mindestlohn multipliziert. Bei *erwerbstätigen Personen* wird der errechnete Satz mit dem früheren EK multipliziert.

Für **Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten** gibt es in den Niederlanden kein eigenständiges Versicherungssystem. Die Risiken sind in der Invaliditätsversicherung, Krankenversicherung und Hinterbliebenenversicherung vor allem von der Kranken- und Invaliditätsversicherung abgedeckt.

1.11.5 Finanzierung Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte¹⁴⁷

Patienten können zwischen registrierten **Kassenärzten** grundsätzlich frei wählen. Die Ärzte werden durch die privaten Krankenkassen honoriert und erhalten pro Versichertem eine Pauschale. Der Allgemeinmediziner ist für die Überweisung zu den jeweiligen Fachärzten zuständig.

Die Honorierung der öffentlichen **Krankenhäuser** erfolgt nach vorher festgelegten Satzungen und der Patient kann zwischen den Krankenhäusern frei wählen.

Für **Zahnprothesen** ist eine Beteiligung von bis zu 25% zu leisten.

1.11.6 Ausblick, Pros und Contras des niederländischen Gesundheitssystems

Die Niederlande haben im Jahre 2006 ein neues gewagtes Gesundheitssystem eingeführt. Diese Reform betraf den zweiten Strukturbereich (ZFW, PKV). Aus einem Abschlussbericht im Auftrag der Hans- Böckel Stiftung (Greß, Manouguian, & Wasem, 2006) geht hervor, dass die Reform vor allem aufgrund der Ineffizienz und Ungerechtigkeit, die ein Resultat der starken Überschneidungen von sozialer und privater Versicherung war, eingeführt wurde. Die Reform zielte vor allem darauf ab, die soziale Krankenversicherung und die private Krankenversicherung zu einem einheitlichen Schema zu vereinen. Die Finanzierung erfolgt

¹⁴⁷ Vgl. MISSOC-Datenbank: Niederlande (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juni 2008).

und ein Standardversicherungspaket anzubieten. Die daraus entstehenden ungleichen Auslastungen und Risiken werden durch einen Risikostrukturausgleich abgedeckt. Die Versicherten müssen einen nominellen Betrag an die Versicherung bezahlen, der einerseits abhängig von der Versicherungspolizze ist, andererseits innerhalb einer bestimmten Polizze für alle gleich ist. Zusätzlich werden die Ausgaben durch einkommensabhängige AG- u. AN-Beiträge finanziert.¹⁴⁹

Bis zum Jahre 2008 bekam jeder, der in den vorausgehenden Jahren keine Leistungsansprüche an die Versicherung gestellt hat, einen Rabatt bis zu €255. Seit 2008 wurde dieses Schema in einen jährlichen Selbstbehalt von € 150 abgeändert, wobei Patienten mit unvermeidlichen Krankheiten und Unfällen finanziell kompensiert werden.¹⁵⁰

Die Reform hatte die Arbeitgeber weder entlastet noch belastet. Gleichzeitig zu der Reform begann man mit der Senkung der Unternehmenssteuer, sowie mit einer Erhöhung der Renten und des Kindergeldes. Das führte u.a. dazu, dass 4/5 der Haushalte durch die Reform entlastet wurden. Ungefähr 1/5 haben nach der Reform die Versicherung gewechselt.¹⁵¹

„Die Risiken der Reform bestehen darin, dass die staatliche Finanzierung insbesondere des Gesundheitszuschusses in konjunkturell schwierigen Zeiten gefährdet ist, dass staatliche Regulierungen von Preisen und Kapazitäten den Spielraum der Krankenversicherer weiterhin einengen und dass die öffentliche Regulierung privatrechtlich verfasster Krankenversicherer gegen das Europarecht verstoßen könnte“ (Greß, Manouguian, & Wasem, 2006, S. 5)

¹⁴⁹ Vgl. MINVWS, Ministerium für Gesundheit und Sport, <http://www.minvws.nl> (Juni 2008).

¹⁵⁰ Ebenda.

¹⁵¹ Vgl. Stefan Greß, 2006, S. 4-30.

1.12 Portugal

1.12.1 Struktur des portugiesischen Gesundheitssystems

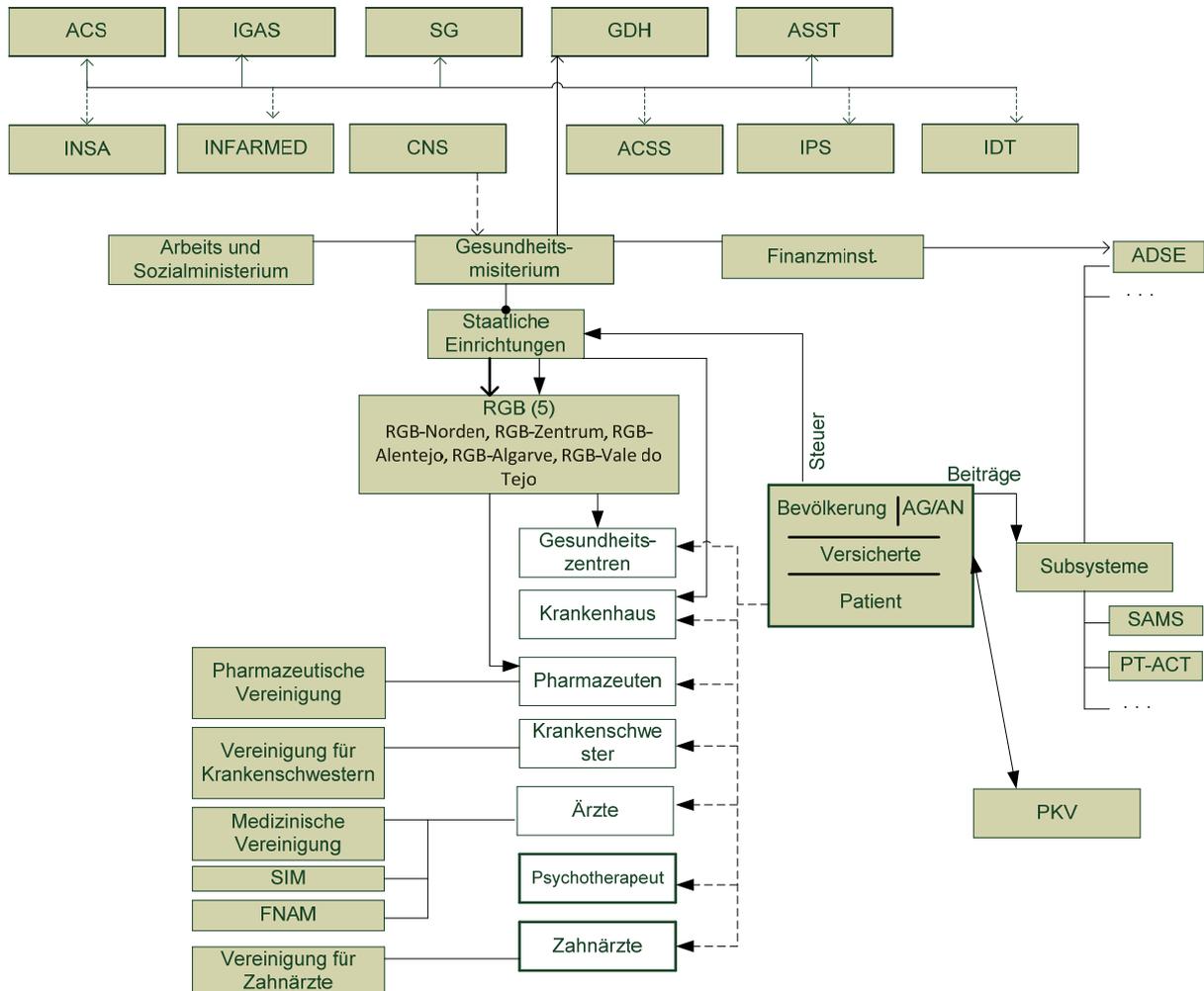
Das portugiesische Gesundheitssystem ist ein nationales Gesundheitssystem (NHS) mit vorwiegend **zentralen** Strukturen, das aber auch einige **dezentrale** Ansätze beinhaltet. Die Gesundheitsversorgung wird zwar auf viele regionale Gesundheitsdienste verlagert, was einem dezentralen System entsprechen würde. Diese sind jedoch primär nur für die Grundversorgung verantwortlich. Die großen „Brocken“, wie z.B. die Krankenhausfinanzierung obliegt aber zentralen Einrichtungen. Es gab und gibt in Portugal weiterhin Bestrebungen, das System zu dezentralisieren.¹⁵²

An oberster Stelle steht in Portugal das **Gesundheitsministerium**, das für die Planung und Regulierung des Gesundheitssystems (öffentlich und privater Sektor) zuständig ist (vgl. Abbildung 23). Viele Einrichtungen werden vom Gesundheitsministerium direkt und einige werden indirekt gesteuert. Zu den Einrichtungen, die direkt gesteuert werden, zählen: das Hohe Gesundheitskommissariat (ACS), das Allgemeine Inspektorat, das Sekretariat für Gesundheit (SG), die Allgemeine Gesundheitsabteilung (GDH) und die Behörde für Blut und Transplantationsdienste. Das **ACS** ist vor allem für die Ausführung und Koordination des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) zuständig. Das **IGAS** überprüft die einzelnen Institute des Gesundheitswesens. Das **SG** berät andere Institutionen (innerhalb und außerhalb des NHS) und leistet Öffentlichkeitsarbeit. Die **Allgemeine Gesundheitsabteilung** ist für die Überwachung und Steuerung im Bereich Krankheitsprävention und Gesundheitsaktivitäten zuständig. Die **ASST** ist mit den Aufgaben rund um das Gebiet Bluttransfusionen und Transplantationen betraut.¹⁵³

¹⁵² Vgl. Pedro Pita Barros 2007, S. 29 f.

¹⁵³ Ebenda, S. 21-27

Abbildung 23 Struktur des portugiesischen Gesundheitswesens



Quelle: Eigene Darstellung nach (Barros & Simões, 2007, S. 1 - 115)

Anmerkungen: Kontrolliert/überwacht/verwaltet: →, Zuzahlungen: - ➔, Finanzflüsse: ➔, gehört zu: —, indirekte Verwaltung: - ->, ACS : Hohe Gesundheitskommissariat, IGAS: Allgemeine Inspektorat für Gesundheitsaktivitäten, SG: Sekretariat für Gesundheit, GDH:Allgemeine Gesundheitsabteilung, ASST: Behörde für Blut und Transplantationsdienste. ACSS:Zentrale Administration vom Gesundheitswesen, INFARMED:Nationle Behörde für Drogen und Gesundheitsprodukte, INEM:Nationale Institut für medizinische Notfälle, RHA:Regionale Gesundheitsbehörde, IDT:Nationale Institut für Drogenabhängigkeit, INSA:Nationale Institut für Gesundheit, Dr. Ricardo Jorge, IPS: Portugisiche Institut für Blut, SIM: Unabhängige Medizinische Vereinigung, FNAM: Nationale Medizinische Vereinigung, SAMS: Versicherungssystem für Banken im privaten Sektor, PT-ACT: private Versicherungssystem der portugiesischen Telekom. In dieser Abbildung wurde auf die Darstellung der Finanzströme Richtung Leistungsanbieter aufgrund der Übersichtlichkeit weitgehend verzichtet.

Indirekt vom Gesundheitsministerium gesteuert sind die nationalen Behörden für Drogen und Gesundheitsprodukte (INFARMED), die zentrale Administration vom Gesundheitswesen (ACSS), das portugiesische Blutinstitut (IPS), das Institut für Drogenabhängigkeit (IDT), das Nationale Institut für Gesundheit, Dr. Ricardo Jorge (INSA), die Regionale Gesundheitsbehörde (RHA) und das Nationale Institut für medizinische Notfälle. **INFARMED** ist für die Regulation und Qualitätssicherung von pharmazeutischen Produkten

verantwortlich. **ACSS**¹⁵⁴ steuert die Finanzflüsse im Bereich der Informationstechnologien und Humankapital. **INEM** ist mit den Aufgaben rund um Notfälle bzw. Notaufnahmen betraut. **IPS** ist dafür zuständig, dass immer ausreichend Blut für Bluttransfusionen vorhanden ist. **IDT** ist für die Drogenregulierung bzw. für Eindämmungsmaßnahmen im Bereich Drogenkonsum verantwortlich (sowohl für legale als auch für illegale Drogen). Das Nationale Gesundheitsinstitut, Dr. Ricardo Jorge (INSA), ist eine staatliche Einrichtung, die zur Einkunftssteigerungen im öffentlichen Sektor beiträgt.¹⁵⁵

Das **Nationale Gesundheitsinstitut** (CNS) steht dem Gesundheitsministerium beratend zur Seite. Die regionale Gesundheitsversorgung wird durch regionale Gesundheitsbehörden (RGB) abgesichert, welche vor allem für die Grundversorgung der Bevölkerung bzw. für die Planung und Überwachung der Krankenhäuser zuständig sind.¹⁵⁶ Sie werden in fünf administrative Einheiten unterteilt (RGB-Norden, RGB-Zentrum, RGB-Alentejo, RGB-Algarve und RGB-Vale do Tejo) und führen überdies auch Verhandlungen mit privaten Dienstleistungsanbietern.¹⁵⁷

Zusätzlich zum nationalen System gibt es noch die Möglichkeit von sogenannten öffentlichen und privaten Teilsystemen, die überwiegend aus AG- u. AN-Beiträgen finanziert werden. Das größte öffentliche Teilsystem ist das für Zivildienstler (ADSE). Diese Versicherungsart ist für Zivildienstler vorgeschrieben. Weiter öffentliche Teilsysteme sind für Armee, Luftstreitkräfte, Angestellte im Bereich der Justiz etc. Im privaten Sektor sind, neben zahlreichen kleineren, vor allem zwei größere Versicherungsanbieter erwähnenswert. Eine im Telekommunikationsbereich (Associação de Cuidados de Saúde PT-, ACS) und eine im Bankenbereich (Serviços de Assistência Médico-Social/Serviços de Assistência Médico-Social, SAMS). Eine Person kann, und das ist nicht mal ungewöhnlich in Portugal, bis zu drei oder vier Versicherungsträgern angehören.¹⁵⁸

1.12.2 Finanzierungsquellen im portugiesischen Gesundheitssystem

Im Jahre 2006 betrug der öffentliche Finanzierungsanteil 70,6% der GGA. Die Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherungsbeiträge betragen 69,7%, das sind über 98% vom öffentlichen Finanzierungsanteil (vgl. Abbildung 24). Portugal hat einen sehr hohen Privatversicherungsanteil (29,4%) und gehört unter anderem mit Griechenland zu den Ländern mit dem höchsten privaten Finanzierungsanteil. Selbstbeteiligungen machen im Jahre 2006 22,8% der GGA aus. Der Anteil der Selbstbezahlungen gemessen am privaten Finanzierungsanteil beträgt 77,5%, im Jahre 2008 waren es sogar über 80%. Privatversicherer bzw. Sozialversicherungsbeiträge stellen mit 4,1 bzw. mit 0,8% eine eher geringe Finanzquelle dar. Damit kann man Portugal eindeutig zu einem mehrheitlichen steuerbasierten System zählen.

¹⁵⁴ Vgl. ACSS, Zentrale Administration vom Gesundheitswesens,; <http://www.acss.min-saude.pt> (Juni, 2008).

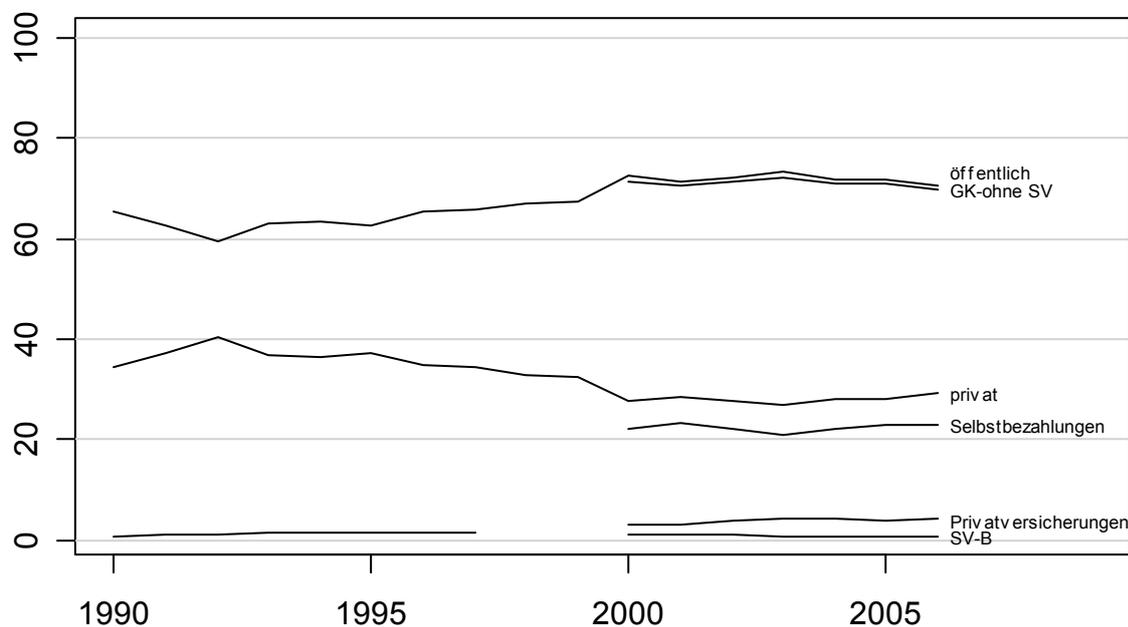
¹⁵⁵ Ebenda.

¹⁵⁶ Ebenda.

¹⁵⁷ Vgl. Pedro Pita Barros 2007, S. 24 f.

¹⁵⁸ Vgl. Pedro Pita Barros 2007, S. 24 – 28.

Abbildung 24 Finanzierungsquellen im portugiesischen Gesundheitssystem (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008).

GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, GK-ohne SV: Gebietskrankenkasse ohne Sozialversicherungsbeiträge, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge.

Die öffentlichen Ausgaben werden in Portugal primär durch Steuern finanziert und die privaten Ausgaben werden primär, wie schon erwähnt, durch Selbstbezahlungen bzw. Zuzahlungen finanziert. Indirekte Steuern für Waren und Dienstleistungen betragen im Jahre 2006 um die 35% der Staatseinnahmen. Einkommens- und Vermögensteuer hingegen betragen im gleichen Jahr ca. 24% der Staatseinnahmen.¹⁵⁹

1.12.3 Krankheit und Mutterschaft Portugal¹⁶⁰

Sachleistungen werden (zu 100%) über Steuern finanziert und die Finanzierung der *Geldleistungen* erfolgt über AG- und Versichertenbeiträge.

Die sozialen Versicherungsbeiträge werden als Globalbeitrag eingehoben, der auch die Geldleistungen bei **Krankheit und Mutterschaft** beinhaltet, aber nicht den Bereich der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten deckt. Der Sozialbeitrag beträgt 23,25%, davon trägt der AN 11% und der AG 13,25%. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze (vgl. Belgien) und für bestimmte Personengruppen kann der Beitragssatz herabgesetzt werden.

¹⁵⁹ Vgl. (Barros & Simões, 2007), S. 35 f.

¹⁶⁰ Vgl. MISSOC-Datenbank: Portugal (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juli 2008).

Arbeitnehmer sind gegen das Krankheitsrisiko automatisch versichert und es gibt keine Pflichtgrenzen oder Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Es gibt keine gesetzlichen Lohnfortzahlungen und die Höhe des Krankengeldes ist von der Krankheitsdauer und dem zuvor erzielten Einkommen abhängig. Der Satz beträgt 65% bei einer Arbeitsunfähigkeit bis zu 90 Tagen und 75% bei einer Arbeitsunfähigkeit, die über ein Jahr hinausgeht. Es gibt einen Mindestsatz der das reale EK nicht übersteigen darf. Die Leistungen werden nicht besteuert und es gibt keine Sozialabgaben.

Sachleistungen bei Mutterschaft werden, wie schon erwähnt, voll staatlich finanziert, während **Geldleistungen** nur jene erhalten, die versichert sind. Bei Geldleistungen wird zwischen *Mutterschaftsgeld* und *Vaterschaftsgeld* unterschieden. Mutterschaftsurlaub wird für 120 Tage gewährt, wobei eine gewisse Anzahl an Wochen (90) nach der Entbindung konsumiert werden muss. Unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. im Falle von Totgeburten, usw.) ändern sich diese Richtlinien und statt den 120 Tagen können 150 Tage Urlaub in Anspruch genommen werden. Es gibt darüber hinaus noch die Möglichkeit von Vaterschaftsgeld, Urlaubsgeld für Eltern, Sonderunterstützungen für Großeltern und Adoptionsbeihilfen. Die genannten Geldleistungen unterliegen keiner Besteuerung und Sozialabgaben.

1.12.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte Portugal¹⁶¹

Die **ärztliche** Vergütung unterscheidet sich danach, ob ein Arzt ein beamtliches Dienstverhältnis hat, oder ob er zugelassen ist. Erstere bekommen eine monatliche Vergütung und Letztere eine leistungsorientierte Vergütung. Der Patient kann zwischen den Allgemeinmedizinern oder Spezialisten frei wählen und muss keine Honorierung entrichten. Jedoch ist eine ärztliche Konsultation meistens mit einer Kostenbeteiligung seitens der Patienten verbunden. Für bestimmte Personengruppen gibt es jedoch Ermäßigungen.

Krankenhäuser können von den Patienten frei gewählt werden und diese müssen grundsätzlich keine Zuzahlung entrichten. Falls es zu Wartezeiten kommt, können auch andere Vertragskliniken ausgesucht werden. Bei Inanspruchnahme von Mehrbettzimmern erfolgt keine Kostenbeteiligung.

Bei der **Zahnbehandlung** muss der Patient die Honorarnote selbst bezahlen und bekommt dann 75% rückvergütet.

¹⁶¹ Vgl. MISSOC-Datenbank: Portugal (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juli 2008).

1.12.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle u. Berufskrankheiten¹⁶²

Der Bereich der *Pflege* ist in Portugal steuerfinanziert.

Für die *stationäre Pflege* stehen zahlreiche Heime - wie z.B. Pflegeheime, Heime für geschütztes Leben, Heime für autonomes Leben, ... - zur Verfügung. Für (*teil*)stationäre Pflege sind keine *Geldleistungen* vorgesehen.

Das Risiko für *Invalidität* wird durch AG- und Versichertenbeiträge abgedeckt, die im Globalbeitrag enthalten sind. Der Bereich ist durch eine Mischung zwischen Umlageverfahren als auch durch ein Kapitaldeckungsverfahren geregelt. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungsfrist. Es wird zwischen einer absoluten und relativen Invalidität unterschieden. *Absolute Invalidität* gilt bei vollständiger Erwerbsunfähigkeit und eine relative Invalidität gilt für unter 65 jährige Personen, die aufgrund der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr als 2/3 des EK beziehen können. Die Rente berechnet sich auf Basis der Versicherungsjahre, dem durchschnittlichen Monatsverdienst von maximal 40 Jahren und einem Rentensatz. Für ab 1.1.2002 Versicherte erfolgt eine Anpassung an den Verbraucherpreisindex und die Lohnentwicklungen. Es gibt einen Mindestberechnungssatz von 30% des Bezugseinkommens, aber keine Höchstbemessungsgrundlagen. Die Rente darf einen bestimmten monatlichen Betrag (abhängig vom ISA¹⁶³-Wert und den Versicherungsjahren) nicht überschreiten. Für bestimmte schwere Fälle (Pfleigestufe 1, 2) gibt es eine Pflegezulage, welche jährlich 14-mal ausbezahlt wird und deren Höhe sich am Index für soziale Unterstützung orientiert. Die Invaliditätsrente wird ab einem bestimmten jährlichen EK besteuert und darf mit anderen Renten unter gewissen Voraussetzungen kumuliert werden.

Das Risiko für **Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten** wird durch AG-Versicherungsprämien bzw. durch AG-Beiträge gedeckt. Letztere müssen 0,5% des Arbeitgeberbeitrages entrichten, ohne Bemessungsgrenze. Die Prämien bei **Arbeitsunfällen** sind risikoadjustiert und das System bei Arbeitsunfällen sowohl nach dem Kapitaldeckungs-, als auch nach dem Umlageverfahren geregelt. **Berufskrankheiten** sind nach dem Umlageverfahren geregelt. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht und es gibt eine Positivliste, bei der eine Reihe von Berufskrankheiten angeführt wird. Bei *vorübergehender Erwerbsunfähigkeit* (Arbeitsunfälle) müssen die Träger der Versicherungen die Leistungen bereitstellen. Im Falle von Berufskrankheiten werden diese vom öffentlichen Gesundheitsdienst bereitgestellt. Es gibt keine Selbstbeteiligungen.

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit: Die Geldleistung bei *vollständiger Erwerbsunfähigkeit* (infolge Arbeitsunfällen) beträgt 70% der Bemessungsgrundlage Die Bemessungsgrundlage ist der Tageslohn am Tag des Unfalles. Bei Berufskrankheiten betragen die Geldleistungen 70% im ersten Jahr und danach 75% vom durchschnittlichen Tagegeld.

¹⁶² Ebenda.

¹⁶³ Indexante dos apoios sociais (Indexwert für Soziale Unterstützungen).

Dauernde Erwerbsunfähigkeit: Bei vollständiger Erwerbsunfähigkeit beträgt die Rente 80% des Bezugseinkommens plus 10% für unterhaltsberechtigte Familienmitglieder von je 10%, höchstens jedoch 100% der Bemessungsgrundlage. Bei *vollständiger Erwerbsunfähigkeit* beträgt diese zwischen 50 und 70%. Bei *teilweiser Erwerbsunfähigkeit* wird die Rente von dem Differenzbetrag des EK bei Erwerbsminderung und dem EK bei voller Erwerbsfähigkeit berechnet. Geldleistungen werden nicht besteuert.

1.12.6 Pros und Contras des portugiesischen Gesundheitssystems

Die Schwächen sind in unzureichenden ambulanten Leistungen, in langen Wartezeiten (vor allem im chirurgischen Leistungsbereich) und in der Schwierigkeit, die auch in vielen anderen EU-15 Ländern zu finden ist, etwas gegen den steigenden Gesundheitsausgaben (in % des BIP) zu unternehmen, erkennbar.¹⁶⁴

Obwohl Portugal ein nationales Gesundheitssystem hat, gibt es Zugangsbeschränkungen im zahnärztlichen Sektor, da dieser Sektor mehrheitlich durch private Anbieter geregelt ist.¹⁶⁵

Als Stärke sind vor allem die zahlreichen Reformen, die das System effizienter gestaltet haben, hervorzuheben. Von diesen Reformen waren unter anderem das Krankenhauswesen, der pharmazeutische Bereich und der Bereich der Zuzahlungen durch die privaten Haushalte, betroffen. Desweiteren ist es gelungen die Wartezeiten im chirurgischen Sektor zu reduzieren.¹⁶⁶

¹⁶⁴ Vgl. Pedro Pita Barros 2007, S. 17 f u. S. 122 f.

¹⁶⁵ Ebenda S. 122 f.

¹⁶⁶ Vgl. Pedro Pita Barros 2007, S. xvii u. S. 122 f.

1.13 Schweden

1.13.1 Struktur des schwedischen Gesundheitswesens

Das schwedische Gesundheitssystem ist überwiegend **dezentral** organisiert und die Kompetenzen sind überwiegend zwischen den regionalen und den lokalen Einrichtungen aufgeteilt. Die Gesetze werden jedoch vom Bund vorgegeben. Auf **regionaler Ebene** sind 18 Länderkreise, eine Kommune und zwei Regionen angesiedelt, die aus kosteneffizienten Gründen entstanden sind. Im Wesentlichen haben die **regionalen Instanzen** die Aufgabe Krankenhäuser zu betreuen, Primärversorgung zu gewährleisten und die Gebührenhöhe festzulegen. Der private Sektor steht in vertraglicher Beziehung mit den Länderkreisen, um Leistungen der Sozialversicherungen beziehen zu können.¹⁶⁷ Die Länderkreise sind überdies auch im Besitz der meisten Gesundheitseinrichtungen.¹⁶⁸

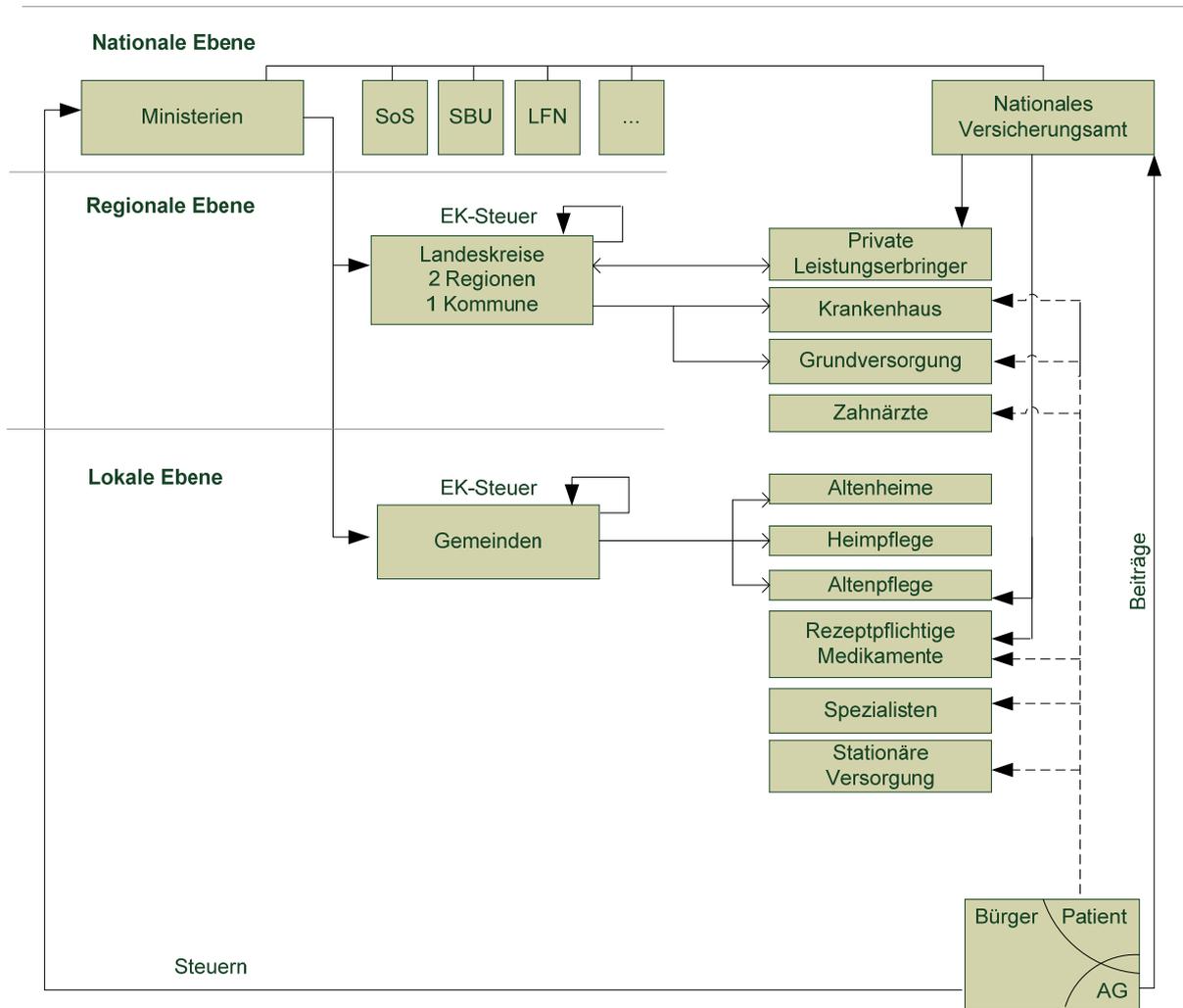
Auf **lokaler Ebene** sind 290 Gemeinden angesiedelt, die unter anderem für die Betreuung von älteren Personen, psychiatrisch kranken Menschen, Altenheime und häusliche Pflege verantwortlich sind. In einem Gesundheitsgebiet, das meist identisch mit einer Gemeinde ist, können eine oder mehrere Gesundheitszentren angesiedelt sein. Große Kommunen können mehrere Gesundheitsgebiete beinhalten (vgl. Abbildung 25).¹⁶⁹

¹⁶⁷ Vgl. Glenngård AH 2005, S. 22 ff.

¹⁶⁸ Vgl. Anell 2005, S. 237 f.

¹⁶⁹ Vgl. Glenngård AH 2005, S. 23-24 .

Abbildung 25 Struktur des schwedischen Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung nach (Glenngård, Hjalte, Svensson, Anell, & Bankauskaite, 2005, S. 15 - 58)

Anmerkungen: AG: Arbeitgeber; Berufsvertretung: -----, Finanzströme: —>, Verhandlungen: <—>, zuständig für / überwacht, kontrolliert: <—, Zuzahlungen: —>, FN: Läkemedelsförmånsnämnden Pharmaceutical Benefits Board, NIPH: Folkhälsoinstitutet National Institute of Public Health.

Auf **nationaler Ebene** gibt es zahlreiche Organisationen, die einen wesentlichen Beitrag für ein gut funktionierendes Gesundheitssystem leisten und dem Gesundheitsministerium zur Seite stehen: *Die Nationale Behörde für Gesundheit und Sozialwesen* (Socialstyrelsen, SoS), ein *Amt für Zuständigkeiten im medizinischen Bereich* (Häls- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd, HSAN), ein *Amt, welches für medizinische Produkte* zuständig ist (Läkemedelsverket) und ein *Amt für pharmazeutische Produkte* (Läkemedelsförmånsnämnden, LFN). Die SoS ist weitgehend autonom und hat vordergründig eine Überwachungsfunktion gegenüber den Ländern und eine

Beratungsfunktion gegenüber Regierungseinrichtungen. Überdies ist die SoS auch für die Lizenzierung von Gesundheitsberufen, wie z.B. Ärzte oder Zahnärzte verantwortlich. Die Behörde für medizinische Produkte ist für die Beaufsichtigung, Regulierung und Kontrolle von medizinischen Produkten verantwortlich. LFN entscheidet, welche Arzneimittel gefördert und welche durch die Versicherungen rückerstattet werden sollen. Dieses Amt ist auch für die Preisfestsetzung von Arzneimitteln verantwortlich. Ein Amt für die Technische Bewertung (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, SBU) ist für die Bewertung von Technologien im Gesundheitsbereich und gegebenenfalls, für den Fall, dass sie kosteneffizient sind, für deren Anpreisung verantwortlich.¹⁷⁰

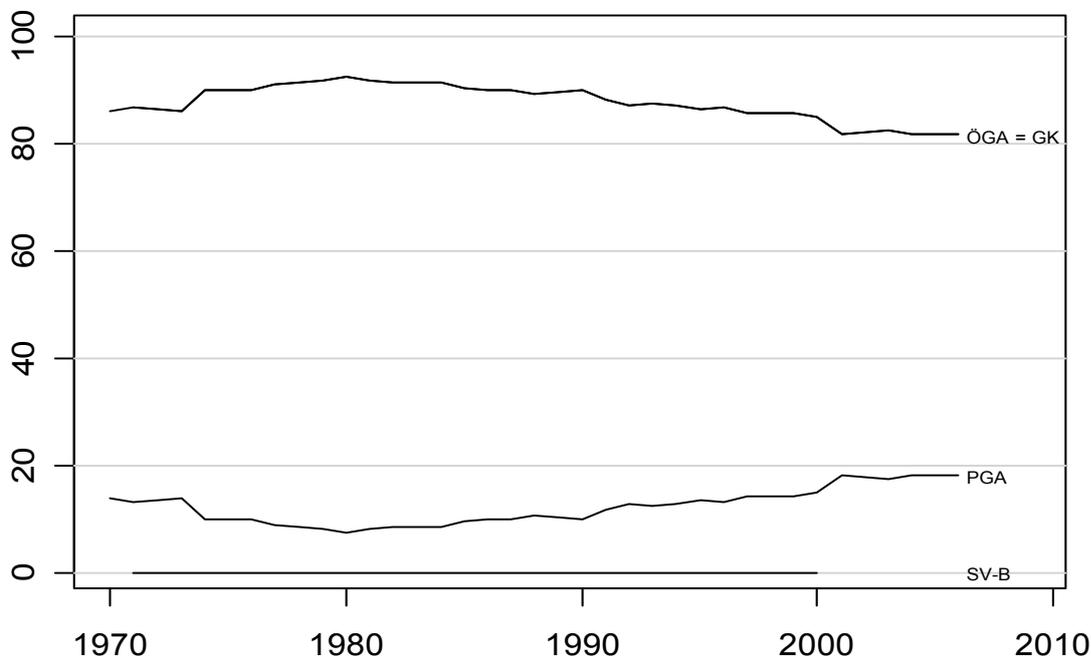
1.13.2 Finanzierungsquellen im schwedischen Gesundheitssystem

Im schwedischen Gesundheitssystem betragen die öffentlichen Finanzierungsquellen im Jahre 2006 81,7% der GGA. Die privaten Ausgaben machen ca. 18% aus (vgl. Abbildung 26). Das ist im EU-15 Vergleich ein eher geringer privater Finanzierungsanteil. Der Anteil der freiwilligen Selbstversicherer wächst aber, aufgrund der Wartezeitenprobleme im ambulanten Sektor, weiter an.¹⁷¹ Die Gebietskörperschaften (ohne Sozialversicherungen) machen auch 81,7% der GGA aus und demnach ist der Anteil der Sozialversicherungsbeiträge gleich null. Das schwedische Gesundheitssystem kann zu den steuerfinanzierten Systemen gezählt werden.

¹⁷⁰ Ebenda S. 19 ff.

¹⁷¹ Vgl. Glenngård AH 2005, S. 47.

Abbildung 26 Finanzierungsquellen im schwedischen Gesundheitssystem (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, ÖGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskrankenkasse ohne Sozialversicherungsbeiträge, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge.

1.13.3 Finanzierung: Krankheit und Mutterschaft¹⁷²

Sachleistungen werden von den regionalen Ämtern über Steuern finanziert. Von den Leistungen ist die ganze Bevölkerung betroffen.

Geldleistungen werden durch AG- und Selbständigen-Beiträge finanziert und die staatliche Beteiligung entfällt ganz. Die Krankenversicherungsbeiträge betragen im Jahr 2008 8,78% für AG und 9,61% für Selbstständige. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht und keine Pflichtgrenze. Neben der Krankenversicherung gibt es noch eine Elternschafts-Versicherung, die AG- bzw. Selbständigen-Beiträge von 2,2% einhebt. Bei Krankheit zahlt der AG 77,6% des Lohnes vom 2. bis zum 14. Krankheitstag aus. Die Bemessungsgrenze beträgt € 32.624 und ab dem 15. Tag wird die Rente von der Krankenversicherung übernommen und der AG entlastet.

¹⁷² Vgl. MISSOC-Datenbank: Schweden (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

Für Schwangerschaft gibt es das Schwangerschaftsgeld und/oder ein (teilweises) Elternschaftsgeld. Ersteres ist für werdende Mütter, die ihre Tätigkeit 60 Tage vor deren Kindesgeburt nicht mehr und auch nicht an anderen Arbeitsplätzen wahrnehmen können. Geldansprüche haben nur jene Personen, die vorher für mindestens 240 aufeinanderfolgende Tage ein Krankentagegeld mit einer Mindestgrenze bezogen haben. Teilweises Elternschaftsgeld kann beansprucht werden, falls Beurlaubungen vonnöten sind, um ein krankes Kind versorgen zu können.

1.13.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte¹⁷³

Es besteht grundsätzlich eine freie **Arztwahl** (sowohl von Allgemeinmediziner als auch Spezialisten). Die Überweisung zu einem Facharzt erfolgt aber trotzdem meist durch einen Allgemeinmediziner. Eine Zuzahlung durch den Patienten für die ärztliche Konsultation ist vorgesehen, die restlichen Kosten werden durch regionale Gesundheitsämter gedeckt. Die Zuzahlung beläuft sich zwischen €11 und €21, bei einer ärztlichen bzw. zwischen €21 und €32, bei einer fachärztlichen Konsultation.

Zahnärztliche Leistungen werden staatlich subventioniert. Für Patienten zwischen 0 und 19 Jahre erfolgt die Finanzierung regional. Ab dem 20. Lebensjahr tritt die Versicherung in Kraft, die aber wiederum nur bestimmte Bereiche, wie z.B. die Grundversorgung und Wurzelversorgung, Füllungen und Kontrolluntersuchen bzw. Zahnersatz und kieferorthopädische Eingriffe, beinhaltet. Der Arzt bestimmt den Preis der Leistungen. Die Kassen zahlen nur einen bestimmten Betrag, die Differenz wird vom Patienten getragen.

Krankenhäuser können sowohl privat als auch öffentlich sein. Die privaten Krankenhäuser benötigen jedoch eine vertragliche Vereinbarung mit den regionalen Einrichtungen. Unter diesen erwähnten privaten Krankenhäusern hat der Patient freie Wahl. Es besteht grundsätzlich eine Selbstbeteiligung, diese kann jedoch unter gewissen Umständen herabgesetzt werden.

1.13.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten¹⁷⁴

Es gibt in Schweden kein eigenes **Pflegesicherungssystem**. Die Finanzierung und Verwaltung erfolgt teilweise durch die Kommunen im Bereich der Sozialdienste.

Das **Invaliditätsrisiko** wird durch Versicherte, AG-Beiträge und Steuern abgedeckt. Die Beiträge für Invaliditätsausgleich und Krankheitsausgleich sind in den AG-Beitrag von 8,78% bzw. 9,61% (für Selbstständige) enthalten. Es muss mindestens eine Erwerbsminderung von

¹⁷³ Ebenda.

¹⁷⁴ Vgl. MISSOC-Datenbank: Schweden (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

25% vorliegen, um anspruchsberechtigt zu sein. Die Finanzierung der Invalidität ist sowohl durch das Kapitaldeckungs- als auch durch ein Umlageverfahren geregelt. Steuerliche Leistungen werden im Falle von Arbeitsunfähigkeiten bereitgestellt. Die Art und Höhe der steuerlichen Leistung berechnet sich nach dem Umfang der Arbeitsunfähigkeit. Personen von 30 bis 65 Jahren sind vom Invaliditätsgesetz betroffen. Der Krankenausgleich endet für 65-jährige und wird dann von der Pensionsrente ersetzt. Der Aktivitätsausgleich kann ab dem 19. bis zum 29. Lebensjahr beansprucht werden, um danach, falls benötigt, vom Krankheitsausgleich abgelöst zu werden. Die EK-bezogene Rentenhöhe ist unabhängig von der Versicherungszeit, aber abhängig vom aktuellen Wohnsitz, vom Betrag des EK bezogenen Ausgleiches und vom Erwerbsminderungsgrad. Die Rentenhöhe für den EK-bezogenen Krankheits- u. Invaliditätsausgleich wird von den drei höchsten Bruttoeinkommen berechnet. Die Jahre, welche zur Bemessung der drei größten Bruttoeinkommen herangezogen werden, sind vom Alter des Patienten abhängig. Bei einem Alter von 53 und darüber werden für die Bemessungsgrundlage die letzten fünf Erwerbsjahre herangezogen, und von denen dann die drei Jahre mit dem höchsten EK. Bei einem Alter zwischen 47 und 49 werden die drei höchsten jährlichen EK der letzten sieben Jahre herangezogen. Bei **vollständiger Erwerbsunfähigkeit** werden bis zu 64% des zukünftigen berechneten EK ausbezahlt. Die Obergrenze des zukünftigen EK beträgt €32.624 im Jahr.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten werden über AG- und Selbstständigen-Beiträge (beide 0,68%) finanziert. Es gibt keine Ausnahmen von der Pflichtversicherung. Die Finanzierung erfolgt durch eine Mischung zwischen dem Kapitaldeckungs- und dem Umlageverfahren. Bei der Berechnung der **vorläufigen Erwerbsunfähigkeit** werden 80% des EK mit einem Faktor von 0,97 multipliziert. Bei **dauernder Erwerbsunfähigkeit** gibt es einen Mindestsatz von 24% des Grundbetrages und einen jährlichen Höchstsatz von €32.624.

1.13.6 Pros und Contras des schwedischen Systems

Die OECD¹⁷⁵ hat vor dem Jahre 2005 eine Reihe von Fehlern und Schwächen des schwedischen Gesundheitssystems festgestellt, denen die schwedische Regierung teilweise nachgekommen ist. Unter anderem hatte die OECD vorgeschlagen Zugangsbeschränkungen für ärztliche Pflege und die Koordinationsmechanismen zwischen den städtischen und ländlichen Bereich zu verbessern, die Qualität der Leistungen zwischen den Regionen zu vereinheitlichen, die Gemeindeanzahl zu verringern und den Einfluss der Kliniken auf Gemeindebudgets zu verringern. Stattdessen sollten vermehrt anwendungsorientierte Gebühren eingehoben werden. Ein weiterer wichtiger Vorschlag war die vermehrte Einführung von privaten Marktelementen im Krankenhauswesen bzw. im Bereich der Langzeitpflege und die Abschaffung des Apothekenmonopols für nicht verschreibungspflichtige Medikamente. Im Bereich der staatlichen Apothekenmonopole als

¹⁷⁵ Vgl. OECD, Economic Survey: Schweden, 2007, S. 48.

auch im Bereich der Langzeitpflege sind in naher Zukunft Verbesserungen angedacht. Die staatliche Monopolherrschaft der Apotheken wird sowohl für den Bereich der verschreibungspflichtigen als auch für nicht-verschreibungspflichtige Medikamenten aufgehoben.¹⁷⁶

1.14 Spanien

1.14.1 Struktur

Das spanische Gesundheitswesen ist vor allem durch eine stark **dezentrale Struktur** gekennzeichnet. Der Dezentralisierungsprozess wurde offiziell im Jahre 2002 als beendet erklärt und dauerte ca. 24 Jahre. Die Dezentralisierung war einerseits historisch begründet, andererseits wurde immer wieder der Versuch unternommen, was teilweise geglückt ist, die ungleiche Machtverteilung und Leistungsverteilung zwischen den Regionen aufzuheben.¹⁷⁷

Die Organisation und Planung obliegt im Wesentlichen 17 **autonomen regionalen Einheiten**, die für die Gesundheitsversorgung und deren Planung verantwortlich sind und zwei autonomen Städten, welche in Afrika angesiedelt sind und die ca. 0,3% der spanischen Bevölkerung abdecken. Die zwei unabhängigen Städte werden vom Institut für Gesundheitsmanagement (INGESA) geleitet.¹⁷⁸ Die verschiedenen Regionen werden weiteres in Gesundheitsgebiete und Gesundheitszonen unterteilt. Ein **Gesundheitsgebiet** beinhaltet zwischen 200.000 und 250.000 Einwohner und eine **Gesundheitszone** ist die kleinste organisatorische Einheit und sie ist für minimal 5.000 bis maximal 25.000 Menschen verantwortlich. Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben erfolgt überwiegend über **Steuereinnahmen**. Sozialversicherungsbeiträge wurden im Laufe der Zeit immer mehr durch Steuern ersetzt (vgl. Abbildung 27).¹⁷⁹ Das Ministerium für **Wirtschaft und Finanzen** ist u.a. für die Preissetzung von pharmazeutischen Produkten und für die Regulierung der Privatversicherungen zuständig. Das Ministerium für **Gesundheit und Konsumentenangelegenheiten** und das Ministerium für **Arbeit und soziale Angelegenheiten** sind vor allem für die Koordination und für die Strukturdefinition im Gesundheitswesen zuständig.¹⁸⁰

¹⁷⁶ Ebenda.

¹⁷⁷ Vgl. Antonio Duran 2006, S 15 - 30.

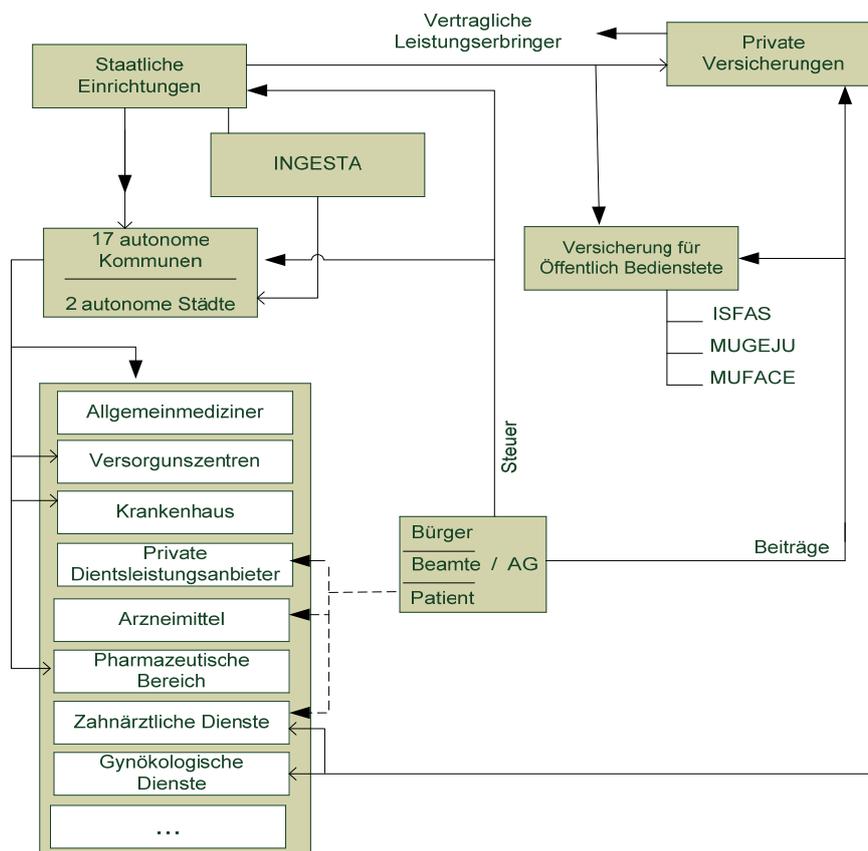
¹⁷⁸ Ebenda, S7 und S 23.

¹⁷⁹ Ebenda, S 31 f und S 19.

¹⁸⁰ Vgl. Antonio Duran 2006, S 7 und S 23.

Dem **Ministerium für Gesundheit und Konsumentenangelegenheiten** sind u.a. das Gesundheitsinstitut Carlos III, das Nationale Institut für Transplantationen, das Nationale Institut für Konsumentenangelegenheiten, die pharmazeutische Behörde und das Institut für Gesundheitsmanagement untergeordnet. Es gibt noch weitere Einrichtungen für die Bereiche Aids und Drogen. Das **Gesundheitsinstitut Carlos III** beschäftigt sich u.a. mit technischen und wissenschaftlichen Zulassungsberechtigungen, mit der biomedizinischen Forschung und Bewertung von medizinischen Einrichtungen. Das **Nationale Institut für Transplantationen** ist vor allem für die Koordination der Organspenden zuständig. Die Abteilung für Konsumentenangelegenheiten ist zum Schutz der Konsumenten da. Die **Pharmazeutischen Behörden** regulieren und kontrollieren die Qualität und die Effizienz von registrierten pharmazeutischen Produkten.¹⁸¹

Abbildung 27 Struktur des spanischen Gesundheitswesens



Quelle: Eigene Darstellung nach Antonio Dura'n, 2006, S. 1-114 und MISSOC-Datenbank: Spanien (Juli 2007)¹⁸²

Anmerkungen: ISFAS/ MUGEJU/MUFACE: überwiegend öffentlich finanzierte Fonds für verschiedene Berufsgruppen, AG: Arbeitgeber, zuständig für: ←, Finanzströme: →, Zuzahlungen: -- →.

¹⁸¹ Vgl. Antonio Duran 2006, S 22 ff.

¹⁸² Vgl. MISSOC-Datenbank: Spanien (1.7.2007), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juli 2007).

Beamte unterstehen einer eigenen Beamtenversicherung, welche hauptsächlich vom Staat und darüberhinaus noch von den Beiträgen der Versicherten finanziert wird. Zusätzlich gibt es für einige Berufsgruppen eigene Fonds.¹⁸³ Es ist jedoch jedem öffentlich Bediensteten freigestellt, auszutreten und stattdessen private Versicherungsträger bzw. den öffentlichen Gesundheitsdienst für sich in Anspruch zu nehmen. In beiden Fällen leitet der Versicherungsfond eine Pro-Kopf-Summe an die jeweiligen Dienste weiter.¹⁸⁴

Die Region finanziert ihre Gesundheitsleistungen unter anderem durch regionale Steuern wie der Einkommens-, Mehrwert-, Erbschafts-, Geschenke- und Grundsteuer und durch staatliche Allokationen. Die staatlichen Fonds werden nach bestimmten Kriterien (z.B. nach regionaler Bevölkerung und Gewichtungen) an den autonomen Kommunen verteilt. Sie wurden unter anderem eingeführt, um den gleichen Zugang zu den Leistungen (für in- und ausländische EU-Bürger) zu gewährleisten, für die Förderung von Investitionsobjekten innerhalb der Regionen (Regionen mit geringem Pro-Kopf-Einkommen profitieren vor allem von diesem Fond) und um (gegebenenfalls) Differenzen zwischen erhaltenen Steuermitteln und benötigten Finanzmitteln auszugleichen.¹⁸⁵

Da im System die (proportionalen) Sozialversicherungsbeiträge durch indirekte Steuern verdrängt wurden, kam es zu einer Abnahme an Progressivität (Guillem Lopez-Casasnovas, 2005, S. 223) .

1.14.2 Finanzierungquellen im spanischen Gesundheitssystem

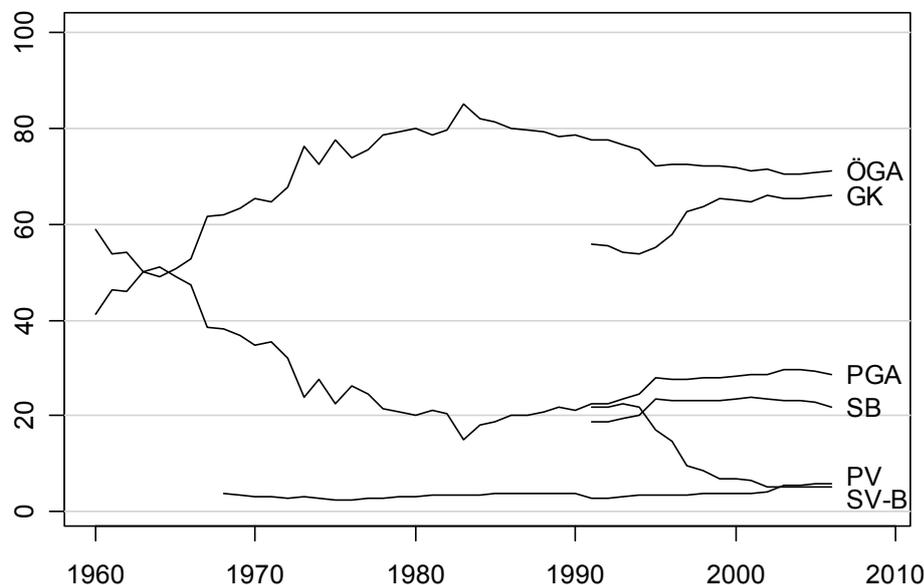
Den höchsten Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben (GGA) machen die öffentlichen Finanzierungsquellen aus (71,2% im Jahre 2006). Die Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherungsbeiträge nehmen gerundet 66% ein. Das entspricht ca. 93% vom öffentlichen Anteil. (vgl. Abbildung 28).

¹⁸³ Ebenda, S 28.

¹⁸⁴ Vgl. Antonio Duran 2006, S. 53.

¹⁸⁵ Ebenda, S. 48 ff.

Abbildung 28 Finanzierungsquellen im spanischen Gesundheitssystem (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

Anmerkungen: ÖGA: Öffentliche Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherungsbeiträge, PGA: Private Gesundheitsausgaben, SB: Selbstbeteiligungen, PV: Privatversicherer, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge.

Der private Finanzierungsanteil liegt mit 28,8% der GGA (im europäischen Vergleich) im Spitzenfeld. Nur Portugal und Griechenland haben einen höheren privaten Finanzierungsanteil.¹⁸⁶ Selbstzahlungen der privaten Haushalte machen rund 22% der GGA aus. Das sind 76,38% vom privaten Finanzierungsanteil. (Vergleiche Frankreich mit 33%).

Der Anteil der Privatversicherten beträgt 6% und die Sozialversicherungsbeiträge machen rund 5,2% (2006) aus (vgl. den Verlauf der SV-Beiträge und Privatversicherer in Abbildung 28).

1.14.3 Finanzierung von Krankheit und Mutterschaft¹⁸⁷

Die **Sachleistungen** werden in Spanien zur Gänze über Steuern finanziert. Zum versicherten Kreis bei Krankheit zählen alle Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, z.B. Rentenempfänger und EK-schwache Personen mit Wohnsitz in Spanien. Ausnahmen sind geringfügige Beschäftigungen, die nicht dem Lebensunterhalt dienen. Eine freiwillige Versicherung ist jedoch unter bestimmten Umständen möglich. Es bestehen keine Wartezeiten. Im Haushalt lebende Personen haben Anspruch auf Mitversicherung, falls bei

¹⁸⁶ Von Belgien, Niederlande und Dänemark liegen für das Jahr 2006 keine Daten vor. Aus den Daten vorangegangener Jahren(2002) kann jedoch geschlossen werden, dass von den 3 genannten nur die Niederlande einen höheren privaten Finanzierungsanteil aufweist.

¹⁸⁷ Vgl. MISSOC-Datenbank: Spanien (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juli 2008).

diesen das EK nicht eine Grenze übersteigt. Bei Schwangerschaft erfolgt eine Unterbringung in Vertragskrankenhäusern oder öffentlichen Krankenhäusern.

Die **Geldleistungen** sind an AG- und AN-Beiträge gekoppelt, welche im Globalbeitrag enthalten sind; der Staat leistet jedoch unter bestimmten Umständen einen Zuschuss. Für Selbstständige gibt es eine Sonderregelung. Es gibt keine Versicherungspflichtgrenze. Die Ausnahme von der Pflichtversicherung ist dieselbe, wie es unter dem Bereich der „Sachleistung“ bereits angeführt wurde. Das Krankengeld wird vom 4. bis zum 15. Krankheitstag vom AG ausbezahlt. Die Berechnungsgrundlage bei Krankheit errechnet sich nach einer Formel, welche die Beitragszahlungen entsprechend miteinbeziehen. Die Leistungshöhe beläuft sich vom 4. bis 20. Tag auf 60% der Berechnungsgrundlage und darüberhinaus auf 75%.

1.14.4 **Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte**¹⁸⁸

Grundsätzlich kann der Patient zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten frei wählen. Die Überweisung zu Fachärzten wird üblicherweise durch den Allgemeinmediziner vorgenommen und der Patient übernimmt in der Regel keine Zuzahlungen für Sachleistungen. Die Vergütung der Allgemeinmediziner erfolgt pauschal mit garantiertem Mindesteinkommen. Die Höhe der Pauschalvergütung richtet sich nach der Anzahl der beim Arzt eingeschriebenen versicherten Patienten.

Krankenhäuser können - mit einigen Ausnahmen - nicht frei durch den versicherten Patienten gewählt werden. Krankenhausärzte erhalten ein Monatsgehalt plus Zulagen. Es gibt keine Zuzahlungen seitens der Patienten.

Die Kosten für **Zahnbehandlungen** sind, je nach Art der Behandlung, gedeckt. Bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sind die Kosten für Zahnbehandlungen vollständig gedeckt.

1.14.5 **Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten**¹⁸⁹

Die **Pflege** wird in Spanien sowohl von den autonomen Kommunen, als auch durch den Staat und Zuzahlungen finanziert. Der Anteil für Pflege ist im Globalbeitrag inkludiert und es gibt keine Altersbeschränkungen, außer für Kinder unter drei Jahren, für die es Sonderbedingungen gibt. Für *teilstationäre Pflege* sind Einrichtungen vorgesehen und

¹⁸⁸ Ebenda.

¹⁸⁹ Vgl. MISSOC-Datenbank: Spanien (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juli 2008).

Arzneimittel sind kostenlos. Bei *häuslicher Pflege* sind jedoch festgelegte Beiträge zu entrichten. Die Art der Selbstbeteiligungen ist vom Grad und Art der Pflege und vom Einkommen der zu pflegenden Person abhängig. Für Pflegeleistungen ist grundsätzlich keine Besteuerung vorgesehen.

Invalidität wird aus dem im Globalbeitrag enthaltenen AG- und AN-Beiträgen gespeist, für Selbstständige gelten Sonderregeln. Die Sicherstellung erfolgt nach dem Umlageverfahren bzw. durch einen Konsolidierungsfond. Ausnahmen für die Pflichtversicherung sind geringfügige Beschäftigungen, wenn diese nicht wesentlich für den Lebensunterhalt sind. Die Rente berechnet sich nach der Art der Beeinträchtigung und nach der Höhe des Bruttolohnes, mit einer jährlichen Bemessungsgrenze von € 33.383,14 (2008). Die Mindestrente ist abhängig von der Dauer der Berufsunfähigkeit und vom Alter des Patienten. Für über 65-jährige Rentner beträgt sie, bei *dauernder Berufsunfähigkeit*, mindestens €528,55. Im Falle von *Schwerstbehinderungen* beträgt sie (für über 65-jährige) €792,83. Die Mindestrente ist abhängig von der Dauer der Berufsunfähigkeit und vom Alter des Patienten. Die Rente für dauernde Berufsunfähigkeit unterliegt keiner Besteuerung. Die monatliche Höchstreute beträgt €2.384,51. Für Medikamente müssen keine Zahlungen geleistet werden.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten werden durch Pflichtversicherungsbeiträge von AG-finanziert bzw. durch freiwillige Selbstständigen-Beiträge. Ausnahmen bilden jene Berufe, die für den Lebensunterhalt unwesentlich sind. Die Art und Höhe der Beiträge richten sich nach dem Risiko. Der Staat beteiligt sich nicht an der Finanzierung. Arbeitsunfälle werden nach dem Kapitaldeckungsverfahren geregelt und die Berufskrankheiten nach dem Umlageverfahren. Die Kosten werden bei Behandlungen durch Vertragsärzte vom Patienten übernommen. Der *Geldleistungsanspruch bei vorübergehenden Arbeitsunfällen* beträgt zwölf Monate. Eine Verlängerung ist nach dieser Frist bis zu sechs Monaten möglich, falls ein Krankheitsende absehbar ist. Die Formel für die Berechnung der Arbeitsunfähigkeit berechnet sich nach dem Bruttotageslohn (bis zu einer Bemessungsgrenze) dividiert durch 265 und im Falle von Überstunden und sonstigen Lohnzulagen wird dieser Betrag noch mit einem Faktor multipliziert. Der Leistungsanspruch beträgt dann 75% der Berechnungsgrundlage. Um überhaupt einen Anspruch zu haben, müssen mindestens 33% Erwerbsunfähigkeit vorliegen. Je nach Art der Erwerbsunfähigkeit wird zwischen dem 24-fachen bis 1,5-fachen der Berechnungsbasis an Rente ausbezahlt.

1.14.6 Pros und Contras des spanischen Systems

Im Zuge zahlreicher Reformen und Entwicklungen hin zu einem dezentralen System sind sehr viele Ziele definiert worden, die mehr oder weniger gut erreicht wurden. Positiv ist vor allem die Versorgung von älteren Menschen, Kindern und Jugendlichen hervorzuheben.¹⁹⁰ Das Hauptproblem in Spanien liegt aber in der ungleichen, sowohl geographischen als auch geschlechts- und wohlstandsspezifischen Ressourcenallokation. Durch progressive Steuern sind die Ärmere zwar begünstigt, jedoch die Mehrwertsteuer, welche stark regressiv wirkt, hebt diesen Effekt wieder auf. Ein wichtiger Punkt, der immer wieder an der Tagesordnung steht, ist das Marketing rund um den pharmazeutischen Bereich. Viele ineffiziente Ausgaben, sowohl auf staatlicher Seite als auch seitens der Patienten, werden für die erhöhten Gesundheitsausgaben verantwortlich gemacht. Hier wird man in Zukunft noch einige Maßnahmen zur Kosteneindämmung setzen müssen. Für pharmazeutische Arzneimittel haben Patienten eine Zuzahlung von 40% zu leisten. Da die Ermäßigungen und Zuzahlungen in diesem Bereich vom Alter und von der Krankheitsdauer, nicht aber vom Einkommen, abhängig sind und das NHS durch einen hohen Anteil von Mehrwertsteuern finanziert wird, kommt es - obwohl das System zusätzlich über eine progressive EK-Steuer finanziert wird - zu einer überwiegend regressiven Besteuerung.¹⁹¹

¹⁹⁰ Vgl. Antonio Duran 2006, S. 171-184 und Guillem Lopez-Casasnovas 2005, S. 223.

¹⁹¹ Ebenda.

1.15 Vereinigtes Königreich

Da das Vereinigte Königreich aus den Ländern Nordirland, Wales, Schottland und England besteht und alle zentral gesteuert werden, aber **dezentral verwaltet** werden, gehe ich nur überblicksmäßig auf zwei Systeme (England und Nordirland) näher ein und bilde das nordirische System in einer Grafik ab.

1.15.1 Struktur

England

In England obliegt dem Gesundheitsministerium die Kontrolle der strategischen Gesundheitsbehörden.¹⁹² Bei der Organisation der Gesundheitsleistungen im Vereinigten Königreich bestehen innerhalb der 4 Länder (Schottland, Wales, England und Nordirland) graduelle Unterschiede. In England sind die 10 Nationalen Gesundheitsbehörden (Strategic Health Authorities, SHAs) für die Überwachung der Gesundheitsfonds in ihren Gebieten verantwortlich. Bezüglich der Leistungserbringung wird zwischen primärer- und sekundärer Gesundheitsversorgung unterschieden. Die Primärversorgung wird vor allem durch Allgemeinmediziner, Zahnärzte und Apotheker bzw. die Sekundärversorgung wird durch Spezialisten sichergestellt.¹⁹³

Primärversorgungsfonds (primary care trusts, PCT) wurden im Jahre 2002 eingeführt, um die Gesundheitsfürsorge zu verbessern. Im PCT agieren viele Dienstleistungsanbieter gemeinsam unter einem Dach. Die Idee dahinter ist es, die lokalen Einrichtungen einheitlich zu managen, um somit die Leistungsbereitstellung effizienter und einfacher für die Patienten gestalten zu können.¹⁹⁴ PCTs (152) sind vor allem für die Primärversorgung verantwortlich und kontrollieren 80% vom Gesundheitsbudget. Weiterhin gibt es 290 Krankenhausfonds, die für die Krankenhäuser und spezielle Gesundheitszentren verantwortlich sind. Weitere Versorgungsfond (Care Trusts, CTs) sind die CT im ambulanten Sektor und die CT für den psychosomatischen bzw. mentalen Bereich (Mental Health Service Trusts).¹⁹⁵

¹⁹²Vgl. NHS, Nationale Gesundheitsdienst, <http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/Pages/NHSstructure.aspx> (August 2008).

¹⁹³ Ebenda.

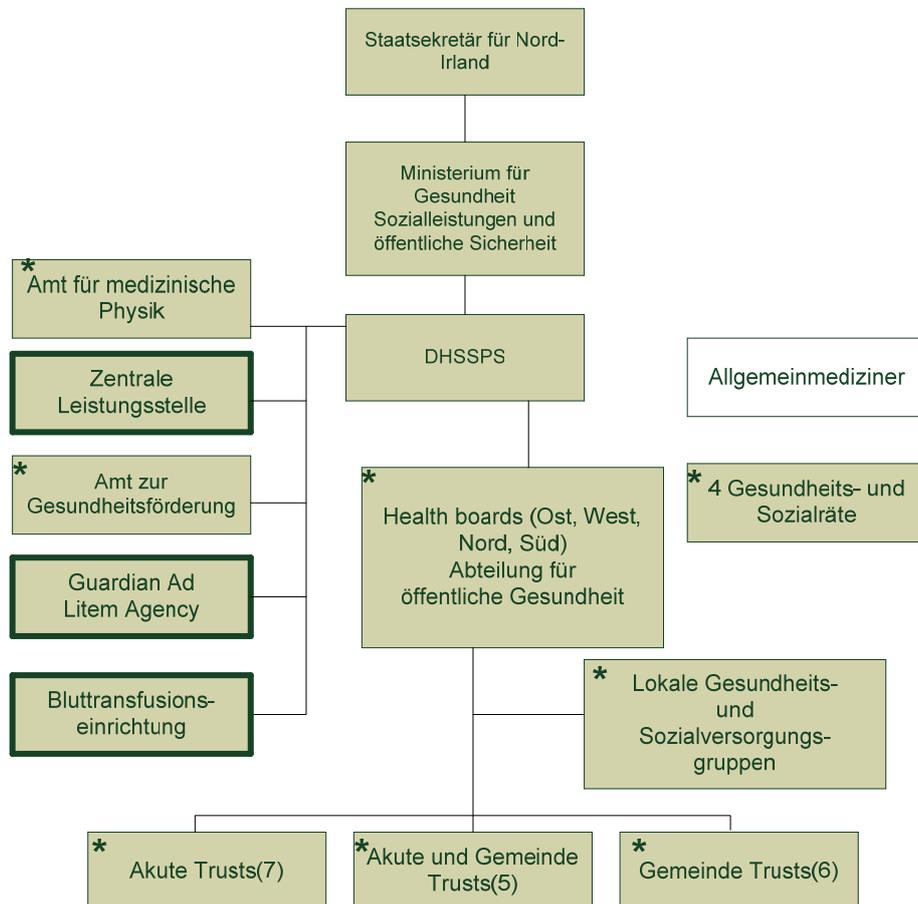
¹⁹⁴ Vgl. Gesundheitministerium, <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Caretrusts/index.htm> (August 2008)

¹⁹⁵ Vgl. NHS, Nationale Gesundheitsdienst, <http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/Pages/NHSstructure.aspx> (August 2008).

Nordirland

Nordirland hat, im Vergleich zu den anderen UK-Ländern als einziges individuelle Sozialleistungen im Gesundheitsdienst inkludiert.¹⁹⁶ Seit dem Jahr 2005 sind sehr viele Strukturreformen in Planung, um das System effizienter und schlanker zu gestalten. Für die Regulierung des Gesundheitsdienstes ist das Amt für Gesundheit, Sozialleistungen und Öffentliche Sicherheit zuständig (Department of Health, Social Service and Public Safety, DHSSPS, vgl. Abbildung 29).

Abbildung 29 Struktur des nordirischen Gesundheitssystem (vor der Reform)



Quelle: Zeichnung angelehnt an (Jordan Angela, 2006, S. 10).

Anmerkungen: Die mit * gekennzeichneten Bereiche sind von der Reformänderung betroffen. Fett umrandete Organisationen sind weitgehend autonom.

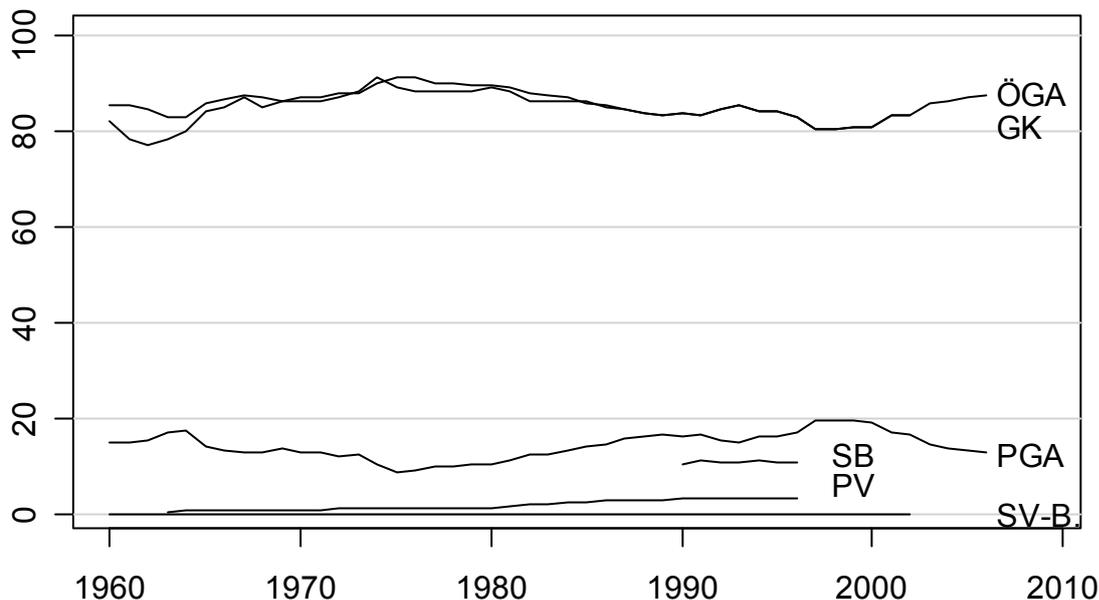
¹⁹⁶ Vgl. NHS, Nationale Gesundheitsdienst, <http://www.nhs.uk/aboutnhs/HowtheNHSworks/Pages/NHSstructure.aspx> (August 2008).

Die Überwachung der Gesundheitsdienste und Leistungen obliegt den vier sog. Service Boards (Eastern, Northern, Southern und Western). Das System bestand aus 19 Trusts, die seit 2007 durch sechs Truste ersetzt wurden. Sie verwalten ihr eigenes Budget und sie sind für die Dienstleistungen verantwortlich. Weiteres ist u.a. angedacht, die vier Health Boards durch eine Behörde für Gesundheits- und Sozialdienstleistung zu ersetzen, um somit das System effizienter zu gestalten.¹⁹⁷

1.15.2 Finanzierungsquellen im Gesundheitssystem des Vereinigten Königreiches

In Abbildung 30 sind die Finanzierungsquellen des Gesundheitssystems im Vereinigten Königreich dargestellt. Die Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherungsbeiträge machen von 1987 bis 2002 die gesamte öffentliche Finanzierung aus. Ab 2002 sind dann keine Daten bezüglich der Gebietskörperschaften mehr verfügbar. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der Trend fortgesetzt wird, da sich ja die Strukturen und Finanzierungsarten seit dieser Zeitperiode nicht wesentlich verändert haben.

Abbildung 30 Finanzierungsquellen im Gesundheitssystem: Vereinigtes Königreich (in % der GGA)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni 2008)

GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, GK: Gebietskrankenkasse ohne Sozialversicherungsbeiträge, SV-B: Sozialversicherungsbeiträge, ÖGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, PGA: private Gesundheitsausgaben, SB: Selbstbeteiligung der privaten Haushalte, PV: Privatversicherungen.

¹⁹⁷Vgl. Jordan Angela, 2006, S. 9-15 und DHSSPS, Department for Health and Public safety, <http://www.dhsspsni.gov.uk/index/hss.htm> (August 2008).

Die öffentliche Finanzierung stellt in Großbritannien rund 87,3% der GGA dar (2006). Nach Luxemburg ist Großbritannien das System mit dem größten öffentlichen Finanzierungsanteil. Der private Finanzierungsanteil beträgt im Jahre 2006 12,9%.

1.15.3 Finanzierung: Krankheit und Mutterschaft¹⁹⁸

Sachleistungen werden sowohl aus Steuern, über den Nationalen Gesundheitsdienst, als auch aus Beiträgen (geringerer Anteil) finanziert. Alle im UK lebenden Personen sind ohne Ausnahmen versichert. Die Dauer der Kostenübernahme ist unbegrenzt.

Geldleistungen werden durch AG-, AN-Beiträge und Steuern finanziert und sind im Globalbeitrag enthalten. Das Krankengeld wird von AG finanziert und das Mutterschaftsgeld wird dem Arbeitgeber vom Staat, abhängig von der Betriebsgröße, mit einem Satz zwischen 92% und 104,5% zurückerstattet. Es gibt für Niedrig-EK-Bezieher wie auch für Erwerbsunfähige Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Das Krankengeld wird vom 4. Tag bis zu 28 Wochen ausbezahlt. Bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit wird ein wöchentlicher Betrag von €83 ausbezahlt und ab den ersten 28 Wochen ein höherer Satz von bis zu €110. Zulagen sind bei Ehepartnern und unterhaltsberechtigten Personen vorgesehen.

1.15.4 Finanzierung der Ärzte, Krankenhäuser und Zahnärzte¹⁹⁹

Der Patient kann zwischen **Allgemeinmedizinern** grundsätzlich frei wählen, jedoch muss er im gleichen ärztlichen Gebiet als der gewählte Arzt wohnen. Bei Ablehnung durch den Arzt können die primären Versorgungsorganisationen die Patienten in eine andere Behandlungsliste eintragen. **Spezialisten** können nicht selbst gewählt werden. Die Überweisung erfolgt durch den Allgemeinmediziner. Die Patienten müssen sich nicht an den Kosten beteiligen, sofern sie im UK wohnhaft sind bzw. Besucher sind. Die **lokalen Grundversorgungszentren** sind für die Grundversorgung verantwortlich. Es können vier unterschiedliche Vertragsvereinbarungen gelten: vertragliche Vereinbarungen für Allgemeinmediziner, lokale Verträge für individuelle medizinische Dienste, Verträge für Alternativmediziner und für medizinische Dienste der Grundversorgung.

Die **Krankenhausbehandlung** erfolgt sowohl (mehrheitlich) durch öffentliche Einrichtungen als auch durch private. Die Krankenhausauswahl erfolgt (seit 2005) teilweise durch den Patienten. Der Mediziner schlägt den Patienten mehrere Krankenhäuser vor, von dem der Patient dann eines wählen darf. Eine Zuzahlung kommt nur für spezielle Sonderleistungen in Betracht.

¹⁹⁸ Vgl. MISSOC-Datenbank: United Kingdom (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juli 2008).

¹⁹⁹ Ebenda.

Die Höhe der Selbstbeteiligung bei **zahnärztlicher** Konsolidierung fallen sehr unterschiedliche aus. Bestimmte Personengruppen, wie Niedrig EK-Bezieher, Schwangere und unter 18-jährige Personen sind jedoch von der Selbstbeteiligung ausgenommen.

1.15.5 Finanzierung der Pflege, Invalidität, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten²⁰⁰

Für die **Pflege** gibt es kein eigenständiges Sicherungssystem. Die Finanzierung erfolgt weitgehend durch die örtlichen Ämter. Bei schweren Behinderten wird ein staatlicher Zuschuss gewährt.

Es wird zwischen *Pflegebeihilfe*, *Unterhaltsbeihilfe* und *Dauerpflegegeld* unterschieden: Erstere betrifft alle über 65-jährige Personen die auf fremde Hilfe angewiesen sind. Die Unterhaltsbeihilfe betrifft unter 66-jährige die sich nicht mehr ohne fremde Hilfe fortbewegen können und letztere betrifft Personen mit einer *vollständigen Erwerbsunfähigkeit* – aufgrund von Betriebsunfällen (Krankheiten) und Schwerstbehinderte. Für das Pflegepersonal ist eine Beihilfe vorgesehen, sofern diese nicht eine bestimmte Einkunft-Obergrenze überschreiten. Die *stationäre Pflege* wird teilweise durch die kommunalen Behörden getragen, falls die betreffenden Personen nicht selber dafür aufkommen können. Bei *teilstationärer Pflege* werden die Beihilfen und Unterhaltsbeihilfen – mit Ausnahme von mobilen Beiträgen – bis zu 28 Tagen entrichtet.

Invalidität wird durch AG- und AN-Beiträge finanziert, die im Globalbeitrag enthalten sind. Die Finanzierung erfolgt durch das Umlageverfahren. Einkommensschwache Personen sind jedoch von der Beitragspflicht ausgenommen.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten werden über Steuer subventioniert. Es gibt eine Positivliste für Krankheiten, die auf die Arbeitsverhältnisse zurückgeführt werden. Es sind nur bestimmte Berufskrankheiten wie die der „bedingten Taubheit“, „chronischer Bronchitis“, Osteoarthritis und bestimmte Lungenkrankheiten geregelt. Es besteht bei Sachleistungen keine Kostenbeteiligung der Patienten. Bei *Krankheiten* werden Geldleistungen bis zu 28 Wochen ausbezahlt – bzw. bis zu 52 Wochen, falls die Krankheit nur vorübergehender Natur ist. Das *Arbeitsunfallgeld* wird für die gesamte Dauer der Einschränkungen ausbezahlt. Der Satz hängt von der Höhe der Beeinträchtigung ab.

²⁰⁰ Vgl. MISSOC-Datenbank: United Kingdom (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (Juli 2008).

2 Theoretische Aspekte des Systemvergleichs

2.1 Steuerfinanzierung vs. Beitragsfinanzierung

Es gibt viele Argumente die gegen und viele die für eine Steuerfinanzierung sprechen, ebenso wie es viele Argumente für und gegen eine Beitragsfinanzierung gibt. Ich möchte hier nur einige Argumente anführen.

Ein immer wieder genanntes Argument gegen eine Beitragsfinanzierung ist, dass durch diese Art der Finanzierung den Unternehmern erhöhte Lohnnebenkosten entstehen und somit der Wirtschaftsstandort geschwächt wird und evtl. auch Unternehmen zum Abwandern zwingt. Eine Steuerfinanzierung ist wiederum abhängig von guten Einnahmen. Wenn der Staat nicht viel einnimmt, kann er auch nicht viel, außer im Falle von Schuldenanhäufung, an die Gesundheitseinrichtungen weitergeben und es kommt folglich zu einer verringerten Ressourcenallokation was unter anderem, wie es fast in jedem nationalen System zu finden ist, zu Wartezeitenproblemen im Gesundheitssektor führen kann. Eine andere Schwäche von steuerbasierten Systemen ist, dass Steuern oft in Konkurrenz mit anderen Steuerarten bzw. Staatsausgaben stehen.²⁰¹ Ein gutes Beispiel dafür bietet die derzeitige Finanzwirtschaftskrise von der vor allem der amerikanische Markt betroffen ist. In solchen Zeiten leiden vor allem nationale Gesundheitssysteme unter den staatlichen Mehraufwendungen, da das Geld, welches für die Wiederherstellung eines gesicherten Finanzmarktes verwendet wird, im Haushaltsbudget fehlt. Ein anderes Beispiel wäre die rein steuerliche Pflegefinanzierung in Österreich, die in Konkurrenz mit den anderen Staatsausgaben steht und es unter anderem deshalb so schwer ist, diesen Bereich gut abzudecken. Andererseits können auch, wie schon erwähnt, Interessensvertretungen ein Gesundheitssystem blockieren bzw. Reformen verhindern. Ein Negativbeispiel dafür bietet Griechenland, in dem zahlreiche Reformversuche durch Interessensvertretungen zu Nichte gemacht wurden.²⁰² Ein sehr großer Vorteil von steuerbasierten Systemen ist der Deckungsgrad der Bevölkerung. Steuersysteme decken meist die ganze Bevölkerung ab, während beitragsfinanzierte Systeme nicht immer einen hohen Deckungsgrad erreichen. So erreichen im Jahre 2006²⁰³ die Länder Griechenland, Schweden, Großbritannien, Dänemark, Finnland und Italien einen Deckungsgrad von 100%. Der Deckungsgrad bezüglich der gesetzlichen Krankenversicherung der (überwiegend oder teilweisen) beitragsfinanzierten Länder reicht von 89,5% in Deutschland bis 99,9% in Frankreich. Niederlande hat etwa 98,7% und Spanien 98,3%. Österreich hat einen Deckungsgrad von 99%. Das sieht zwar auf den ersten Blick viel aus, das entspricht immerhin

²⁰¹ Vgl. Wendt, 2003, S. 90.

²⁰² Vgl. Elias Mossialos 2005, S. 151 f.

²⁰³ Quelle: OECD, Health Data (Juni 2008), Gesetzliche Krankenversicherung- Gesamtgesundheitsversorgung in % der Gesamtbevölkerung. Von Irland, Luxemburg und Portugal liegen keine Daten vor.

82.800 Einwohnern die keinen Versicherungsschutz unter einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. In Frankreich betrifft das ca. 61.300 Einwohner die ohne gesetzlichen Versicherungsschutz auskommen müssen. In Deutschland waren, wie schon erwähnt, nur 89,5% vom Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen, dafür hatten im Jahre 2006 10,3% der Deutschen eine private Krankenversicherung als Basisversicherung.²⁰⁴ (im NHS-System der alten DDR betrug der Deckungsgrad schon im Jahre 1948 100%²⁰⁵).

Ein weiterer wichtiger Punkt, der meiner Meinung nach zu oft unterschätzt wird, bzw. meistens von den zuständigen Akteuren gar nicht wahrgenommen wird, ist ein oftmals unterschiedlicher „*subjektiv empfundener Rechtsanspruch*“ auf Gesundheitsleistungen:

„In nationalen Gesundheitssystemen wird unter anderem das Selbstverständnis gefördert, dass ein Anspruch auf Gesundheitsleistungen auf Grundlage der Staatsbürgerschaft besteht, möglicherweise aber auch, dass mit diesem sozialen Staatsbürgerrecht auch entsprechende Pflichten (wie zum Beispiel die Teilnahme an Präventionsprogrammen) verbunden sind. Demgegenüber unterstützen Versicherungssysteme die Vorstellung, dass über Beitragszahlungen Leistungsansprüche erworben werden, während die Pflichten (wie zum Beispiel eine verantwortungsvolle Leistungsanspruchnahme) nicht direkt mit dem Versicherungsprinzip verbunden werden.“(Wendt, 2003, S. 33).

Es existiert zwar in so gut wie jedem EU-Land der Rechtsanspruch auf Gesundheitsleistungen, jedoch werden, entsprechend der Systemart, unterschiedliche subjektive Einstellungen im Hinblick auf den Leistungsanspruch erhoben. Leistungen werden nicht immer mit Maß und Ziel konsumiert. Es gibt viele Anreize, wie z.B. eine Erhöhung oder Einführung von Selbstbezahlungen (Selbstbehalten), durch welche versucht wird, die Patienten zu einer verantwortungsvolleren Leistungsanspruchnahme zu bewegen.

²⁰⁴ Ebenda.

²⁰⁵ Vgl. Busse, 2005, S. 18.

2.2 Dezentralisierung vs. Zentralisierung

Eine wesentliche strukturelle Unterscheidung betrifft die Art der Systemsteuerung bzw. der Organisation. So kann man zwischen einer überwiegend dezentralen und einer überwiegend zentralen Steuerung unterscheiden. Der Vorteil der einen Steuerungsart ist zumeist gleichzeitig der Nachteil der anderen. So ist ein dezentrales System stärker für Koordinationsprobleme und für ungleiche, meist auch als ungerecht empfundene Qualitäts- und Leistungsbereitstellung in den verschiedenen Dienstleistungsbereichen anfällig. Es ist meist auch schwieriger, Zahlungsströme nachzuvollziehen und das Verhalten der Akteure zu kontrollieren bzw. zu steuern. Verschiedene autonome Einrichtungen können unterschiedliche Zahlungsmodalitäten haben und spezifische Dienstleistungen anbieten und das kann in weiterer Folge zu großen Koordinationsproblemen führen. Andererseits kann dies auch ein großer Vorteil von dezentralen Systemen sein. Dezentrale Systeme können auf die historischen und kulturellen (oft auch sprachlichen) Unterschiede der einzelnen Regionen eingehen. Ein „Ungerechtigkeitsaspekt“, der zwischen den einzelnen Regionen bei ungleichem Leistungsangebot empfunden werden kann, schwingt hier jedoch immer implizit mit.

Je mehr Kompetenzen und Verhandlungsspielraum einer Gruppe von Akteuren gegeben werden, desto schwieriger sind meist nachträgliche Änderungen im System, da mit diesen Akteuren einerseits verhandelt werden muss und diese auch versuchen werden, ihre eigenen Interessen durchzusetzen. Wenn die Akteure versuchen, ihre Interessen gesetzlich zu verankern, dann spricht man von sog. Lobbyisten. Die Geschichte der Gesundheitsreformen im EU-Raum hat gezeigt, dass es tatsächlich sehr schwer ist, dezentrale Gesundheitssysteme zu reformieren. Meist sind dazu ein paar Anläufe fällig und es müssen Zugeständnisse gemacht werden, damit dann letztlich auch nur eine abgespeckte Version der ursprünglich geplanten Reform umgesetzt werden kann.

Zentrale Gesundheitssysteme sind leichter (durch regulative Maßnahmen) vom Staat oder durch die zuständigen Organen steuerbar und können eher eine gleichmäßige Qualität der bereitgestellten Leistungen gewährleisten. Der Trend in den EU-15-Ländern geht aber in Richtung Dezentrierung.

2.3 Öffentlich vs. privater Finanzierung

(Leistungsbereitstellung)

Neben der Art der Steuerung (dezentral, zentral) lassen sich die Gesundheitssysteme auch nach der Art der Finanzierung einteilen. In den EU-Ländern überwiegt der öffentliche Finanzierungsanteil gegenüber dem privaten Anteil.²⁰⁶ Beide Finanzierungsanteile sind aber unabhkömmlich. In welchem Ausmaß welche Finanzierungsart gewählt werden soll, hängt von der Struktur des Gesundheitssystems ab. Allgemeine Aussagen können hier nicht getätigt werden. Es ist sehr wichtig den öffentlichen und privaten Sektor gut zu Regulieren und diese zwei Gebiete in ergänzender Weise aufeinander abzustimmen. Negativbeispiele einer schlechten Regulierung findet man z.B. in Griechenland. Dort wurde versucht den privaten Sektor durch Preisregulierungen einzudämmen. Öffentliche und private Krankenhauspreise wurden aufeinander abgestimmt und gleichzeitig wurden die öffentlichen Preise sehr klein gehalten. Als Folge entstanden hohe Defizite im Krankenhauswesen und die viele Leistungserbringer wechselten vom privaten Krankenhaussektor zu den unregulierten Diagnosezentren²⁰⁷. Steigende private Aufwendungen sind in Griechenland vor allem auf Unterversorgungen im öffentlichen Sektor zurückzuführen. Weitere Gründe sind informellen Zahlungen, schlechte Grundversorgung und begrenzte zahnärztlichen Versorgung im öffentlichen Sektor (Mossialos, A, 2005, S. 158). Die Zahnarztdichte pro 1000 Einwohner liegt zwar im EU-15-Vergleich an erster Stelle (vgl. Abschnitt 3.2.4), dieser Bereich wird aber überwiegend privat finanziert.

Neben dem öffentlichen und privaten Finanzierungsanteil können aber auch die Leistungen entweder im öffentlichen oder im privaten Sektor erbracht werden. Nicht jedes Gesundheitssystem erlaubt es dem Leistungsanbieter gleichzeitig sowohl öffentlich als auch private Leistungen zu erbringen.

Aus einer Studie²⁰⁸, in der der Zusammenhang zwischen öffentlichen und privaten Leistungsangebot in nationalen Gesundheitssystemen untersucht wurde, geht hervor, dass ein effizienter Mix zwischen öffentlichem und privatem Leistungsangebot vom Grad der Substituierbarkeit zwischen öffentlichen und privaten Leistungen und vom vorherrschenden Marktwettbewerb abhängig ist.

Laut der oben erwähnten Studie ist ein Gesetz, welches dem Leistungsanbieter *verbietet*, gleichzeitig im öffentlichen sowie im privaten Sektor Leistungen zu erbringen, nur dann sinnvoll, wenn wenige Leistungsanbieter in einem Markt tätig sind und die öffentlichen bzw. privaten Leistungen enge Substitute darstellen. Einseitige private Leistungserbringung kann

²⁰⁶ In Griechenland gab es Jahre, in denen der öffentliche Finanzierungsanteil geringer als der private Finanzierungsanteil war.

²⁰⁷ Vgl. Mossialos, A, 2005, S. 153.

²⁰⁸ Vgl. Sjørgard, 2007, S. 579-601.

zu einer Unterversorgung im öffentlichen Bereich führen. Der Staat ist bemüht, diesem Effekt durch höhere Gehälter im öffentlichen Leistungswesen entgegenzusteuern, um mit den hohen Profiten im privaten Sektor konkurrieren zu können und somit dem Leistungserbringer einen Anreiz zu geben auch vermehrt im öffentlichen Sektor zu arbeiten. Ein Mix aus öffentlichen und privaten Leistungen ist nur dann sinnvoll, wenn im Markt sehr viele Leistungsanbieter ansässig sind, da eine hohe Konkurrenz im privaten Sektor den Preis und somit die Profite der privaten Leistungsbereitstellung drücken und somit eine erhöhte Zuwendung zum öffentlichen Sektor gegeben ist.²⁰⁹

²⁰⁹ Ebenda, S. 580-588.

3 Vergleich der Gesundheitssysteme in den EU-15-Ländern

3.1 Vergleich der Finanzierungsquellen

In Tabelle 2 (siehe auch nächste Seite) sind noch einmal die Finanzierungsquellen innerhalb der EU-15 Länder zusammengefasst.

Tabelle 2 Finanzierungsquellen innerhalb der EU-15 in % der GGA (2006)

2006	AT	BE	DK	FI	FR	DE	GR	IE	IT	LU	NL	PT	ES	SE	UK
ÖGA(%derGGA)	76,2	76,6c	83,2a	76	79,7	76,9	61,6	78,3	77,2	90,9	66,5a	70,6	71,2	81,7	87,3
PGA(in%derGGA)	23,8	23,4a	16,8c	24	20,3	23,1	38,4	21,7	22,8	9,1	33,5c	29,4	28,8	18,3	12,7
SUMME:	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
GK(in%derGGA)	31,5	12,7	79,9	61,1	5,1	9,3	NA	77,6	77,1	20,6	4	69,7	66,1	81,7	NA
SV(in%derGGA)	44,7	56,4	0	14,9	74,6	67,5	NA	0,7	0,1	70,3	77,7	0,8	5,2	NA	NA
SB(in%derGGA)	16,5	20,7	14,4	18,7	6,7	13,2	NA	12,4	20,2	6,5	6	22,8	22	NA	NA
PV(in%derGGA)	4,7	4,9	1,5	2,2	12,8	9,2	NA	8,4	0,9	1,7	5,9	4,1	6	NA	NA
SUMME: d	97,4	94,7	95,8	96,9	99,2	99,2	0	99,1	98,3	99,1	93,6	97,4	99,3	81,7	0

[Fortsetzung nächste Seite]

[Fortsetzung]

GK(in%derOGA)	41,40	NA	NA	80,37	6,42	12,15	NA	99,08	99,86	22,70	NA	98,81	92,74	100	NA
SV(in%derOGA)	58,60	NA	NA	19,63	93,58	87,85	NA	0,92	0,14	77,34	NA	1,19	7,26	NA	NA
SB(in%derPGA)	69,26	NA	NA	77,61	33,22	57,07	NA	57,23	88,48	70,61	NA	77,33	76,47	NA	NA
über 2/3 SV bzw. GK in % der GGA.			NHS		SHI	SHI		NHS	NHS	SHI	SHI	NHS		NHS	
Länder:	AT	BE	DK	FI	FR	DE	GR	IE	IT	LU	NL	PT	ES	SE	UK

Quelle: Eigene Darstellung nach (OECD Health Data, 2008)

Anmerkungen: GGA: Gesamtgesundheitsausgaben, OGA: öffentliche Gesundheitsausgaben, PGA: private Gesundheitsausgaben, GK: Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherungsbeiträge, SB: Selbstbeteiligungen der privaten Haushalte, SV: Sozialversicherungsbeiträge, NA: keine Daten verfügbar, SHI: durch Sozialversicherungsbeiträge finanziertes System, NHS: Nationale Gesundheitssysteme, a: Eigene Berechnungen mittels der Regressionsimputationsmethode c: geschätzte Werte von a, d: Die Aufsummierung ergibt deshalb nicht 100%, da in den meisten Ländern auch noch ausländische Finanzierungsquellen, Finanzierungsquellen von Unternehmen und sonstige Finanzierungsquellen hinzukommen.

Die Länder mit dem größten Anteil der **SV-Beiträge** an den gesamten Gesundheitsausgaben sind (absteigend gereiht): NL, FR, LU, DE, BE, AT, FI, SE, PT, IE, IT und DK. Belgien hat noch einen Anteil von über 50%. Österreich weist mit 44,7% noch einen relativ hohen Anteil auf, kann aber nicht mehr zu den reinen beitragsfinanzierten Systemen gezählt werden. Unter anderem ist die rein steuerliche Pflegefinanzierung dafür mitverantwortlich. Finnland kann mit 14,9% eindeutig nicht mehr zu den SHI-Systemen gezählt werden. Für Griechenland, Schweden und Großbritannien liegen keine Daten vor.

Die **Selbstbeteiligungen der privaten Haushalte** machen vor allem in Italien, Finnland, Portugal, Schweden, Luxemburg, Österreich, Irland und Deutschland über 50% der privaten Gesundheitsausgaben aus. Frankreich hat nur einen Anteil von (gerundet) 33%.²¹⁰ Der Anteil der Selbstbeteiligungen an den privaten Gesundheitsausgaben betrug in Dänemark, im Jahr 2002 92,39% und in den Niederlanden 21,33%.

Wenn man nur nach den Zahlen geht, dann könnten eigentlich nur Frankreich, die Niederlande, Luxemburg und Deutschland als beitragsfinanziertes System gelten, da zum einen bei diesen vier Ländern der Anteil der Sozialversicherungen an den GGA relativ hoch (größer als 2/3) ist und zum anderen der Anteil der öffentlichen Körperschaften ohne Sozialversicherungsbeiträge relativ gering (unter 15%) ist. In den Niederlanden macht dieser Anteil sogar nur 6% aus. Das Gesundheitswesen wird in den Ländern Dänemark, Irland, Italien, Portugal, Schweden (mit 66,1% nur knapp unter der 2/3 Marke) und Großbritannien

²¹⁰ Von Belgien, Griechenland, Niederlande, Schweden, Dänemark und dem Vereinigten Königreich liegen für das Jahr 2006 keine Daten vor.

(Werte von 2003: 83,4%). Eventuell kann man noch Finnland, mit 61,1%, zu den NHS Systemen zählen.

Wenn sich, ähnlich der Preisfindung auf einem Markt, bei dem sich der Marktpreis automatisch im Gleichgewichtspunkt einpendelt, jedes Gesundheitssystem aus Effizienzgründen im Laufe der Zeit dorthin entwickelt, dass eine effiziente Ressourcenallokation gewährleistet ist, so müsste man den steuerbasierten Systemen den Vorzug geben, da im EU-15 Raum vier Länder²¹¹ von einem SHI- zu einem NHS- System gewechselt sind. Dies geschah aber meist willentlich und mit der Absicht, bestimmte Ziele, wie z.B. einen höheren Deckungsgrad der Bevölkerung, zu erreichen. Welches System (NHS oder SHI) nun effizienter ist, kann man meiner Einschätzung nach nicht allein anhand bestimmter Kennzahlenvergleiche (wie z.B. Lebenserwartung, Mortalität oder durch den Vergleich der absoluten- und der relativen Gesundheitsausgaben) eruieren. Zwar gibt es durchaus Bereiche, in denen das eine System dem anderen System anhand von bestimmten Kennzahlen überlegen ist, aber es kann nicht gesagt werden, dass es einen kausalen Zusammenhang zwischen den beobachteten Kennzahlen und der Finanzierungsart gibt. Eine auch sehr maßgebliche Rolle spielen meiner Meinung nach die Struktur der Systeme und deren Kontrollmechanismen, der Grad der Autonomie der handelnden Akteure und vor allem die Art der Anreiz-Systeme bzw. Bezahlungsarten der Leistungserbringer. Ein weiterer, zwar aufschlussreicher, aber nicht zu überschätzender Faktor, ist die Zufriedenheit der Bürger mit einem Gesundheitssystem. Die Zufriedenheit der Bürger sagt möglicherweise nur wenig über die Effizienz eines Systems aus, sondern wenn überhaupt, dann vor allem nur über die Qualität der Leistung. Eine qualitativ gute Leistung kann wiederum nicht nur auf die Art der Finanzierung zurückgeführt werden. Desweiteren kann im Falle hoher Zufriedenheitsmesswerte auch nicht ausgeschlossen werden, dass die erbrachten Leistungen nicht mit noch weniger Ausgaben und noch anderen (effizienteren) Strukturen und anderen Anreiz-Systemen erreicht werden können.

²¹¹Griechenland wechselte 1983 das System, Spanien im Jahre 1986, Italien 1978 und Portugal im Jahre 1979. Vgl: (Elias Mossialos, 2005, S. 152), (Antonio Durán, 2006, S. 19), (George France, 2005, S. 187) und (Barros & Simões, 2007, S. 16).

3.2 Vergleich der Leistungsbereiche

Der in den folgenden Abschnitten beschriebene Vergleich der Bereiche „Pflege“, „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“ und „Invalidität“ (Kapitel: 3.2.1 – 3.2.3) bezieht sich auf Anfang des Jahres 2008. Als Datenquelle diente die MISSOC-Datenbanken²¹² (1.1.2008). Die Daten für den Vergleich der „Leistungserbringungsichte“ und der „Geldleistungen im Falle von Krankheit“ (siehe die Abschnitte 3.2.4 und 3.2.5) wurden aus dem Bestand der OECD Health data (Juni, 2008) bzw. aus den schon oben erwähnten MISSOC-Datenbanken (Juni, 2006) entnommen.

Laut einer Studie von Prof. BESKE²¹³ liegt Österreich (im Vergleich mit 13 anderen Ländern²¹⁴) bezüglich des Effizienzindex auf dem 5. Platz. Der Effizienzindex (siehe untenstehende Formel) errechnet sich aus dem Verhältnis zwischen den Ausgaben und Nutzen eines Systems.

Ei.....Effizienzindex

Ai.....Pro-Kopf-Ausgaben(A) eins Landes(i)

n..... Anzahl der Länder

pi.....Summe der erreichten Punkteanzahl eines Landes(i) in Bezug auf Gesundheits- und Geldleistungen.

$$Ei = \frac{Ai / \sum_i \frac{Ai}{n}}{Pi / \sum_i \frac{Pi}{n}} * 100$$

Quelle: (Beske & Drabinski, 2005, S. 192)

Prof. BESKE und Dr. DRABINSKI haben die Leistungen der Gesundheitswesen der Länder miteinander verglichen und diese dann nach bestimmten Kriterien bewertet und so für jedes Land einen Versorgungsindex berechnet.²¹⁵ Die Länder Belgien, Deutschland, Frankreich und Japan erreichten ein höheres Effizienzniveau als Österreich. Bezüglich der Pro-Kopf-Ausgaben für **Geld und Sachleistungen** liegt Österreich gleichfalls an 5. Stelle, bezüglich

²¹² MISSOC-Datenbank (1.1.2008), Mutual Information System on Social Protection, http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (August 2008).

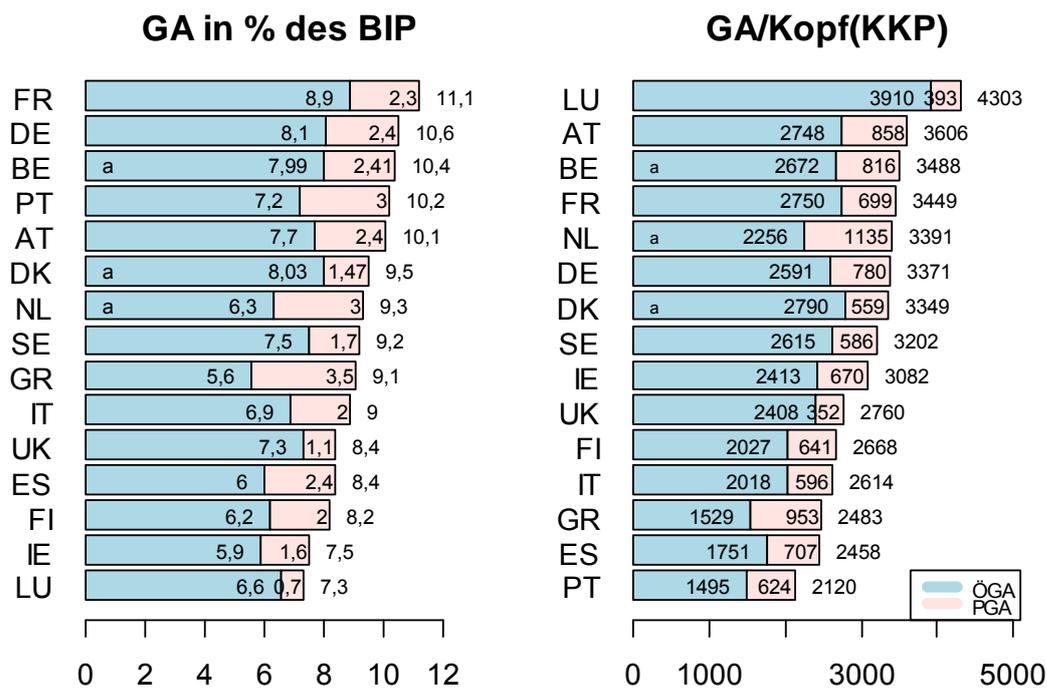
²¹³ Vgl. Beske, Band II, 2005, S. 167 ff.

²¹⁴ Zu den vgl. Ländern zählten: Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Japan, Kanada, Niederlande, Österreich, Schweden, Schweiz, USA.

²¹⁵ Ein Versorgungsniveau beinhaltet Bereiche wie: Arztdichte, Facharztdichte, Zahnarztdichte, Zahl der akutstationären Betten je 1000 Einwohner, Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus, freie Arztwahl in der häuslichen Versorgung, Zuzahlung bei hausärztlicher Versorgung, Freier Zugang zur fachärztlicher Versorgung, Zuzahlung bei fachärztlicher Versorgung, Umfang der zahnärztlichen Versorgung, Zuzahlungen bei zahnärztlicher Versorgung, Zahnersatz im Leistungskatalog, freie Krankenhauswahl, Zuzahlungen im Krankenhaus, Wartezeit im Krankenhaus, Heilmittel im Leistungskatalog, Hilfsmittel im Leistungskatalog; Höhe des Entgeltersatzes bei zeitlich befristeter Arbeitsunfähigkeit im 1. Jahr und befristeter Arbeitsunfähigkeit im 2. Jahr (Lohnfortzahlungen vom Arbeitgeber, Krankengeld von der Sozialleistung), Invaliditätsrente, Unfallrente, Höhe von Einmalzahlungen, Umfang und Höhe der Lohnfortzahlungen oder Krankengeld zur Pflege von Familienangehörigen und Lohnfortzahlungen bei Mutterschaft.

Ausgaben für **Geldleistungen** liegt Österreich an 10. Stelle. An erster Stelle liegt Kanada mit den geringsten Pro-Kopf-Ausgaben. Beim Versorgungsniveau (für Geldleistungen) liegt Österreich (gemeinsam mit Italien und Dänemark) an 6. Stelle. Niederlande, Schweden, Deutschland, Japan und Frankreich haben ein höheres Versorgungsniveau. Bei den Pro-Kopf-Ausgaben für **Sachleistungen** liegt Österreich mit einem sehr guten Versorgungsniveau in diesem Bereich (nur Deutschland hat ein besseres Versorgungsniveau bei Sachleistungen) an 9. Stelle (Deutschland liegt an 7. Stelle bei dem Pro-Kopf-Ausgaben).²¹⁶ Deutschland hat also im Vergleich zu Österreich - nach den Berechnungen von Prof. BESKE - sowohl für Sachleistungen als auch für Geldleistungen geringere Pro-Kopf-Ausgaben, trotz höherem Versorgungsniveau in den beiden genannten Bereichen. In Abbildung 31 werden die absoluten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und die Gesundheitsausgaben relativ zum Bruttoinlandsprodukt, sowohl für den öffentlichen als auch für den privaten Anteil, dargestellt.

Abbildung 31 Relative und absolute Gesundheitsausgaben 2006 (in US \$)



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni, 2008)

Anmerkungen: Absteigend gereiht bezüglich Gesamtausgaben (Prozentsatz), KKP: Kaufkraftparitäten, GA: Gesundheitsausgaben, ÖGA: Öffentliche Gesundheitsausgaben, PGA: Private Gesundheitsausgaben. Die Länderabkürzungen erfolgten nach dem Domainnamen. a: Eigene Schätzungen der öffentlichen/privaten GA für die Länder Belgien, Niederlande und Dänemark.

²¹⁶ Vgl. Beske, 2005b, S. 167ff.

Der Durchschnitt²¹⁷ der **öffentlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben** beträgt \$ 2.398,2 (zu Kaufkraftparitäten). Den geringsten Anteil an öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben hat Portugal mit Ausgaben von \$ 1.495. Die höchsten öffentlichen Pro-Kopf Ausgaben hat Luxemburg mit \$ 3.910 gefolgt von Dänemark, Frankreich, Österreich, Belgien, Schweden, Deutschland und Irland und dem Vereinigten Königreich. Alle anderen Länder liegen unter dem Durchschnitt. Der Durchschnitt der **privaten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben**²¹⁸ liegt bei (gerundet) \$ 691. Das Vereinigte Königreich (NHS) hat die geringsten privaten Pro-Kopf-Ausgaben von \$ 352, gefolgt von den Ländern Luxemburg, Dänemark, Schweden, Italien, Portugal, Finnland und Irland. Alle anderen Länder liegen über dem Durchschnitt. Die höchsten privaten Pro-Kopf-Ausgaben haben die Niederlande mit \$ 1.135. Griechenland und Spanien gehören, obwohl sie nationale Gesundheitssysteme sind, zu den Ländern mit hohen privaten Pro-Kopf-Ausgaben.

Der Durchschnitt²¹⁹ für **öffentliche Gesundheitsausgaben in % des BIP** liegt bei (gerundet) sieben Prozent. Den größten Anteil an ÖGA in % des BIP hat Frankreich mit 8,9%, gefolgt von Deutschland, Dänemark, Belgien, Österreich, Schweden, dem Vereinigten Königreich und Portugal (7,2%). Den geringsten Anteil an ÖGA hat Griechenland mit 5,6%. Knapp unter dem Durchschnitt liegt Italien mit 6,9%. Der Anteil der **privaten Gesundheitsausgaben**²²⁰ liegt im Durchschnitt bei 2,13%. Griechenland hat mit 5,6% den größten Anteil und Luxemburg (mit 0,7%) den geringsten. Fünf steuerbasierte Systeme und drei nationale Gesundheitssysteme liegen über dem Durchschnitt bzw. haben eher hohe PGA in % des BIP. Über dem Schnitt liegen Griechenland, Portugal, Niederlande, Belgien, Deutschland, Österreich, Spanien und Frankreich. Italien liegt mit 2% nur knapp unter dem Durchschnitt. Luxemburg hat die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben und gleichzeitig den geringsten BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben.

3.2.1 Pflege²²¹

Kein eigenständiges Sicherungssystem im Bereich der Pflege haben die Länder Finnland, Schweden, Vereinigtes Königreich, Italien und die Niederlande. In Finnland, Schweden und Dänemark wird das Risiko durch Kommunen und öffentliche Dienstleistungen in Form von Sozialdiensten gedeckt bzw. durch staatliche Ämter. In Großbritannien und in den Niederlanden erfolgt die Risikoabdeckung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Der Bereich Pflege wird in Österreich und Portugal voll bzw. in Irland überwiegend über **Steuern** finanziert. In Deutschland wird die Pflege vollständig und in Luxemburg überwiegend aus **Beiträgen** finanziert. In Österreich und Frankreich gibt es immer wieder Debatten über die Sicherung im Pflegebereich und in beiden Ländern sind in Zukunft Lösungen geplant, auch wenn diese zurzeit noch nicht konkretisiert bzw. gesetzlich fixiert sind.

²¹⁷ Eigene Schätzung der privaten/öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die Länder Belgien, Dänemark und die Niederlande.

²¹⁸ Ebenda.

²¹⁹ Eigene Schätzungen der öffentlichen Gesundheitsausgaben in % des BIP's für die Länder Belgien, Dänemark und die Niederlande.

²²⁰ Ebenda.

²²¹ Vgl. MISSOC-Datenbank, (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (September 2008).

3.2.2 Invalidität²²²

Das Risiko für Invalidität wird in den meisten EU-15 Ländern vorwiegend über Beiträge von Versicherten und Arbeitgebern abgedeckt. Irland, Italien, Portugal und das Vereinigte Königreich finanzieren sich nur über Beiträge, während in den restlichen EU-15 Ländern meist ein Mischverhältnis von Beitrags- und Steuerfinanzierung vorherrscht. In Griechenland gibt es neben der Beitragsfinanzierung staatliche Zuschüsse und Sondersysteme für verschiedene Gruppen von Selbstständigen. In Dänemark teilt sich der Staat mit den lokalen Behörden das Risiko. In Belgien und in Österreich überwiegt die Beitragsfinanzierung. Das Invaliditätsrisiko wird in Finnland sowohl durch Steuern als auch über Beiträge abgedeckt. Das deutsche System wird über Steuern und Beiträge finanziert. Im Bereich der Finanzierung weicht nur Dänemark mit einer reinen steuerlicher Finanzierung von den überwiegend vorherrschenden Finanzierungsmodellen ab.

3.2.3 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten²²³

Die *Risikoabdeckung* im Falle von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (A&B) ist in den EU-15 Ländern teilweise sehr unterschiedlich. In Dänemark, Deutschland, Spanien, Frankreich, Irland, Italien, Österreich und Schweden wird dieser Bereich überwiegend aus Beiträgen über ein Sozialversicherungssystem finanziert. In Belgien werden die Bereiche Arbeitsunfälle und der Bereich Berufskrankheiten unterschiedlich finanziert. Die Finanzierung des Arbeitsunfallrisikos erfolgt über Arbeitgeberversicherungsprämien und die Finanzierung der Risiken bei Berufskrankheiten über Beitragseinnahmen. In Portugal wird das Risiko für Arbeitsunfälle durch Privatversicherungen gedeckt und das Risiko für Berufskrankheiten wird durch Arbeitgeberbeiträge abgedeckt. In Griechenland und den Niederlanden ist dieser Bereich nicht eigenständig geregelt. Luxemburg deckt das Risiko in diesem Bereich durch Arbeitgeberprämien ab. In Finnland ist die Art der Risikoabdeckung vom beruflichen Status abhängig. Die Risikoabdeckung für Landwirte erfolgt sowohl durch Steuern als auch durch Beiträge. Die Finanzierung der sonstigen Arbeitnehmergruppen erfolgt hauptsächlich über Beiträge. In Großbritannien werden Leistungen für diesen Bereich hauptsächlich durch den Staat finanziert, welche pauschal vergütet werden. In den meisten EU-15 Ländern, mit Ausnahme von Schweden, gibt es eine *Liste* mit gängigen Berufskrankheiten. *Die Art und Höhe der Leistungen* sind unter anderem vom Grad und der Dauer der Erwerbsunfähigkeit abhängig. So gibt es in einigen Ländern einen Rentenanspruch ab 1% Erwerbsunfähigkeit (Irland) bis hin zu 50% Erwerbsunfähigkeit (Griechenland). Die Höhe der Rente berechnet sich meistens nach dem Grad der Erwerbsunfähigkeit und in einigen Ländern, wie z.B. Finnland, ist für den Leistungsanspruch auch noch die Höhe des entgangenen Einkommens maßgeblich.

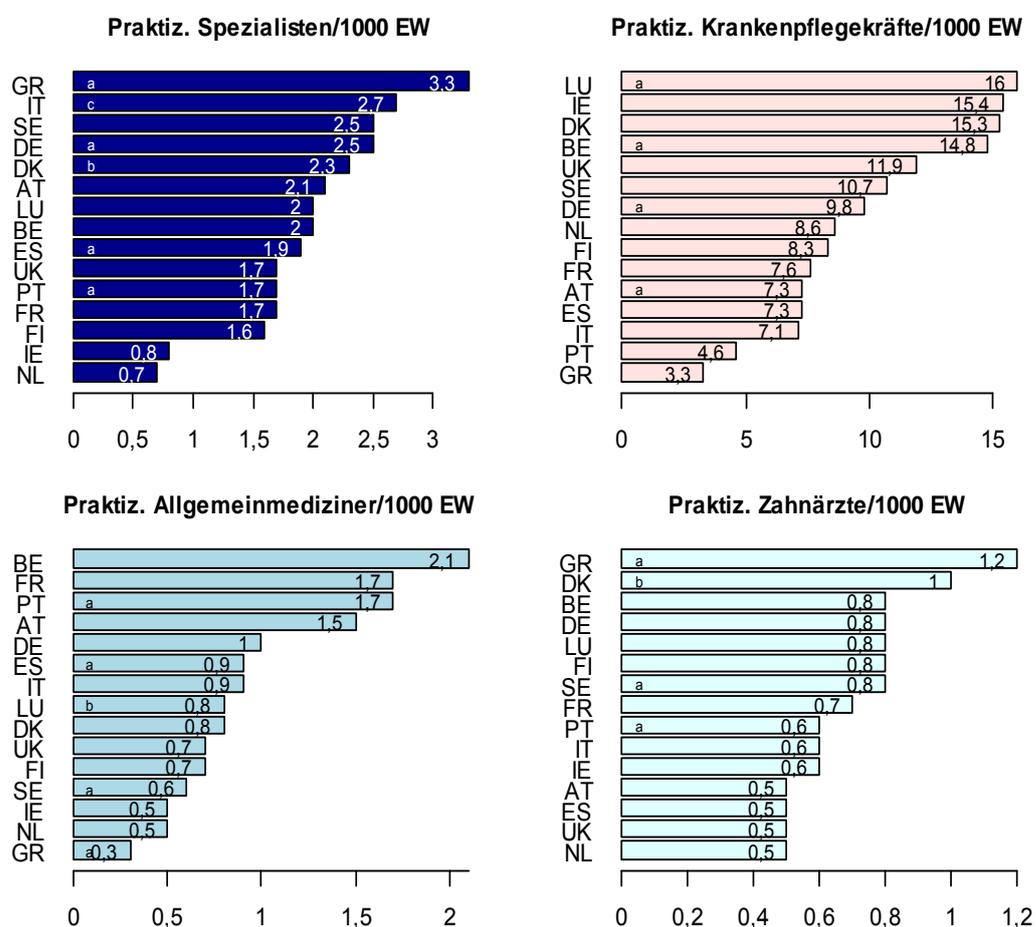
²²² Ebenda.

²²³ Vgl. MISSOC-Datenbank, (1.1.2008), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (September 2008).

3.2.4 Vergleich der Leistungserbringer pro 1000 Einwohner²²⁴

In Abbildung 32 werden die Allgemeinmediziner, Spezialisten, Krankenpflegekräfte und Zahnärzte anhand ihrer Dichte pro 1000 Einwohner miteinander verglichen. Die Länder wurden entsprechend ihrer Quartile bewertet. Länder deren Werte sich zwischen dem unteren und oberen Quartil befinden, werden, abhängig davon, ob sie unter oder über dem Mittelwert liegen, mit 2 bzw. mit 3 Punkten bewertet. Länder deren Werte über dem oberen Quartil liegen werden mit 4 Punkten und Länder deren Werte unter dem unteren Quartil liegen mit einem Punkt bewertet.

Abbildung 32 Leistungserbringer pro 1000 Einwohner(EW) 2006



Quelle: Eigene Darstellung nach OECD Health Data (Juni, 2008)

Anmerkung: Absteigende Sortierung, a: Werte vom Jahr 2005, b: Werte vom Jahr 2004, c: eigene Schätzung.

²²⁴Datenquelle: OECD Health Data (Juni 2008).

Der Mittelwert bei den *Spezialisten* beträgt 1,967 pro 1000 Einwohner (2006). Die Länder Griechenland, Italien, Deutschland und Schweden liegen jeweils im letzten Viertel und sind damit, was den Deckungsgrad der Bevölkerung durch Spezialisten betrifft, am Besten zu bewerten. Dänemark, Österreich, Belgien und Luxemburg liegen noch über dem Durchschnitt. Die Länder Spanien, Vereinigtes Königreich, Portugal und Frankreich liegen unter dem Durchschnitt, aber immer noch im 2. Viertel. Alle anderen Länder liegen im ersten Viertel und werden somit mit nur einem Punkt bewertet.

Der Mittelwert bei den *Krankenpflegekräften* (pro 1000 Einwohner) beträgt 9,867. Die größte Dichte der Krankenpflegekräfte hat Luxemburg mit 16 pro 1000 Einwohner und den geringsten Anteil hat Griechenland mit 3,3. Im ersten Viertel liegen die Länder Italien, Portugal und Griechenland. Deutschland, Niederlande Finnland und Frankreich liegen unter dem Durchschnitt und die Länder Österreich und Spanien bilden mit 7,3 Ärzten die Grenze zum unteren Quartil. Im 3. Viertel liegen die Länder Vereinigtes Königreich und Schweden und weit über den Durchschnitt liegen die Länder Luxemburg, Irland, Dänemark und Belgien. Griechenland ist das einzige Land, das mehr Ärzte als Krankenpflegekräfte vorweist. Auf einen Arzt (Allgemeinmediziner + Spezialisten) kommen 0,916 Krankenschwestern. In Irland kommen auf einen Arzt 11,85 Pflegepersonen. Im Durchschnitt kommen auf einen Arzt (gerundet) 3,95 Pflegekräfte.

Der Durchschnitt der *Allgemeinmediziner* liegt bei 0,98 pro 1000 Einwohner (Deutschland liegt knapp über dem Durchschnitt). Österreich, Portugal, Frankreich und Belgien liegen schon deutlicher darüber. Im zweiten Viertel liegen die Länder Spanien, Italien, Luxemburg, Dänemark, Vereinigtes Königreich und Finnland und im ersten Viertel liegen Schweden, Irland, Niederlande und Griechenland. Den höchsten Anteil an Allgemeinmedizinern hat Belgien mit 2,1 Allgemeinärzten (476 Einwohner pro Arzt), und den niedrigsten Anteil hat Griechenland, mit 0,3 Allgemeinmedizinern pro 1000 Einwohnern (3.333 Einwohner pro Arzt).

Im EU-15-Durchschnitt kommen auf 1000 Einwohner (EW) 0,7 *Zahnärzte*. Auf 0,5 Zahnärzten per 1000 EW (unter dem 25. Perzentil) kommen die Länder Österreich, Spanien, Vereinigte Königreich und die Niederlande. Noch unter dem Durchschnitt liegen Frankreich (mit 0,7 Ärzten knapp unter dem Durchschnitt), Portugal, Italien und Irland. Knapp über dem Durchschnitt, mit 0,8 Zahnärzten je 1000 Einwohner, liegen Belgien, Deutschland, Luxemburg, Finnland und Schweden. Weit über dem Durchschnitt²²⁵ sind Griechenland (1,2 Zahnärzte pro 1000 Einwohner) und Dänemark (ein Zahnarzt pro 1000 Einwohner).

²²⁵ Zur Bewertung der Zahnärztdichte habe ich nicht das 75. Perzentil als Grenze genommen, da 2 Daten vom restlichen Datenbestand zu stark abweichend sind.

Tabelle 3 Bewertung der Leistungserbringungsichte (2006)

Leistungserbringer/ 1000 Einwohner	AT	BE	DK	FI	FR	DE	GR	IE	IT	LU	NL	PT	ES	SE	UK
Spezialisten	3	3	3	1	2	4	4	1	4	3	1	2	2	4	2
Krankenpflegekräfte	2	4	4	2	2	2	1	4	1	4	2	1	2	3	3
Allgemeinmediziner	4	4	2	2	4	3	1	1	2	2	1	4	2	1	2
Zahnärzte	1	3	4	3	2	3	4	2	2	3	1	2	1	3	1
SUMME	10	14	13	8	10	12	10	8	9	12	5	9	7	11	8

Quelle: Eigene Darstellung und Bewertung nach OECD Health Data (Juni, 2008)

Anmerkung: Alle rot(blau) markierten Bewertungswerte liegen über dem Durchschnitt.

Auf den ersten Blick ist ersichtlich, dass Belgien eine sehr gute Dichte der Leistungserbringer vorweisen kann, da alle vier Bereiche über dem jeweiligen Durchschnitt liegen.²²⁶ Auch gute Werte haben Dänemark, Deutschland, Luxemburg und Schweden (Schweden jedoch mit einem Wert unter dem 25. Perzentil). Das kleinste Dichtevolumen haben die Niederlande, da jeder Bereich unter dem EU-15 Durchschnitt liegt.

Österreich hat eine sehr gute Dichte an Ärzten (Allgemeinmediziner und Spezialisten). Unter den Fachärzten sind österreichweit am meisten im Bereich der Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin (3.200 im Jahre 2006) und Frauenheilkunde vertreten. Über dem österreichischen Schnitt (2,1 Fachärzte im Jahre 2006) liegen die Bundesländer Wien und Tirol (3,3 bzw. 2,3 Fachärzte pro 1000 EW). Burgenland hat mit 1,2 die geringste Facharztdichte.²²⁷ Bei den Allgemeinmedizinerinnen liegen die Bundesländer Wien, Kärnten, Salzburg, Niederösterreich und Steiermark über den österreichischen Durchschnitt von 1,408 Ärzten pro 1000 Einwohner. Die Dichte der Zahnärzte ist für Österreich (im EU-15-Vergleich) sehr schlecht ausgefallen. Auf je 1000 Einwohner kommen in Österreich 0,5 Zahnärzte. Wien, Salzburg und Vorarlberg liegen über diesen Schnitt (Wien: 0,79 Zahnärzte

²²⁶ Eine große Dichte im Leistungsbereich sagt nichts über die Effizienz eines Gesundheitssystems aus. Ab einer gewissen Höhe kann eine hohe Dichte sogar kontraproduktiv sein, da auch die Patienten ab einer gewissen Leistungserbringerdichte ihren Nutzen voll ausgeschöpft haben und deshalb nur unnötige Mehrkosten entstehen. Belgien ist sogar teilweise bestrebt die Dichte der Leistungsanbieter zu reduzieren. Da eine große Dichte aber auf jeden Fall ein Vorteil für den Patienten ist, und der Patient im Mittelpunkt der Betrachtung steht, wird hier eine hohe Dichte an Leistungserbringer als positiv bewertet.

²²⁷ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik (2006), S. 422.

je 1000 EW). Alle anderen Bundesländer liegen unter dem Bundesdurchschnitt. Burgenland weist mit 0,3 Zahnärzten pro 1000 EW die schlechteste Dichte vor.²²⁸

3.2.5 Vergleich der Geldleistungen im Falle von Krankheit ²²⁹

Als Datenquelle des folgenden Vergleiches diente die MISSOC-Datenbank (Juli, 2006).

Für den Vergleich der Geldleistungen im Falle von Krankheit wurden folgende Annahmen getroffen:

- Kein Krankenhausaufenthalt.
- Es handelt sich um alleinstehende Arbeiter.
- Es handelt sich bei der erkrankten Person um keine Rentner.
- Die Krankheit beginnt mit 1. des Monats jeweils am Montag.
- Dauer und Höhe der geleisteten Beiträge vor Krankheitsbeginn berechtigt zu höchstmöglichem Krankengeldanspruch und zur höchstmöglichen Auszahlungsdauer.
- Es handelt sich um keine Tuberkulosepatienten oder sonstige Patienten, die Sonderregelungen unterworfen sind.
- Für die Berechnung des täglichen Bruttolohnes wurden jährlich 360 Tage bzw. monatlich 30 Tage angenommen.
- Es wurde eine 40 Stundenwoche unterstellt mit einer täglichen Arbeitszeit von 8 Stunden (von Montag – Freitag), da die Berechnung des Krankengeldes von einigen Ländern nach dem Stundensatz berechnet wird.
- Es besteht Aussicht auf Genesung, sprich keine Möglichkeit auf Bezug von Invaliditätsrenten.
- Für jeden Karenztag (außer Samstag und Sonntag) wurde der Lohnausfall mit 8 Stunden berechnet.

Die Dauer des Krankengeldanspruches beläuft sich in vielen Ländern auf ein Jahr, jedoch gibt es in einigen Ländern, wie z.B. Dänemark, Finnland, Frankreich einen Zeitrahmen. In Dänemark haben Patienten nur innerhalb von 18 Monaten für 52 Wochen Anspruch auf Krankengeldleistungen und in Frankreich gilt dieser Anspruch innerhalb von drei Jahren. In Österreich und in Spanien kann der einjährige Anspruch auf Krankheit um jeweils 78 Wochen bzw. 26 Wochen(6 Monate) erweitert werden.

In Italien ist die Höhe des Krankengeldes davon abhängig, ob es einen Krankenhausaufenthalt gibt oder nicht. Für Italien wurde die Lohnfortzahlung für 180 Monate bemessen, was der höchstmöglichen Dauer entspricht, aber in der Realität aufgrund von Tarifverhandlungen und

²²⁸ Ebenda.

²²⁹ Datenquelle: MISSOC-Datenbank, (1.7.2006), http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db (September 2008).

Arbeitsbereich variiert.²³⁰ In Schweden kann das Krankengeld durch den Aktivitätsausgleich und dem Krankheitsausgleich abgelöst werden. Es wurde aber mit dem Krankengeld gerechnet. In bestimmten Ländern (wie z.B. Griechenland und Portugal) entfallen im Falle einer Krankheit die Lohnauszahlungen durch den Arbeitgeber. Einen direkten Vergleich der Lohnfortzahlungen habe ich nicht vorgenommen, da es dem Leistungsbezieher in der Regel egal sein kann aus welcher Quelle er die Leistungen bezieht.

Für den Leistungsanspruch müssen in einigen Ländern Voraussetzungen erfüllt werden. So sind in den Ländern Belgien, Griechenland, Spanien und dem Vereinigten Königreich hohe Voraussetzungen für eine Leistungsanspruchnahme zu erfüllen. In Griechenland müssen z.B. innerhalb der letzten 60 Monate (fünf Jahre) 300 Wochen (5-Tage-Woche) Beitragszahlungen geleistet werden, um für 720 Tage (Höchstdauer) Krankengeld beziehen zu können. In Belgien müssen innerhalb von sechs Monaten für 24 Wochen Beitragszahlungen entrichtet werden. In den Ländern: Dänemark und Frankreich gibt es mittelmäßige Wartezeiten. In allen anderen Ländern entfällt die Wartezeit ganz.

Die Geldleistungen wurden für einen jährlichen Bruttolohn von € 18.000 jeweils für eine kurze, mittlere und längere Krankheitsdauer (2, 24 und 176 Wochen) miteinander verglichen. Der Vergleich wurde mit dem Skriptprogramm „php“ geschrieben.

Im Vergleich der Bruttoentgeltleistungen bei einer kurzen Krankheitsdauer (2 Wochen) schneiden die Länder Österreich, Dänemark, Deutschland, Italien und Luxemburg sehr gut ab (vgl. Abbildung 33). Da es in Schweden und Belgien keine Sozialabgaben gibt, werden diese zwei Länder auch sehr gut bewertet. Griechenland, Großbritannien und Finnland bieten bei kurzer Krankheitsdauer die geringsten Geldleistungen an.

Abbildung 33 Geldleistung bei 2-wöchiger Krankheitsdauer mit einem jährlichen Bruttogehalt von € 18.000

Länder	AT	BE	DK	FI	FR	DE	GR	IE	IT(a)	LU	NL	PT	ES	SE	UK
Lfz:	700	490	700	0	0	700	0	0	700	0	0	0	330	504	198
KG:	0	0	0	168	275	0	161	261	0	700	490	319	0	0	0
Gesamt:	700	490	700	168	275	700	161	261	700	700	490	319	330	504	198
Besteuerung:	ja	ja	ja	ja	ja	ja(Lfz)	ja	ja(b)	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja(c)
Sozialabgaben:	ja(Lfz)	nein	ja	ja	ja	ja(Lfz)	nein	nein	nein	ja	ja	nein	ja	nein	ja

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der MISSOC-Datenbanken (1.7.2006).

Anmerkungen: Lfz: Lohnfortzahlungen. KG: Krankengeld. In Deutschland sind nur von den Lohnfortzahlungen Sozialabgaben bzw. Steuern zu berechnen. In Österreich werden Sozialabgaben nur von den Lohnfortzahlungen abgezogen a) Für Italien ist die Dauer Lohnfortzahlungen abhängig vom den jeweiligen Tarifverträge. Es wurde von einem sehr großzügigen Tarifvertrag (180 Tage Lohnfortzahlungen) ausgegangen. b) Die Leistungen für Irland werden nur in den ersten 6 Wochen besteuert. c) Für Großbritannien wurden keine Karenztage berücksichtigt.

²³⁰ Vgl: AKH, Deutsche-Italienische Handelskammer: <http://www.ahk-italien.it> (September 2008).

Bei einer mittleren Krankheitsdauer (24 Wochen, vgl. Abbildung 34) schneiden die Länder Dänemark, Italien, Luxemburg, Österreich und Finnland sehr gut ab, wenn man nur die Bruttoentgeltleistungen vergleicht. Da in Schweden und Portugal keine Sozialabgaben zu entrichten sind, bzw. in Deutschland diese nur für die Lohnfortzahlungen (ersten 6 Wochen) zu entrichten sind, schneiden diese Länder im Leistungsvergleich auch sehr gut ab.

Abbildung 34 Geldleistung bei 24-wöchiger Krankheitsdauer mit einem jährlichen Bruttogehalt von € 18.000

Länder	AT	BE	DK	FI	FR	DE	GR	IE	IT(a)	LU	NL	PT	ES	SE	UK
Lfz:	4900	690	700	560	0	2100	0	0	8400	0	0	0	360	504	2376
KG:	2310	4410	7700	6636	4125	3686	4253	3908	0	8400	5880	5519	5700	6160	0
Gesamt:	7210	5100	8400	7196	4125	5786	4253	3908	8400	8400	5880	5519	6060	6664	2376
Besteuerung:	ja	ja	ja	ja	ja	ja(Lfz)	ja	ja(b)	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja(c)
Sozialabgaben:	ja(Lfz)	nein	ja	ja	ja	ja(Lfz)	nein	nein	nein	ja	ja	nein	ja	nein	ja

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der MISSOC-Datenbanken (1.7.2006).

Anmerkungen: Lfz: Lohnfortzahlungen. KG: Krankengeld. In Deutschland sind nur von den Lohnfortzahlungen Sozialabgaben bzw. Steuern zu berechnen. In Österreich werden Sozialabgaben nur von den Lohnfortzahlungen abgezogen a) Für Italien ist die Dauer Lohnfortzahlungen abhängig vom den jeweiligen Tarifverträge. Es wurde von einem sehr großzügigen Tarifvertrag (180 Tage Lohnfortzahlungen) ausgegangen. b) Die Leistungen für Irland werden nur in den ersten 6 Wochen besteuert. c) Für Großbritannien wurden keine Karenztage berücksichtigt.

Bei einer sehr langen Krankheitsdauer (Krankheitswochen: 176) schneiden die Länder Schweden, Portugal, Irland und die Niederlande sehr gut ab (vgl. Abbildung 35). In Irland und in Schweden ist die Leistungsdauer zeitlich unbefristet und in den Niederlanden und Portugal ist die maximale Leistungsdauer sehr lange (zwei bzw. drei Jahre).

Abbildung 35 Geldleistungen bei 176-wöchiger Krankheitsdauer mit einem jährlichen Bruttogehalt von € 18.000

Länder	AT	BE	DK	FI	FR	DE	GR	IE	IT(a)	LU	NL	PT	ES	SE	UK
Lfz:	4900	690	700	560	0	2100	0	0	9000	0	0	0	360	504	2772
KG:	10710	10800	18200	14700	9000	15971	19177	29110	5833	18200	25480	39789	19650	48720	4728
Gesamt:	15610	11490	18900	15260	9000	18071	19177	29110	14833	18200	25480	39789	20010	49224	7500
Besteuerung:	ja	ja	ja	ja	ja	ja(Lfz)	ja	ja(b)	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja(c)
Sozialabgaben:	ja(Lfz)	nein	ja	ja	ja	ja(Lfz)	nein	nein	nein	ja	ja	nein	ja	nein	ja

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der MISSOC-Datenbanken (1.7.2006).

Anmerkungen: Lfz: Lohnfortzahlungen. KG: Krankengeld. In Deutschland sind nur von den Lohnfortzahlungen Sozialabgaben bzw. Steuern zu berechnen. In Österreich werden Sozialabgaben nur von den Lohnfortzahlungen abgezogen a) Für Italien ist die Dauer der Lohnfortzahlungen abhängig vom den jeweiligen Tarifverträge. Es wurde von einem sehr großzügigen Tarifvertrag (180 Tage Lohnfortzahlungen) ausgegangen. b) Die Leistungen für Irland werden nur in den ersten 6 Wochen besteuert. c) Für Großbritannien wurden keine Karenztage berücksichtigt.

Zusammenfassend betrachtet hat Schweden ein umfassend gutes Geldleistungssystem, da es sowohl für kurze, mittel- und langfristige Leistungen im EU-15-Vergleich gut abschneidet. Bei sehr langen Krankheiten (über zwei Jahre) bieten nur mehr die Niederlande, Schweden Portugal und Irland entsprechend hohe Geldleistungen an. Das Vereinigte Königreich hat das mit Abstand am schlechtesten bewertete Geldleistungssystem, da in Großbritannien eine Pauschale (unabhängig vom Einkommen, außer bei Mindestverdienstgrenzen) bezahlt wird.

Zusammenfassung

Eine der größten Sorgen von Gesundheitsökonomen ist der überproportionale Anstieg der relativen Gesundheitsausgaben (Ausgaben in % des Bruttoinlandsproduktes (BIP)). In Zukunft wird es immer schwieriger sein, die Gesundheitssysteme zu finanzieren und den Herausforderungen unserer Zeit entsprechende Antworten entgegenzusetzen. Es stellt sich die Frage, ob mit den bisherigen Mitteln in Zukunft die Gesundheitswesen noch finanzierbar sein werden. Steigende Krankenkassendefizite in vielen EU-15 Ländern scheinen genau das Gegenteil zu prognostizieren.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Gesundheitssysteme hinsichtlich ihrer Strukturen, Finanzierungsarten und ausgewählten Leistungsbereiche miteinander zu vergleichen. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt aber im Vergleich der Finanzierungsarten.

Die Systeme der EU-15 Länder werden auf ihre strukturelle Organisation (Dezentralisierung versus Zentralisierung), ihre Finanzierungsquellen (öffentliche versus private Finanzierung, Gebietskrankenkassen, Selbstbeteiligung der privaten Haushalte, Privatversicherer und Anteil der Sozialversicherungsbeiträge) als auch auf ihre relativen (Ausgaben in % des BIP) und absoluten Gesundheitsausgaben (Pro-Kopf-Ausgaben) hin untersucht und miteinander verglichen. Des Weiteren wird in dieser Arbeit der Anteil der „Selbstbezahlungen der privaten Haushalte“ am privaten Finanzierungsanteil, bzw. der Anteil der „Gebietskrankenkassen ohne Sozialversicherungsbeiträge“ am öffentlichen Finanzierungsanteil herausgearbeitet.

Für die Bereiche „Krankheit und Mutterschaft“, „Pflege“, „Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser“, „Invalidität“, „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“ werden die Höhe, Art und Finanzierung der verschiedenen Leistungen analysiert, welche teilweise im 3. Kapitel nochmals einander gegenübergestellt werden.

Der Leistungsvergleich erfolgt für den Bereich der Leistungserbringungsichte (Zahnarzt, Allgemeinmediziner, Krankenpflegekräfte und Spezialisten pro 1000 Einwohner) und für den Bereich der Geldleistungen (Lohnfortzahlungen + Krankengeld) für alleinstehende Arbeiter. Beim Dichtevergleich wird die Anzahl der Zahnärzte, Allgemeinmediziner, Spezialisten und Krankenpflegekräfte pro 1000 Einwohner zwischen den EU-15 Ländern verglichen.

Der Geldleistungsvergleich (Lohnfortzahlungen + Krankengeld) erfolgt mit Hilfe eines geschriebenen Skriptprogrammes, welches automatisch für jedes EU-15 Land die Lohnfortzahlungen bzw. das Krankengeld für eine bestimmte Krankheitsdauer berechnet. Die Geldleistungen werden einmal für kurze (2-wöchige) mittlere (24-wöchige) und längere (176-wöchige) Krankheitsdauer, mit einem angenommenen jährlichen Bruttoverdienst von € 18.000, berechnet.

Als Datenquelle für den Finanzierungsvergleich dienen die OECD Health- Data (Juni, 2008). Der Vergleich bezieht sich auf das Jahr 2006. Die Daten wurden in das Statistikprogramm „R“²³¹ importiert und von dort gegebenenfalls bearbeitet. Die Abbildungen wurden ebenfalls mit dem Statistikprogramm erstellt. Als Datenquelle für den Leistungsvergleich (sowohl für den Leistungsvergleich im 1. als auch im 3. Kapitel) werden die MISSOC-Datenbanken²³² herangezogen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse betreffend der Systemorientierung wiedergegeben:

Strukturen innerhalb der EU-15-Länder

Im EU-15-Raum überwiegt die dezentrale Verwaltung der Gesundheitssysteme. Eine sehr **starke dezentrale** Systemorientierung haben die Länder Dänemark, Spanien und Finnland. Die Länder Österreich, Belgien, Deutschland und Schweden und Frankreich haben ein überwiegend **dezentral** organisiertes Gesundheitssystem.

Überwiegend **zentrale Systemorientierung** haben die Länder Portugal, Griechenland, Luxemburg und das Vereinigte Königreich. Das System in Portugal bietet auch viele dezentrale Ansätze. Das griechische System ist sehr stark zentralisiert. Das System des Vereinigten Königreiches wird nur zentral gesteuert. Die Verwaltung erfolgt dezentral durch die Länder Wales, Schottland, Nordirland und England.

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Finanzierungsvergleiches (2006) wiedergegeben:

Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherungsbeiträge

Den **geringsten Anteil der Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherungsbeiträge an den gesamten Gesundheitsausgaben** haben die beitragsfinanzierten Länder Niederlande, Frankreich und Deutschland. Den **höchsten Anteil** haben die Länder Dänemark und Schweden (um die 80% der Gesamtgesundheitsausgaben).²³³

Den größten Anteil **der Gebietskörperschaften ohne Sozialversicherungsbeiträge am öffentlichen Finanzierungsanteil** haben Schweden (2006), Dänemark (2001) und das

²³¹ R is GNU ©, but not ® ...; CRAN, The Comprehensive R Archive Network, <http://www.cran.at.r-project.org> (September, 2008).

²³² MISSOC, Mutual Information System on SOcial Protection, http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_de.htm (September 2008).

²³³ Von Griechenland und dem Vereinigten Königreich liegen für das Jahr 2006 keine Daten vor.

Vereinigtes Königreich (2001)²³⁴ mit 100%. Den **geringsten Anteil** hat Frankreich mit ca. 6%. Die Länder Irland und Italien erreichen im Jahre 2006 fast 100%.

Sozialversicherungsbeiträge:

Der **Anteil der Sozialversicherungsbeiträge** spiegelt nicht immer die Finanzierungsart des Landes wieder. So hat Österreich z.B. ein Beitragssystem, in Wirklichkeit beträgt der Anteil der Sozialversicherungsbeiträge an den gesamten Gesundheitsausgaben aber nur um die 44%. Ein Grund dafür ist die rein steuerliche Pflegefinanzierung. Einen sehr hohen Anteil an Sozialversicherungsbeiträgen haben die Länder Frankreich, Deutschland, Luxemburg und die Niederlande. In diesen Ländern erfolgt die Finanzierung über 2/3 durch Sozialversicherungsbeiträge.

Selbstbeteiligungen der privaten Haushalte

Die Höhe der **Selbstbeteiligungen der privaten Haushalte** gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben ist im Wesentlichen nicht von der Art der Finanzierung (Beitrags- und Steuerfinanzierung) abhängig. So haben die überwiegend beitragsfinanzierten Länder Niederlande, Luxemburg und Frankreich zwar einen eher geringen Anteil (um die 6%), das stark beitragsfinanzierte Land Belgien hat jedoch einen hohen Anteil von ca. 20%. Die Länder Italien, Spanien und Portugal haben auch einen Anteil von ungefähr 20%. Der Anteil in Österreich liegt um die 17%.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der absoluten (Pro-Kopf-Ausgaben) - und relativen Gesundheitsausgaben (in % des BIP), jeweils für die öffentlichen, privaten und Gesamtgesundheitsausgaben zusammengefasst:

Öffentliche und private Ausgaben in % der Gesamtgesundheitsausgaben (GGA) und des BIP (2006):²³⁵

Frankreich, Deutschland, Belgien, Portugal und Österreich gehören zu den Ländern mit hohen relativen Gesamtgesundheitsausgaben (Gesundheitsausgaben in % des BIP). In allen anderen Ländern ist dieser Anteil geringer als 10%.

Zu den Ländern mit hohem **öffentlichen Finanzierungsanteil (in % der Gesamtausgaben)** im Jahre 2006 gehören die Länder Luxemburg (LU, 90,9%), Vereinigtes Königreich (UK, 87,3%), Dänemark (DK, 83,2%), Schweden (SE, 81,7%), Frankreich (FR, 79,7%), Irland (IE, 78,3%), Italien (IT, 77,2), Deutschland (DE, 76,9%). Unter dem Durchschnitt liegen die Länder Belgien (BE, 76,6), Österreich (AT, 76,2%), Finnland (FI, 76,0%), Spanien (ES, 71,2%), Portugal (PT, 70,6%), Niederlande (NL, 66,5%) und Griechenland (GR, 61,6%).

²³⁴ Für Dänemark und dem Vereinigten Königreich wurden die Daten von 2001 zugrundegelegt.

²³⁵ Eigene Schätzungen der öffentlichen/privaten Gesundheitsausgaben für die Länder Dänemark, Niederlande und Belgien.

Der Durchschnitt **des privaten Finanzierungsanteils in % der GGA** liegt bei 23,07%. Über dem Durchschnitt liegen die Länder Griechenland (38,4%), Niederlande (33,5%), Portugal (29,4%), Spanien (28,8%), Finnland (24,0%), Österreich mit 23,8%, Belgien (23,4%) und Deutschland (23,4%). Unter dem Durchschnitt liegen die Länder Italien (22,8%), Irland (21,7%), Frankreich (20,3%), Schweden (18,3%), Dänemark (16,8%), UK (12,7%) und Luxemburg mit 9,1%.

Der Durchschnitt des **öffentlichen Finanzierungsanteils in % des Bruttoinlandsproduktes** liegt bei (gerundet) 7%. Über dem Durchschnitt liegen die Länder FR (8,9%), DE (8,2%), DK (8,03%), BE (7,99%), AT (7,70%), SE (7,50%), UK (7,3 %) und PT (7,2%). Unter dem Durchschnitt liegen die Länder IT (6,90%), LU (6,6%), NL (6,30%), FI (6,20%), ES (6,0%), IE (5,9%), GR (5,60%).

Der Durchschnitt des **privaten Finanzierungsanteils in % des BIP** liegt bei (gerundet) 2,14%. Unter dem Durchschnitt liegen die Länder LU (0,70%), UK (1,10%), DK (1,47%), IE (1,60%), SE (1,70%), FI (2,00%), NL (2,00%), IT (2,00%). Über dem Durchschnitt liegen die Länder FR (2,20%), ES (2,40%), AT (2,40%), DE (2,40%), BE (2,41%), PT (3,00%), und GR mit 3,30% des BIPs.

Öffentliche und private Pro-Kopf-Ausgaben in US\$ zu Kaufkraftparitäten (2006).

Luxemburg hat die höchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und gleichzeitig die geringsten Gesamtausgaben in % des BIP. Die höchsten Gesamtgesundheitsausgaben haben neben Luxemburg die Länder Österreich, Belgien, Frankreich, Niederlande, Deutschland, Dänemark und Schweden. Alle anderen Länder liegen unter dem Durchschnitt.

Der Durchschnitt der **öffentlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben** beträgt \$ 2.398. Den geringsten Anteil an öffentlichen Gesundheitsausgaben hat Portugal (gerundet \$ 1.500) und den höchsten hat Luxemburg (\$ 3.910). Über dem Durchschnitt liegen die Länder LU, DK, FR, AT, BE, SE, DE, IE, UK. Alle anderen Länder liegen unter dem Durchschnitt.

Der Durchschnitt der **privaten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben** liegt bei (gerundet) \$ 691. Das Vereinigte Königreich hat die geringsten Ausgaben (\$ 352) und die Niederlande haben die höchsten privaten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (\$ 1.135). Geringere private Pro-Kopf-Ausgaben (unter dem Durchschnitt liegend) sind in den Ländern LU, DK, SE, IT, PT, FI und IE anzutreffen. Alle anderen Länder liegen über dem Durchschnitt und haben somit höhere private Pro-Kopf-Ausgaben. Griechenland und Spanien gehören zu den Ländern mit eher hohen privaten Pro-Kopf-Ausgaben.

Die Bewertung der Leistungserbringendichte und der Geldleistungen ergab folgende Ergebnisse:

Dichte der Leistungserbringer:

Bei der Bewertung der Leistungserbringerdichte wurden die Allgemeinmediziner, Spezialisten, Zahnärzte und Krankenpflegekräfte pro 1.000 Einwohner verglichen. Die höchste aggregierte Bewertung bekam das überwiegend beitragsfinanzierte System Belgiens mit 476 Einwohner pro Allgemeinmediziner, 500 Personen pro Spezialisten, 67 Personen pro Krankenpflegekraft und 1.250 Einwohnern pro Zahnarzt. Die **schlechteste aggregierte Bewertung** bekam das überwiegend beitragsfinanzierte System der Niederlande, mit ca. 2.000 Einwohnern pro Allgemeinmediziner, 1.428 Einwohnern pro Spezialisten, 116 Einwohnern pro Krankenpflegekraft und 2000 Einwohnern pro Zahnarzt. Im EU-15-Durchschnitt kommen (gerundet) auf einen Allgemeinmediziner 1.326, auf einen Spezialisten 599, auf eine Krankenpflegekraft 123 und auf einen Zahnarzt 1.500 Einwohner.

Geldleistungsvergleich (Lohnfortzahlungen, Krankengeld) für Arbeiter im Falle von Krankheit:

Schweden bietet im Krankheitsfalle, sowohl für eine kurze (zwei Wochen), mittel (24 Wochen) oder langfristige Krankheitsdauer (176 Wochen), umfassend gute Geldleistungen an. Das am schlechtesten bewertete System ist das im Vereinigten Königreich, da im Vereinigten Königreich eine Pauschale bezahlt wird, bzw. das Krankengeld nicht direkt vom Einkommen (außer von Mindest- und Höchstverdienstgrenzen) abhängig ist.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

Anell, A. (2005). Swedish healthcare under pressure, *Health Economics* 14, Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com), DOI: 10.1002/hec.1039, pp. 234-254.

Barros, P., Simões, J. d. (2007). *Health Systems in Transition: Portuga, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 9, No. 5, pp. 1-140.*

Beske, F., Drabinski, T. (2005). *Leistungskatalog des Gesundheitswesens im interntionalen Vergleich - Eine Analyse von 14 Länder.* Kiel: Fritz Beske Institut.

Braun, P. D., Baronowski, S. *Beziehungsmanagement zwischen Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie, Chancen für die Pharmakökologie, Diskussionspapier Nr. 12.*

Busse, R., Riesberg, A. (2005). *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland.* Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Vol. 6, No. 9, S.1-250.

Corens, D. (2007). *Health Systems in Transition: Belgium, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.9, No. 2, pp. 1-172.*

Donatini, A., Rico, A., Giuseppina D'Ambrosio, M., Lo Scalzo, A., Orzella, L., Cicchetti, A., et al. (2001). *Health Systems in Transition: Italy. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 3, No. 4, pp. 19-107.*

Durán, A., Juan, L. L.,Waveren, M. v. (2006). *Health Systems in Transition: Spain, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 8, No. 4, pp. 1-187.*

Exter, A. d., Hermans, H., Dosljak, M., Busse, R. (2004). *Health Systems in Transition: Netherlands, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 6, No. 6, pp. 13-57. André den Exter .*

George France, F. T. (2005). *The Italian health-care system*, *Health Economics 14*, published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/hec.1035, pp. 187-202.

Glenngård, A. H., Hjalte, F., Svensson, M., Anell, A., Bankauskaite, V. (2005). Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 7, No. 4, pp. 1-119.

Greß, S., Manouguian, M., Wasem, J. (2006). *Krankenversicherungsreform in den Niederlanden - Vorbild für einen Kompromis zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland*, Duisburg, Essen, Juni 2006, S 12-36.

Guillem Lopez-Casasnovas, J. C.-F. (2005). Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services', *Health Economics 14*., published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/hec.1038, pp. 221-235.

Häkkinen, U. (2005). *The impact of changes in Finland's health care system*, *Health Economics 14*, published online in Wiley InterScience(www.interscience.wiley.com). DOI:10.1002/hec.1030, pp. 101-118.

Hofmarcher MM, R. H. (2006). *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*.Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Vol. 8, No. 5, S. 1-237.

Jordan A, M. J. (2006). Health Systems in Transition: Northern Irland, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, pp. 17-41.

Kjeld Moeller Pedersen, T. C. (2005). The Danish health care system: evolution - not revolution - in a decentralized syste, *Health Economics 14*, published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI:10.1002/hec.1028, pp. 41-57.

Martine M. Bellanger, P. R. (2005). The search for the Holy Grail: combining decentralised planning and contracting mechanisms in the French health care system, *Health Economics 14*, published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/hec.1031,pp. 119-132.

MISSOC. (2007). *Mutual Information Syststem on Social Protection in the Member States of the European Union. Vergleichende Datentabellen*.

Mossialos, E., Allin, S., Davaki, K. (2005). *Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia*, *Health Economics* 14, published online in Wiley InterScience DOI: 10.1002/hec.1033, pp. 151-168.

OECD. (2008). *Economic Surveys: Luxembourg, Volume 2008/12*, pp. 97-126.

OECD. (2007). *Economic Surveys: Schweden*, pp. 48.

OECD. (2005). *Reviews of Health Systems: Finland*, pp. 23-100.

Sandier S., P. V. (2004). *Health Care Systems in Transition: France*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 6, No. 2.

Schneider, M. (2006). *Nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens*, im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, BASYS, Augsburg, S. 3 f und S. 54 ff.

SØRGARD, L., Brekke, K. (2007). *PUBLIC VERSUS PRIVATE HEALTH CARE IN A NATIONAL*, *Health Economics* 16, published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com), DOI: 10.1002/hec.1185, pp. 579–601.

Statistik-Austria. (2007). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006*.

Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M., Vallgård, S., Krasnik, A., Vrangbæk, K., Mossialos, E. (2007). *Health Systems in Transition: Denmark*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 9, No. 6, pp. 1-160.

Wendt, C. (2003). *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*, 1. Aufl. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2003 .

Wiley, M. M. (2005). *The Irish health system: developments in strategy, structure, funding and delivery since 1980*, *Health Economics* 14, published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com), DOI: 10.1002/hec.1034, pp. 169-186.

Yfantopoulos, J. (2007). *Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece*, *Eur J Health Economist* 9, Springer-Verlag, pp. 87-97.

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 GEBARUNGSENTWICKLUNG DER ÖSTERREICHISCHEN KRANKENVERSICHERUNG	19
TABELLE 2 FINANZIERUNGSQUELLEN INNERHALB DER EU-15 IN % DER GGA (2006).....	110
TABELLE 3 BEWERTUNG DER LEISTUNGSERBRINGUNGSDICHTE (2006)	119

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1 STRUKTUR DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS.....	14
ABBILDUNG 2 FINANZIERUNGSQUELLEN DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (IN % DER GGA).....	16
ABBILDUNG 3 STRUKTUR DES BELGISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS	21
ABBILDUNG 4 FINANZIERUNGSQUELLEN IM BELGISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (IN % DER GGA).....	23
ABBILDUNG 5 STRUKTUR DES DÄNISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS	27
ABBILDUNG 6 FINANZIERUNGSQUELLEN IM DÄNISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM (IN % DER GGA)	29
ABBILDUNG 7 STRUKTUR DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (VOR DER LETZTEN REFORM).....	33
ABBILDUNG 8 FINANZIERUNGSQUELLEN DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (IN % DER GGA).....	35
ABBILDUNG 9 STRUKTUR DES FINNISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS	40
ABBILDUNG 10 FINANZIERUNGSQUELLEN IM FINNISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (IN % DER GGA).....	41
ABBILDUNG 11 FINANZFLÜSSE IM FRANZÖSISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM, 2007 (EXKLUSIVE LANGZEITVERSORGUNG UND PRÄVENTION)	46
ABBILDUNG 12 FINANZIERUNGSQUELLEN DES FRANZÖSISCHEN SYSTEMS (IN % DER GGA).....	48
ABBILDUNG 13 STRUKTUR DES GRIECHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS	52
ABBILDUNG 14 FINANZIERUNGSQUELLEN IM GRIECHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (IN % DER GGA)	53
ABBILDUNG 15 STRUKTUR DES IRISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS.....	58
ABBILDUNG 16 FINANZIERUNGSQUELLEN IM IRISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (IN % DER GGA)	59
ABBILDUNG 17 STRUKTUR DES ITALIENISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (2005).....	64
ABBILDUNG 18 FINANZQUELLEN IM ITALIENISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (IN % DER GGA)	65
ABBILDUNG 19 GESUNDHEITSSYSTEM IN LUXEMBURG	69
ABBILDUNG 20 FINANZIERUNGSQUELLEN IM GESUNDHEITSSYSTEM: LUXEMBURG	70
ABBILDUNG 21 FINANZIERUNGSQUELLEN IM NIEDERLÄNDISCHEN SYSTEM (IN % DER GGA).....	75
ABBILDUNG 22 NIEDERLANDE: FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS, 2007	78
ABBILDUNG 23 STRUKTUR DES PORTUGIESISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS	81
ABBILDUNG 24 FINANZIERUNGSQUELLEN IM PORTUGIESISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (IN % DER GGA).....	83
ABBILDUNG 25 STRUKTUR DES SCHWEDISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS	88
ABBILDUNG 26 FINANZIERUNGSQUELLEN IM SCHWEDISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (IN % DER GGA).....	90
ABBILDUNG 27 STRUKTUR DES SPANISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS	94
ABBILDUNG 28 FINANZIERUNGSQUELLEN IM SPANISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS (IN % DER GGA)	96
ABBILDUNG 29 STRUKTUR DES NORDIRISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM (VOR DER REFORM).....	101
ABBILDUNG 30 FINANZIERUNGSQUELLEN IM GESUNDHEITSSYSTEMS : VEREINIGTES KÖNIGREICH (IN % DER GGA)	102
ABBILDUNG 31 RELATIVE UND ABSOLUTE GESUNDHEITSAUSGABEN 2006 (IN US \$).....	114
ABBILDUNG 32 LEISTUNGSERBRINGER PRO 1000 EINWOHNER(EW) 2006	117
ABBILDUNG 33 GELDLLEISTUNG BEI 2-WÖCHIGER KRANKHEITSDAUER MIT EINEM JÄHRLICHEN BRUTTOGEHALT VON €18.000.....	121
ABBILDUNG 34 GELDLLEISTUNG BEI 24-WÖCHIGER KRANKHEITSDAUER MIT EINEM JÄHRLICHEN BRUTTOGEHALT VON €18.000.....	122
ABBILDUNG 35 GELDLLEISTUNGEN BEI 176-WÖCHIGER KRANKHEITSDAUER MIT EINEM JÄHRLICHEN BRUTTOGEHALT VON €18.000	122

Länderabkürzungen

AT	Österreich
BE	Belgien
DK	Dänemark
FI	Finnland
FR	Frankreich
DE	Deutschland
GR	Griechenland
IE	Irland
IT	Italien
LU	Luxemburg
NL	Niederlande
PT	Portugal
ES	Spanien
SE	Schweden
UK	Vereinigtes Königreich

Anhang

Die unten angeführten Definitionen der verschiedenen Finanzierungsquellen stammen aus der Gesundheitsdatenbank: OECD Health Data (Juni, 2008). Eigene Übersetzung ins Deutsche.

FINANZIERUNGSQUELLEN

1. Gesamte/öffentliche/private Gesundheitsausgaben
2. Gebietskörperschaften (ohne Sozialversicherungsbeiträge)
3. Sozialversicherungssysteme
4. Privatversicherung
5. Selbstbezahlungen (Privathaushalte)
6. Kostenbeteiligungen (Privathaushalte)

1. Gesamte/öffentliche/private Gesundheitsausgaben

Gesamtgesundheitsausgaben werden als die Summe der Aktivitäten definiert, welche - durch Aufwendungen im medizinischen, paramedizinischen Bereich und jene Gebiete rund um das Pflegewesen und deren Technologien – zum Ziele haben:

- Gesundheit zu fördern und Krankheit zu verhindern.
- Krankheit kurieren und vorzeitige Sterblichkeit zu verringern.
- Fürsorge für chronisch Kranke Personen, welche einer Krankenpflege bedürfen, bereitzustellen.
- Fürsorge für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Arbeitsunfähigkeit und Handicaps, welche Krankenpflege benötigen.
- den Patienten zu ermöglichen mit Würde zu sterben.
- Öffentliche Gesundheit zu Regulieren und zur Verfügung zu stellen.
- Gesundheitsprogramme, Versicherung und andere finanzielle Arrangements anzubieten.

Ab dieser Grenze werden die allgemeinen Maßnahmen zur öffentlichen Sicherheit, wie die Überwachung von technischen Standards und Verkehrssicherheit, nicht mehr als Teil der Gesundheitsaufwendungen angesehen. Aktivitäten wie Nahrungsmittel- u. Hygienekontrollen, Gesundheitsforschung und Entwicklung werden als gesundheitsbezogen betrachtet, sind aber nicht in den Gesamtgesundheitsausgaben enthalten. Ausgaben dieses Bereiches werden separat in einem Kapitel der gesundheitsbezogenen Funktionen erklärt. Gesundheit wird gemäß der „International Classification for Health Accounts“ (ICHA), welche in der OECD-Anleitung: „A System of Health Accounts“ (SHA): www.oecd.org/health/sha dargestellt wird, in die Funktionsbausteine der Gesundheitspflege (HC) und in die mit Gesundheit in Verbindung stehende Bausteine (HC.R), unterteilt.

ICHA Code	Beschreibung	Description
HC.1	Kurative Aufwendungen	Services of curative care
HC.2	Aufwendungen für rehabilitative Leistungen	Services of rehabilitative care
HC.3	Lang-Zeit Aufwendungen	Services of long-term nursing care
HC.4	Hilfsleistungen	Ancillary services to health care
HC.5	Medizinische Waren für ambulante Versorgung	Medical goods dispensed to out-patients
<u>HC.1-HC.5</u>	<u>Gesamtausgaben für die individuelle Versorgung</u>	<u>Total expenditure on personal health</u>
HC.6	Leistungen für Präventionen und öffentliche Gesundheit	Services of prevention and public health
HC.7	Gesundheitsverwaltung und Krankenversicherung	Health administration and health insurance
<u>HC.6 + HC.7</u>	<u>Gesamtausgaben für die Kollektive Gesundheit</u>	<u>Total expenditure on collective health</u>
<u>HC.1-HC.7</u>	<u>Laufende Gesamtgesundheitsausgaben</u>	<u>Total current expenditure</u>
HC.R.1	Investitionen (Bruttoinvestitionen) in die Gesundheit	Investment (gross capital formation) in health
<u>HC.1-HC.7 + HC.R.1</u>	<u>Gesamtgesundheitsausgaben</u>	<u>TOTAL EXPENDITURE ON HEALTH</u>

Weitere gesundheitsbezogene Begriffe:*

HC.R.2	Erziehung und Training vom Gesundheitspersonal
HC.R.3	Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich
HC.R.4	Nahrungsmittel-, Hygiene- und Trinkwasserkontrollen
HC.R.5	Umwelterhaltung
HC.R.6	Administration und Bereitstellung von Sozialleistungen für die Förderung des Zusammenlebens mit Kranken und Beeinträchtigten.
HC.R.7	Verwaltung und Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Geldleistungen

Öffentliche Gesundheitsausgaben :

Gesundheitsausgaben, die durch öffentliche Fonds finanziert werden. Öffentliche Fonds sind staatliche, regionale und lokale Gebietskörperschaften und Sozialversicherungssysteme. Die allgemeine Kapitalbildung für Gesundheit umfasst finanzielle Investitionen in das Gesundheitswesen plus Kapitaltransfers zum privaten Sektor für den Bau von Krankenhäusern und deren Einrichtungen.

Private Gesundheitsausgaben:

Privat finanzierter Teil der Gesundheitsausgaben. Private Quellen beinhalten: Kostenbeteiligungen (rezeptfrei und Zuzahlungen), private Versicherungsprogramme, Gesundheitsversorgung im Arbeits- und Fürsorgebereich.

(*) HC.R.2-HC.R.7 sind nicht in der OECD/SHA Definition über die Gesamtgesundheitsausgaben inkludiert.

2. Gebietskörperschaften (ohne Sozialversicherungsbeiträge)

Gesundheitsausgaben welche von zentralen, staatlichen und lokalen Regierungsbehörden - mit Ausnahme vom Sozialversicherungssystem - anfallen. Beinhaltet gemeinnützige Gesellschaften welche durch Regierungseinheiten kontrolliert und finanziert werden.

Anmerkung: Dieser Begriff entspricht HF.1.1 in der ICHA-HF Klassifikation der Gesundheitsfinanzierung (vgl. SHA, Kapitel 6 und 11).

3. Sozialversicherungssysteme

Gesundheitsausgaben, die durch Sozialversicherungen anfallen. Sozialversicherungsfonds sind Sozialversicherungsprogramme, welche die ganze oder nur Teile der Gesellschaft umfassen und die von Regierungseinheiten eingeführt und kontrolliert werden. Sie beinhalten einerseits Pflichtversicherungsbeiträge, welche entweder durch Arbeitgeber, Arbeitnehmer oder beiden anfallen und andererseits Bedingungen, unter denen die Leistungen an die Patienten ausbezahlt werden. Diese werden von den Regierungseinheiten bestimmt. Soziale Versicherungsfonds müssen von anderen Versicherungsprogrammen, welche durch gegenseitige Übereinkünfte zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber zustande kommen, unterschieden werden.

Anmerkung: Dieser Begriff entspricht HF.1.2 in der ICHA-HF Klassifikation der Gesundheitsfinanzierung (vgl. SHA, chapter 6 und 11).

4. Privatversicherung

Gesundheitsausgaben die durch private Versicherungsfonds (private Sozialversicherungen und alle anderen private Versicherungsfonds) anfallen.

Anmerkung: Dieser Begriff entspricht der Summe von HF.2.1 und HF.2.2 der ICHA-HF Klassifikation bezüglich der Gesundheitsfinanzierung (vgl. SHA, Kapitel 6 und 11).

5. Selbstbezahlung (Haushalte)

Haushaltsausgaben beinhalten Kostenbeteiligung, Selbstversorgung und andere Aufwendungen, die direkt durch Haushalte bezahlt wurden, unabhängig davon ob der Kontakt mit dem Gesundheitssystem auf Empfehlung oder durch Eigeninitiative hergestellt wurde.

Erstere beziehen sich auf Leistungsvorschriften der Krankenversicherung oder einer dritten Partei, um einen Teil der medizinischen Kosten über einen fixen Betrag pro Service (englische Bezeichnung: co-payment), über einen bestimmten Anteil (engl.: co-insurance, in einigen Ländern auch als „ticket modérateur“ bezeichnet) oder über einen fixen Betrag der anfällt bevor die 3. Partei involviert ist (engl.: deductible), abzudecken.

Selbstmedikation beinhaltet informelle Zahlungen (die von Leistungsanbietern außerhalb der konventionellen Gebühren extrahiert werden) für rezeptfreie Verordnungen und medizinische Leistungen, die nicht in einer Positivliste für rückerstattbare Leistungen angeführt sind.

Anmerkung: Dieser Begriff entspricht HF.2.3 in der ICHA-HF Klassifikation der Gesundheitsfinanzierung (siehe Sie SHA, Kapitel 6 und 11).

6. Kostenbeteiligung (Haushalte)

Beinhaltet:

Selbstbeteiligung (co-payment): Kostenbeteiligung in der Form eines fixen Betrages der Leistungsaufwendungen.

Selbstbeteiligung (co-insurance): Kostenbeteiligung in der Form eines prozentmäßigen Anteils der Leistungsaufwendungen. In Frankreich und Belgien: „ticket modérateur“.

Selbstbehalt (deductible): Kostenbeteiligung in der Form eines fixen Betrages, der für eine Dienstleistung bezahlt werden muss bevor eine Leistungsauszahlung stattfinden kann.