

Gesundheitsreform in Deutschland

Sind Elemente aus anderen Ländern Europas übertragbar auf unsere Reform?

Eine Fachkonferenz der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales,
am 7. April 2003 in Berlin

Die Expertise wird von der Abteilung Arbeit und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Zusammenfassung ist von dem Autor in eigener wissenschaftlicher Verantwortung vorgenommen worden.

ISBN: 3-89892-106-2

Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen
Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abteilung Arbeit und Sozialpolitik
D-53170 Bonn
Juni 2003

Umschlag: Pellens Kommunikationsdesign GmbH, Bonn
Druck: Toennes Druck + Medien, Erkrath
Gedruckt auf 90 g chlorfrei gebleicht Offset
Printed in Germany 2003

Vorbemerkung

Sind Elemente des Gesundheitswesens aus anderen Ländern Europas übertragbar auf die geplante Gesundheitsreform in Deutschland? Es ist bereits seit längerem zu beobachten, dass sich Überlegungen zur einer Reform unseres Gesundheitswesens an den Systemen des Auslandes orientieren. Allerdings hat sich in jüngster Zeit die Einsicht durchgesetzt, dass nur noch einige wenige Länder entscheidende Anregungen für die Reformbemühungen in Deutschland liefern könnten. Staaten mit einer rein privaten Versicherungslösung oder eines vollständig staatlich organisierten Gesundheitswesens spielen in der Diskussion in Deutschland keine Rolle mehr.

Die gegenwärtige Aufmerksamkeit ist insbesondere auf Elemente des Gesundheitssystems der Schweiz, der Niederlande und Frankreichs gerichtet. Deshalb hatte die Friedrich-Ebert-Stiftung im Rahmen ihres Gesprächskreises Arbeit und Soziales Repräsentantinnen und Repräsentanten aus diesen Ländern darum gebeten, zentrale Leistungs- und Finanzierungsaspekte ihres Gesundheitswesens auf einer Veranstaltung im April dieses Jahres in Berlin vor deutschen Experten und Expertinnen vorzutragen und mit ihnen zu diskutieren.

Wir haben Herrn Dr. Markus Schneider, BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung in Augsburg darum gebeten, einen zusammenfassenden Überblick über die Vorträge aus der Schweiz, den Niederlanden und Frankreichs zu erstellen. Die Zusammenfassung ist in diesem Papier abgedruckt. Sie ist ergänzt durch die Einführungsrede, die die stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, Gudrun Schaich-Walch, MdB, auf der Veranstaltung des Gesprächskreises Arbeit und Soziales gehalten hat. In dieser Rede sind die zentralen Fragestellungen angeführt, die auf der Gesprächskreisveranstaltung an die Referentin und die Referenten aus dem Ausland gerichtet wurden.

Dr. Ursula Mehrländer
Leiterin des Gesprächskreises Arbeit und Soziales
der Friedrich-Ebert-Stiftung

Peter König
Referent für Sozialpolitik

Einführung

Im Vorfeld der anstehenden Gesundheitsreform ist es von besonderem Interesse, sich mit Fragen der Leistung, der Qualität, der Steuerung und nicht zuletzt der Finanzierung im Gesundheitswesen zu beschäftigen.

Wir tun dies sehr bewusst im Vergleich zu anderen europäischen Staaten. Viele Alternativen und Instrumente, die derzeit bei uns diskutiert werden, prägen in anderen Staaten das Gesundheitssystem. Sei es das gänzlich andere Finanzierungssystem der Versicherungspauschale in der Schweiz, die Facharztversorgung am Krankenhaus in den Niederlanden oder auch die Formen der Zuzahlung in Frankreich. Ich glaube es kann für die anstehende Diskussion über die bei uns vorgeschlagenen Wege sehr hilfreich sein, über den berühmten „Zaun zu schauen“ und eigene Ideen und Erwartungen an den Erfahrungen anderer zu messen.

Wir haben in der Gesundheitspolitik eine große gemeinsame Aufgabe. Wir müssen einen Beitrag dazu leisten, dass den Menschen auch in Zukunft bei der Bewältigung der großen Lebensrisiken langfristig Sicherheit gegeben werden kann, ohne sie finanziell zu überfordern aber auch ohne sie zu unterfordern.

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen und Reformnotwendigkeiten. Die bestehenden Strukturen müssen stärker als bisher an den tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten ausgerichtet, vorhandene Ineffizienzen müssen beseitigt und die Finanzierungsfrage beantwortet werden. Dies werden die kurzfristigen Hauptaufgaben der anstehenden Strukturreform sein.

Gleichzeitig müssen wir uns aber auch auf die zukünftigen Entwicklungen vorbereiten. Der medizinisch-technischen Fortschritt aber auch veränderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt stellen uns mit unseren lohnbezogenen Sozialsystemen vor neue Herausforderungen.

Auch der demographische Wandel muss stärker berücksichtigt werden als bisher. Denn unsere gesetzliche Krankenversicherung wird nur zukunftsfähig sein, wenn die notwendigen Anpassungen rechtzeitig und vorausschauend vorgenommen werden. Stillstand in diesem Bereich bedeutet, wichtige Zeit zu verspielen.

Gleichzeitig können wir den zukünftigen Reformprozess nur dann gestalten, wenn wir das Fundament tragfähig ausgestalten. Dies müssen wir gemeinsam, und damit meine ich Politik und Selbstverwaltung als die entscheidenden Akteure im Gesundheitswesen, leisten. Die Gesundheitsreform in diesem Jahr wird keine Jahrhundertreform sein. Von einer solchen Vorstellung müssen wir Abstand nehmen. Reformen im Gesundheitsbereich wird es immer geben müssen. Reformpolitik ist als Prozess zu begreifen und zu gestalten.

Durch ihn entsteht die notwendige Flexibilität, um auf die Dynamik des globalisierten Wandels angemessen reagieren und vorausschauend agieren zu können. Das bedeutet aber nicht: radikaler Wandel in Richtung Privatisierung. Im Gegenteil: Reformen müssen weiterhin an den Strukturen innerhalb der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung ansetzen.

Wir müssen uns immer vergegenwärtigen: In Deutschland verlassen sich über 70 Millionen Männer, Frauen und Kinder auf unser System der solidarisch finanzierten Kranken-

versicherung. In dem Junge für Ältere, Singles für Familien, Gesunde für Kranke, Einkommensstärkere für Einkommensschwächere entstehen. Dieses solidarische Grundprinzip ist und bleibt richtig. Weil nur in einem solchen System der Zugang zu medizinischen Leistungen für alle unabhängig vom Einkommen besteht. Dies bedeutet aber auch, und da komme ich zu einer der Herausforderungen, dass 50 Millionen Mitglieder für 70 Millionen Versicherte Beiträge zahlen mit der Tendenz zur weiteren Verschiebung in eine ungünstige Richtung.

Wir alle nehmen unseren Sozialstaat als etwas selbstverständliches hin. Wir verlassen uns darauf, dass wir ärztlich versorgt werden, wenn wir krank sind. Wir verlassen uns darauf, dass im Falle von Arbeitslosigkeit unser Lebensstandard nicht abrupt absinkt. Wir verlassen uns auch auf Absicherung im Alter und in sozial schwierigen Lebenslagen.

Der Sozialstaat ist ein füreinander Entstehen im Ernstfall. Aber Solidarität kann keine Einbahnstraße sein, deshalb ist es auch unsere Aufgabe, zu überprüfen, wie viel Solidarität notwendig ist, ob die praktische Solidarität von gestern noch genauso aussehen muss, wie die von morgen und wie notwendige Lasten eventuell neu verteilt werden müssen.

Mit einem umfangreichen Paket ineinandergreifender Maßnahmen werden wir dafür sorgen, dass die gesetzliche Krankenversicherung weiterhin alles medizinisch Notwendige in guter Qualität sicherstellt und gleichzeitig finanzierbar bleibt.

Die Effizienz im System kann noch verbessert werden. Deshalb werden wir mit umfangreichen strukturellen Maßnahmen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung sicherstellen. Dazu gehören die Gestaltung des Angebots, ich nenne hier z. B. das Hausarztmodell.

Notwendig sind aber auch Veränderungen bei der Vergütung und im Vertragswesen. Ein weiteres Maßnahmenpaket wird den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen umfassen. Hierzu haben wir das Krankengeld in die Diskussion gebracht. Es soll weiterhin im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sein, soll aber allein von den Arbeitnehmern finanziert werden.

Das dritte Maßnahmenpaket ist die nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu werden derzeit von der Rürup-Kommission Vorschläge erarbeitet. Diese Maßnahmenpakete wollen wir auf der heutigen Veranstaltung vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Staaten Schweiz, Niederlande und Frankreich diskutieren.

Wir haben in Europa in den Gesundheitssystemen alle die gleichen Probleme. In manchen Staaten hat es bereits umfangreiche Reformmaßnahmen gegeben. Dabei standen neben den strukturellen Fragen auch Fragen der langfristigen Finanzierung im Mittelpunkt.

Wir wollen heute von den Referenten der drei Staaten erfahren, welche Maßnahmen bei ihnen vorgenommen wurden und wie sie aus jetziger Sicht diese Maßnahmen beurteilen. Von Interesse ist auch die Frage, in welchen Schritten die Umstellung erfolgt ist. Bei allen drei Staaten wird es vor allem um die Frage der Finanzierung des Krankenversicherungssystems, des Leistungsumfangs und der Organisation der ambulanten ärztlichen Behandlung gehen. Darüber hinaus wollen wir etwas hören über mögliche weitere Reformmaßnahmen insbesondere im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung.

In der Schweiz interessiert uns besonders, was die Gründe für die Einführung einer Basisversicherung waren und ergänzend dazu einer wählbaren Zusatzversicherung. Wir wollen etwas hören über die Erfahrungen, was die Beitragsbelastung der Versicherten

angeht und inwieweit werden die öffentlichen Haushalte darüber hinaus belastet werden. In der Schweiz wurde das Hausarzt-Modell eingeführt. Was wir bisher dazu hören, ist, dass die Inanspruchnahme und die erhofften Effekte sich nicht wie erwartet gestaltet haben. Uns interessiert deshalb, was sind die Gründe dafür, denn auch bei uns ist vorgesehen, die Funktion des Hausarztes als Lotsen zu stärken.

Für die Niederlande gelten fast die gleichen Fragestellungen. In den Niederlanden gibt es einen umfangreichen Beitrag, den die Versicherten privat tragen. Gibt es hier Regelungen, dass Menschen mit niedrigerem Einkommen dann staatliche Unterstützung bekommen, um ebenfalls Leistungen privat absichern zu können? Und auch in den Niederlanden gibt es ein besonderes Hausarzt-Facharzt-Modell über das wir, was seine zukünftige Entwicklung angeht, etwas hören wollen. Wie gestaltet sich die Facharztversorgung im Krankenhaus? Welche Erfahrung haben Sie im Bereich der Zahnversorgung gemacht?

In Frankreich interessieren uns vor allem die finanziellen Auswirkungen der Beitragsgestaltung auf die Versicherten. Dort erfolgt die Finanzierung in einem Mischsystem aus Beiträgen und Steuern. Wir wollen die versicherungsfremden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung künftig auch aus Steuermitteln finanzieren. Bei dem französischen Mischsystem stellt sich auch die Frage nach den Auswirkungen und nach Schutzklauseln für sozial bedürftige Menschen. Ein weiteres Mischsystem gibt es in Frankreich beim Leistungsbezug: Sachleistung und Kostenerstattung. Hier interessiert uns unter anderem die Steuerungswirkung.

Wir müssen die Kernelemente unseres Gesundheitswesens in Richtung Prävention, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und die langfristige finanzielle Sicherung der GKV weiterentwickeln. Dies steht im Mittelpunkt unserer Reformmaßnahmen. Wir wollen allen weiterhin die notwendige gesundheitliche Versorgung einschließlich der Nutzung des medizinischen Fortschritts ermöglichen und denen die im Gesundheitswesen ihren Arbeitsplatz gefunden haben, wollen wir eine stabile Perspektive bieten.

Ich bin davon überzeugt, dass die Menschen in einer Welt, die immer mehr Bereitschaft zur Veränderung fordert, auf grundlegende Sicherheiten - und dazu gehört die Gesundheitsversorgung - angewiesen sind.

Ich bin aber auch davon überzeugt, es kann nicht alles so bleiben, wie es ist.

Zusammenfassung

1. Hintergrund

Der Gesprächskreis „Arbeit und Soziales“ der Friederich-Ebert Stiftung führte am 7. April 2003 in Berlin eine Fachtagung zur Frage durch: „Sind Elemente des Gesundheitswesens des Auslands auf die Bundesrepublik Deutschland übertragbar?“ Hintergrund bildete die Reformdiskussion in der Bundesrepublik Deutschland um Organisationselemente, wie die ambulante fachärztliche Versorgung am Krankenhaus, die Finanzierung über eine Kopfpauschale, den Leistungsumfang der Grundversorgung und den Zugang hausärztlichen Versorgung.

Reformpolitik ist ein ewiger Gestaltungsprozess, in welchem man vorausschauend auf die gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen das Gesundheitswesen anpasst. Einführend wies die Bundestagsabgeordnete Frau *Schaich-Walch* daraufhin, dass die geplante Reform keine Jahrhundertreform sein könne. Drei Maßnahmenpakete seien gegenwärtig vorgesehen,

- erstens der Zugang zur Versorgung und die Wahlmöglichkeiten sowie die Vergütung und die Vertragsgestaltungen.
- zweitens das Kassenwahlrecht, und
- drittens die nachhaltige Finanzierung.

Die Tragweite dieser Maßnahmenpakete sei dennoch nicht unerheblich, da hier auch Weichenstellungen für die weitere Entwicklung des Gesundheitssystems vorgenommen würden.

Als mögliche Reformoptionen werden in der Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (*Rürup-Kommission*) als zukünftiges Modell für die deutsche Krankenversicherung das Modell einer Bürgerschaftsversicherung, ein Modell der Finanzierung über Kopfpauschalen und das Hausarztmodell diskutiert. Im Hinblick auf die gegenwärtige Reformdiskussion des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland ist der Blick auf die Erfahrungen anderer Länder mit diesen Modellen interessant. Die drei Länder Schweiz, Niederlande und Frankreich bieten sich dabei als Vergleich besonders an, da in diesen Ländern die Kopfpauschale, die Bürgerschaftsversicherung und das Hausarztmodell eine unterschiedliche Rolle spielen, und diese Elemente teilweise miteinander verknüpft sind.

Auf dem Workshop wurde zunächst das Schweizer Modell von Dr. *Willy Oggier*¹ präsentiert. Frau Prof. Dr. *Kieke Okma*² stellte das niederländische Modell und Herr Dr. *Stephane Jacobzone*³ das französische Modell vor.

Im folgenden werden zentrale Ergebnisse dieses Vergleichs zusammengefasst.

¹ Herausgeber der Gesundheitspolitischen Information und Direktor der Gesundheitsberatung AG Zürich.

² Rechtsabteilung des Ministeriums für Wohlfahrt und Gesundheit, Den Haag, Professor an der Kingston Universität in Kanada.

³ OECD, Paris.

2. Das Krankenversicherungssystem der Schweiz

2.1 Finanzierung: Kopfpauschale ein Auslaufmodell?

Mit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1996 wurde in der Schweiz eine obligatorische Grundversicherung mit einheitlichem Leistungskatalog eingeführt. Die Versicherten haben freie Kassenwahl. Sie entrichten eine vom individuellen Risiko unabhängige, je Krankenkasse einheitliche Kopfpauschale als Beitrag in die Krankenversicherung. Die Pauschalen sind einheitlich für alle Erwachsene in einer Region; Jugendliche bezahlen eine geringere Kopfpauschale, und Kinder noch eine geringere Pauschale. Die Regionen sind nach Kantonen unterteilt. Insgesamt gibt es faktisch 65 Beitragsregionen⁴.

Dieses Beitragssystem ist unter den europäischen Gesundheitssystemen einzigartig, was die früherer Bundesrätin *Ruth Dreyfuss* im November 2002 zur Bemerkung veranlasste, das Schweizer Finanzierungssystem ist einmalig, nämlich einmalig ungerecht. Ihr Nachfolger *Pascal Couchepin*, betont dagegen die soziale Komponente: 160.000 Haushalte bezahlen keine Prämie, 30% (1 Million) der Haushalte beanspruchen eine Prämienverbilligung. Ab einem bestimmten Jahreseinkommen/-vermögen werden nämlich Prämienverbilligungen gewährt, welche je nach Kanton nach unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen gestaffelt und auch verschieden hoch ausgestaltet sind.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung sieht vier Versicherungsformen vor:

- die Versicherung mit ordentlicher Jahresfranchise
- die Versicherung mit wählbaren Jahresfranchisen
- die BONUS-Versicherung
- die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (z.B. HMO, Hausarztmodell).

Die Versicherung mit wählbaren Franchisen, d.h. Rechnungsbetragsgrenzen, bis zu denen der Versicherte 100% selbst bezahlt, wurde 1987 eingeführt und hat sich seither in modifizierter Form stark verbreitet: 1999 hatten 44.6 % der erwachsenen Versicherten diese Versicherungsform gewählt, dies sind 2,5 Mio. Versicherte. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bieten fast alle Krankenversicherer auch eine Versicherung mit wählbaren Franchisen an. 48 % aller Versicherten sind mit ordentlicher Franchise versichert. Weitere 8 % haben sich anderen Versicherungsformen wie HMOs oder Hausarztmodellen angeschlossen. Innerhalb der wählbaren Franchisen wird die Franchisestufe 400 Franken mit einem Anteil von 29 % deutlich am häufigsten gewählt. Danach folgen die Franchisestufen 600 Franken (8 %) und 1'500 Franken (5 %). Die Franchisestufe 1'200 Franken wird am seltensten gewählt, nur 2 % der Versicherten haben sich für diese Franchisestufe entschieden. Die Krankenversicherer gewähren bei einer Erhöhung der Franchise einen Rabatt auf die Prämie der Versicherung mit ordentlicher Franchise. Je höher die gewählte Franchise, desto höher ist der prozentuale Rabatt. Die Prämienrabatte sind nach oben begrenzt. Diese Begrenzung wurde eingeführt, um auch bei einer Erhöhung der Franchise eine gewisse Solidarität zwischen Gesunden und Kranken innerhalb einer Krankenkasse zu erhalten. Man geht davon aus, dass die hohen Franchisen vorwiegend von Personen mit einem geringen Krankheitsrisiko gewählt werden und die Kosten in diesen Tarifen nicht nur wegen Leistungsverzichten der Versicherten geringer sind.

⁴ Theoretisch gibt es 78 Beitragsregion, in manchen der 26 Kantone findet allerdings keine weitere Untergliederung in hohe, mittlere, und geringe Beiträge statt.

Bei der Vorlage des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vom 6. November 1991 wurden vier Ziele betont: (1) Stärkung der Solidarität, (2) Kosteneindämmung, (3) Ausweitung des Leistungskatalogs, (4) Stabilität der Finanzierung.

Zur *Stärkung der Solidarität* wurde mit der Versicherungspflicht ein individuelles Prämienvverbilligungssystem eingeführt, um den Zugang unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen sicherzustellen. In der Botschaft des Bundesrates zur Gesundheitsinitiative der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz (SP) wird dieses folgendermaßen bewertet:

- Erhebliche Entlastung durch Prämienvverbilligungen der unteren Einkommensschichten.
- Unzureichende Wirkung für den unteren Bereich der mittleren Einkommen, insbesondere für Familien.
- Wahrnehmung der Solidarität zwischen wirtschaftlich besser gestellten und wirtschaftlich schwächeren Versicherten über die Prämienvverbilligungsbeiträge, die Subventionen der Kantone und Gemeinden an stationäre Aufenthalte sowie über die Bereitstellung von Infrastrukturen jeweils finanziert durch Kantone und Gemeinden. Die Kosten dieser Leistungen werden alle steuerfinanziert. Allerdings relativ bescheidenes Ausmaß dieser Solidarität im internationalen Vergleich.

Herr *Oggier* führte weitere Probleme des Prämienvverbilligungssystems aus. Diese liegen zum einem im Prämienanstieg, zum anderen in der Bemessungsbasis. Weil die Prämienvverbilligungen bereits heute das Wachstum des öffentlichen Finanzierungsanteils determinieren, ist bei weiter wachsenden Beiträgen eine überproportionale Finanzierungsbeitragsbelastung der privaten Haushalte zu erwarten. Durch die Prämienvverbilligungen würden ferner kleine Unternehmer und Hauseigentümer besonders belastet.

Es braucht große Zuschüsse der öffentlichen Hand, um die Prämienvverbilligungen sicherzustellen. Berechnungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen haben gezeigt, dass umgerechnet auf die Bundesrepublik Deutschland dem rund 25-28 Mrd. Euro Belastung der öffentlichen Haushalte durch Prämienvverbilligungen entsprechen würden.

Die Schwächen des Kopfpauschalensystems wurden von Herrn *Oggier* folgendermaßen zusammengefasst.

- Kopfpauschalen belasten den Mittelstand überproportional, entlasten Personen mit hohem Einkommen und Vermögen.
- Diese Belastung des Mittelstandes schwächt die Kaufkraft und verschärft das schwache Wirtschaftswachstum der Schweiz.
- Kopfpauschalen (auch mit der Unterteilung in Kinder, Jugendliche und Erwachsene) bestrafen Familien, welche keine Prämienvverbilligung bekommen.
- Kopfpauschalen mit Franchisen sind doppelt unsolidarisch.
- Reichere, gesunde Versicherte wählen die höchste Franchise und bekommen den höchsten Prämienrabatt. Ärmere und kränkere Leute wählen die tiefste Franchise und bekommen den geringsten Prämienrabatt.

Übersicht 1: Kopfpauschale für eine Familie bei einem mittleren Einkommen (2 Erwachsene, 2 Kinder)	
Vermögen	100.000 sfr (68.056 €)
Kanton	Zürich (etwa gesamtschweizerischen Mittel)
Kostenbeteiligung	830 sfr (565 €) = 230 sfr (157 €) Grundfranchise + 600 sfr (408 €) Zuzahlung; ohne Kostenbeteiligung bei zahnärztlichen Leistungen)
Mittlere jährl. Kassenprämie vor Prämienvorbilligung	6.168 sfr (4.198 €)
Mittlere jährl. Prämienvorbilligung	1.623 sfr (1.104 €)
Mittlere jährl. Kassenprämie nach Prämienvorbilligung	4.546 sfr (3.094 €)
Mittlere jährl. Kassenprämie in % des Einkommens nach der Prämienvorbilligung	Ca. 8%

2.2 Leistungsumfang: Löcher in der zahnärztlichen Versicherung

In der Schweiz wird zwischen der obligatorischen Grundversicherung und den Zusatzversicherungen unterschieden. Die Grundversicherung respektive soziale Krankenversicherung ist für die gesamte Bevölkerung obligatorisch. Das Leistungspaket wird gesetzlich vorgeschrieben. Mit der Einführung des KVG wurde der Leistungskatalog der Krankenkassen durch folgende Maßnahmen ausgeweitet:

- Übernahme von Pflegemaßnahmen zuhause oder in einem Pflegeheimen (allerdings im Durchschnitt nicht mehr als ca. 20% der Kosten)
- Zeitlich unbegrenzte Spitalpflege (d.h. Aussteuerung wurde abgeschafft)
- Maßnahmen der Rehabilitation und Prävention
- Übernahme von Hilfsmitteln
- Subsidiäre Versicherung bei Unfall (Studenten, Hausfrauen, Rentner; jedoch kann kein Krankengeldanspruch geltend gemacht werden)
- Zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (8 Kontrolluntersuchungen, Geburt; jedoch kein Mutterschaftsgeld)
- Bestimmte zahnärztliche Behandlungen (Erkrankungen des Kausystems, als Konsequenz oder Folge von anderen therapeutischen Maßnahmen)
- Zuschüsse zu den Transportkosten bei Notfällen und an Rettungskosten
- Übernahme von Komplementärmedizin und Akupunktur (seit 1. Juli 1999 für 6 Jahre bei Ausführungen durch Ärzte der Anthroposophie etc.; nicht jedoch bei Ausführung durch Naturärzte).

Zu erwähnen ist, dass es keine echte Krankengeldpflichtversicherung gegen die Folgen von Krankheit gibt und keine Mutterschaftsversicherung auf Bundesebene.

Im Gegensatz zu Deutschland haben die Krankenkassen in der Schweiz die Möglichkeit, Zusatzversicherungen anzubieten. Diese betreffen im wesentlichen:

- Freie Arztwahl im stationär Bereich, (Belegarzt, Chefarzt)
- Hotelleistungen im Krankenhaus (Komfortleistungen)
- Pflegerische Leistungen
- Nicht-KVG-Pflichtleistungen (Übernahme von Psychotherapie, Behandlung bei Nicht-ärzten, plastische Chirurgie).

In der Zusatzversicherung ist Risikoselektion erlaubt. Eine Restkostenversicherung wie in der Frankreich ist der Schweiz nicht erlaubt.

2.3 Hausarzt/Facharztzugang: Kostenvorteile der HMOs kein Allheilmittel

In der Grundversicherung besteht ambulant freie Arztwahl. Mit der KVG Reform wurden zusätzlich Wahltarife mit Managed Care Angeboten ermöglicht. Vor allem im ambulanten Bereich gibt es die Möglichkeit, diese Modelle zu wählen. Allerdings ist der Erfolg aus drei Gründen bisher eher bescheiden.

- a) Marktanteil der Managed Care Modellen ist klein; nur 8% der Bevölkerung sind in Managed Care Modellen versichert.
- b) „Falsche“ Versicherte wählen die Managed Care Modelle; d.h. überwiegend Gesunde; wenn Personen krank werden, wechseln sie oftmals zurück.
- c) Vertragszwang führt nicht dazu, dass sich Leistungserbringer für die Managed Care-Modelle interessieren.

Die Angebote würden nicht halten, was sie versprechen. Die Versicherung hätten es nicht geschafft, wirklich kostengünstige Alternativen zu den traditionellen Tarifen anzubieten. Ärzte würden nicht dorthin gehen, wo kantonal oder nach Fächern Unterversorgung bestehe, z.B. Gynäkologie im Kanton Uri oder in die Facharztbereiche Pädiatrie und Psychiatrie.

In vielen Kommunen und Kantonen gibt es ein Schulprophylaxesystem, jedoch auch einen Rückzug der Kantone. Die Resultate seien eindeutig: Schlechtere Zahngesundheit bei Schülern mit geringem Einkommen.

2.4 Gesundheitsreformen: Intensivierung des Wettbewerbs

Eine erste Teilrevision des KVG wurde 1999 vorgenommen mit dem Ziel Mängel im Prämienverbilligungssystem zu beseitigen. Ziel der 2. Teilrevision des KVG ist die Verbesserung der Spitalfinanzierung und die Intensivierung des Wettbewerbs im ambulanten Bereich. Ungenauigkeiten und Unklarheiten im geltenden Gesetzestext sollen ausgeräumt werden. Zwei wichtige Punkte sind

- Pauschalierung der Krankenhausfinanzierung
- Aufhebung des Vertragszwangs.

Die 3. Teilrevision strebt die Monistik der Krankenhausfinanzierung an. Unklar ist noch, ob Versicherer oder die Öffentliche Hand die Krankenhäuser bezahlen und wie groß die öffentliche Beteiligung ist.

Trotz KVG sind die Beiträge in der Schweizer Krankenversicherung überproportional gestiegen. Am 18. Mai 2003 steht ein Volksabstimmung über die SP-Gesetzesinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ an, die Kopfpauschalen durch einkommens- und vermögensabhängige Prämien ersetzen möchte. Die einkommensabhängige Finanzierung höherer Krankenkassenkosten wird nach einer Coop-Umfrage vom Oktober 2002 von 58% der Bevölkerung befürwortet. 35% sind für eine gleichmäßige Verteilung, 33% für eine Leistungssenkung, 28% sind der Auffassung, der Staat solle die Mehrkosten übernehmen und nur 5% sind der Meinung, dass die über 50-Jährigen mehr bezahlen sollen. Der Bundesrat hat sich allerdings gegen die Gesetzesinitiative ausgesprochen, so dass mit einem Scheitern gerechnet wird.

Das Eidgenössische Department des Inneren hat inzwischen ein Reformpaket zur Anpassung der Beiträge für das Jahr 2004 vorgelegt. Danach soll die Grundfranchise von 230 sfr auf 300 sfr angehoben und die Rabatte auf die wählbaren höheren Franchisen sollen der Kostenentwicklung angepasst werden.

3. Die niederländische Krankenversicherung

3.1 Finanzierung: Zwischen Bürgerschaftsversicherung und Kopfpauschalen

Obleich die Niederlande ähnlich wie Deutschland eine gesetzliche und private Krankenversicherung kennen, gibt es für besondere Risiken eine Bürgerschaftsversicherung. Das allgemeine Gesetz für besondere Krankheitskosten von 1968 (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ) stellt in der gleichnamigen Versicherung AWBZ für die ganze Bevölkerung unabhängig von Alter, Einkommen und Beschäftigungsgrad eine gesetzliche Pflichtversicherung dar. Sie kommt für die Finanzierung der Krankenhauskosten ab dem 366. Tag, Psychiatrie, stationäre und ambulante Pflegeleistungen von geistig und körperlich Behinderten, Heimpflege und sozialpsychiatrische Betreuung auf. Die Regierung legt Beiträge, Preise und Angebot fest. Die AWBZ ist deshalb vom regulierten Wettbewerb ausgeschlossen. Die Beiträge sind einkommensabhängig und betrugen im Jahre 2002 10,25 % des Bruttoeinkommens der Arbeitnehmer.

Übersicht 2: Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den Niederlanden, 2002	
Finanzierungsträger	Mrd. Euro
AWBZ (Hochrisikopool)	15,5
Zfw (Krankenkassen)	14,7
Private Versicherungen	5,7
Staat	2,0
Patienten und sonstige	2,6
insgesamt	40,5

Quelle: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag

In der gesetzlichen Krankenversicherung, in welcher alle abhängig Beschäftigten (außer Beamte) bis zu einer Versicherungspflichtgrenze (2002: € 30.700; Selbständige: € 19.650) pflichtversichert sind, werden die Beiträge einkommensabhängig plus einer Kopfpauschale (nominaler Beitrag) erhoben. Der Beitragssatz liegt bei 7,95 % des Bruttoeinkommens (6,25 % Arbeitgeber; 1,7 % Arbeitnehmer). Bestimmte Kategorien von Versicherten, deren beitragspflichtiges Einkommen so niedrig ist, dass eine prozentuale Beitragsbemessung nicht reell wäre, müssen lediglich einen Festbetrag zahlen. Diese Versicherten brauchen den oben genannten nominalen Beitrag nicht zu zahlen. Für Vorruhestandler gibt es spezielle Regelungen, da sie keinen Arbeitgeber haben und beide Beitragsanteile übernehmen müssen. Krankenkassenversicherte über 65 Jahre müssen für die AOW-Altersrente (2002) ebenfalls insgesamt 7,95% Beitrag zahlen. Für die anderen beitragspflichtigen Teile des Einkommens (Einkommen aus oder im Zusammenhang mit Arbeit in der Wirtschaft oder im Erwerbsleben) beträgt der Beitragssatz 5,95%.

Der nominale Beitrag (Kopfpauschale) wurde 1989 eingeführt. Die Höhe des nominalen Beitrags wird von jeder Krankenkasse selbst festgesetzt. Im Jahr 2002 lag der nominale Beitrag durchschnittlich bei etwa 16 € pro Person und Monat für den Versicherten und seinen mitversicherten Partner. Diesen nominalen Beitrag führen die Versicherten monatlich an ihre Krankenkasse ab. Bei im Ausland wohnhaften Versicherten ab 65 Jahre, die eine AOW-Rente beziehen, wird der nominale Beitrag von der Rente einbehalten. Seit 1. Januar 1995 muss für mitversicherte Kinder kein nominaler Beitrag mehr gezahlt werden.

In der privaten Versicherung sind Selbständige und Arbeitnehmer über der jeweiligen Pflichtversicherungsgrenze der ZFW versichert (2002: 32 % der Bevölkerung). Der private Versicherungsschutz kann sowohl geringer als auch umfangreicher als das gesetzlich vorgeschriebene Standardpaket der ZFW sein.

Den Begriff der „Friedensgrenze“ wird nach Frau *Okma* in den Niederlanden nicht verwendet. Über das System der Fairness insgesamt wird nicht diskutiert, sondern nur über die Ränder der jeweiligen Subsysteme, wie die Absicherung der Hochrisikogruppen. Hier gibt es den genannten Pool der AWBZ, der gleichermaßen für privat und gesetzlich Versicherte gilt.

Wegen des besonderen Charakters ihres Arbeitsverhältnisses sind Staatsbeamte seit jeher von den Arbeitnehmersozialversicherungen ausgeschlossen. Beamte sind daher auch keine Arbeitnehmer im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes. Seit 1. Januar 1981 besteht die so genannte Regelung Krankheitskostenerstattung für Beamte (ZVO-Regelung), für deren Durchführung eine selbständige Dienststelle zuständig ist. Bei der Festsetzung des Erstattungsprozentsatzes im Rahmen dieser Regelung orientiert man sich am prozentualen Arbeitnehmer-Beitragsanteil zur Krankenkassen-Pflichtversicherung. Das Leistungsangebot entspricht dem der Krankenkassen, die Höhe der Vergütungen wurde den öffentlich-rechtlichen Krankheitskostenregelungen für Arbeitnehmer angeglichen.

Zeitgleich mit dem Inkrafttreten des Gesetzes über den Zugang zur Krankenversicherungen (WTZ) und des Gesetzes über die Mitfinanzierung der Überrepräsentation von Senioren in den Krankenkassen (MOOZ) am 1. April 1986 wurde in das Krankenkassengesetz die Bestimmung aufgenommen, dass der Staat als Beitrag zu den Kosten der Versicherung einen jährlichen Zuschuss zahlt. Die Höhe dieses Zuschusses wird jedes Jahr neu festgesetzt.

Aus unterschiedlichen Gründen ist in den Krankenkassen im Vergleich zu den privaten Krankenversicherungen allerdings eine relative Überrepräsentation von älteren Mitgliedern zu verzeichnen. Um die hierdurch bedingten finanziellen Nachteile für die Kran-

kenkassenversicherung zu beseitigen, wurde mit dem Gesetzes zur Mitfinanzierung der Überrepräsentation von Senioren in den Krankenkassen (MOOZ) eine gesetzliche Vorschrift erlassen, nach der sich die privaten Versicherungen an den Kosten der Krankenkassen-Pflichtversicherung beteiligen müssen, so lange ältere Versicherte in den Krankenkassen über-repräsentiert sind. Die MOOZ-Umlagebeiträge beliefen sich im Jahr 2002 auf € 40,80 für Versicherte im Alter von 0 - 20 Jahren (50% des Umlagebeitrags), € 81,60 für Versicherte im Alter von 20 - 65 Jahren (100%) und € 65,28 für Versicherte ab 65. Jahre (80%).

Was die Beitragssätze betrifft, bestehen in den Niederlanden im Gegensatz zur Schweiz und zu Deutschland keine merklichen Beitragsdifferenzen nach Kassen. Die geringe Differenz in der „Nominalprämie“ bietet Versicherten keinen finanziellen Anreiz zum Kassenwechsel, weshalb die Monopolstrukturen der Krankenkassen konserviert werden.

Außerdem wird als Wechselhemmnis die Laufzeit der Zusatzversicherung angesehen. Die längere Laufzeit der Zusatzversicherung soll insbesondere bei der Zahnversicherung verhindern, dass die Kunden nach der Behandlung die Versicherung gleich wieder kündigen. Obschon die Pflicht- und Zusatzversicherung formal getrennt sind, werden sie von Versicherten zusammen wahrgenommen und dadurch eine längere Kündigungsfrist auch für die Pflichtversicherung erreicht. Eine Konkurrenzierung im Leistungsumfang ist aufgrund des einheitlich definierten Basispakets ausgeschlossen.

3.2 Leistungsumfang: Leistungsbegrenzung und Standardisierung

Der Leistungskatalog zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen unterscheidet sich nur marginal. Bei den Krankenkassen (ZFW) umfasst der Leistungskatalog die Krankenhauskosten bis zu einem Jahr, die Behandlungskosten der Haus- und Fachärzte, medikamentöse Versorgung sowie ambulante Rehabilitation. Das Grundleistungspaket ist gesetzlich vorgeschrieben. Abweichungen sind nur nach oben möglich. Die Grundleistungen unterliegen grundsätzlich einer Technologiebewertung. Das Wertesystem in Holland ist dabei eher restriktiv. Vielleicht als Ergebnis der calvinistischen Tradition sollen beispielsweise homöopathische Mittel nicht erstattet werden. Bisher sei es jedoch nicht gelungen, homöopathische Mittel der Positivliste zu streichen.

Die Gestaltung des Leistungsanspruchs sei weniger ein Problem, sondern eher die Frage der Qualität der Versorgung, obgleich man auch hier nicht von einem wirklichen Problem sprechen könne, solange nicht klar sei, wie man Qualität zu messen habe. In Holland gebe es zwei Regelungen zur Qualitätssicherung. Eine betreffe die Krankenhäuser. Sie seien verpflichtet, für die Behandlungen Standards festzulegen. Bisher konnten allerdings nur etwa für 10% der Krankenhausleistungen diese Standards definiert werden.

Die Krankenkassen haben die Möglichkeit Zusatzversicherungen anzubieten. Rund 90% der Versicherten haben solche Zusatzversicherungen. Diese enthalten in der Regel zahnärztliche Leistungen, alternative Heilmittel und Leistungen im Ausland.

3.3 Hausarzt/Facharztzugang: Hausarzt als Lotse

In der Pflichtversicherung sind Patienten bei einem Hausarzt eingeschrieben. Der Hausarzt soll die Versorgung bei ca. 90% aller Krankheitssymptome übernehmen. In der Praxis besucht ein Holländer im Durchschnitt 4 mal pro Jahr einen Hausarzt und 1,8 mal einen Facharzt (ohne Telefonkontakte und Hausbesuche). Der Hausarzt wird über das

Vergütungssystem der Kopfpauschale honoriert. Die Zufriedenheit der Hausärzte mit diesem System sind im allgemeinen höher als in Deutschland. Nach einer Untersuchung des holländischen Instituts „NIVEL“ dauert eine Konsultation bei einem Hausarzt in Holland im Durchschnitt 10,2 Minuten im Vergleich zu 7,6 Minuten in Deutschland. Die Ausstattung mit medizinischen Geräten ist dabei nicht schlechter als in Deutschland und auch der Zugang zu Laborleistungen oder bildgebenden Verfahren. Im Durchschnitt verordnen holländische Hausärzte weniger als ihre deutschen Kollegen.

Hausärzte sind in den Niederlanden oftmals Frauen, vielfach arbeiten sie in Gruppenpraxen. Obgleich seit 1991 kein Kontrahierungszwang besteht, ist der Wettbewerb begrenzt. Der *Kontrahierungszwang* wurde aufgehoben, da sich die holländische Regulierungsbehörde gegen Kollektivverträge aussprach. Kollektivverträge spielen allerdings heute noch eine Rolle. In der Praxis zeigten sich nämlich die fehlenden Überkapazitäten im Anbietermarkt als Hindernis für einen regulierten Wettbewerb. Dadurch werden selektive Verträge in den Niederlanden kaum ermöglicht.

Qualitätssicherung und Transparenz spielen eine große Rolle in der Praxisorganisation. Als besondere Stärke des niederländischen Systems wird die umfassende Leistung für ambulante Versorgung gesehen, die Menschen möglichst lange zuhause betreut, was sich auch in der niederen Bettendichte und den umfangreichen ambulanten Pflegediensten zeigt. Qualitätssicherung spielt in den Niederlanden in ungleich höherem Maße eine Rolle als in Frankreich, der Schweiz und Deutschland

Als Folge des Ölpreisschocks der 70er Jahre, dem Phänomen der wirtschaftlichen Stagnation und gleichzeitig steigenden Staatsausgaben wurde in den 80er und 90er Jahren die Rolle des Staates in Frage gestellt. Gegen diesem Hintergrund unterbreitete 1987 die *Dekker-Kommission* einen Reformplan, der eine marktähnliche Konzeption des Gesundheitswesens vorsah. Das Ziel dieses Reformprozesses war die Schaffung eines Gesundheitssystems mit sozialem Charakter und wirkungsvollem Mechanismus zur Kosteneffektivität und Effizienz. Vorbild für die Reform des niederländischen Gesundheitswesens war das Modell des regulierten Wettbewerbs "*Managed competition model*". Nach Frau *Okma* hat dieses Modell ein schwaches theoretisches Fundament, doch gebe es bisher keine Alternativen.

3.4 Gesundheitsreformen: Auf einzelne Elemente konzentrieren

Die Diskussion um Gesundheitsreform in den Niederlanden wird durch die Rahmenbedingungen des Wettbewerbsrechts und von autonomen Änderungen wie der Stärkung der Rolle der Verbraucher, wie dem Internet, e-health und durch den Druck der Unternehmen auf die Reduzierung der Krankheitskosten geprägt. Über eine grundlegende Reform gebe es allerdings seit hundert Jahren bereits eine Diskussion, doch ohne konkrete Schlussfolgerungen. Deshalb sollte die Reformdiskussion langfristig angelegt sein. Und nach Frau *Kieke Okma* ist es besser, den Begriff Gesundheitsreformen nicht zu verwenden, sondern über einzelne Maßnahmen zu sprechen, wie z.B. die Bezahlung der Krankenhausleistungen. Die Konzentration auf einzelne Elemente sei besser, als den großen Wurf zu versuchen. Gegenwärtig gebe es in den Niederlanden beispielsweise eine Diskussion zur Entwicklung eines Fallpauschalensystems, deren Ergebnisse jedoch ungewiss seien.

Internationalen Vergleiche würden klare Begriffe erfordern und die Kenntnis, der dahinterstehenden Normen. Frau *Okma* spricht sich für eine internationale Reform über das Scheitern von Gesundheitsreformen bzw. einzelner Maßnahmen aus. Warum sind Gesundheitsreformen gescheitert und was können wir aus dem Scheitern lernen?

4. Die französische Krankenversicherung

4.1 Finanzierung: Bürgerschaftsversicherung mit staatlicher Zusatzversicherung

Die französische Krankenversicherung basiert auf zwei Säulen, erstens einer Bürgerschaftsversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung (Arbeitnehmer und ihre Familien) und zweitens Zusatzversicherungen, welche durch private Versicherer, die sogenannten „Mutuelles“ und durch die staatliche Zusatzversicherung basierend auf einer Bedürftigkeitsprüfung angeboten werden.

Die Finanzierung nationalen Krankenversicherung erfolgt über eine zentrale Beitrags- und Steuersammelstelle, welche nicht nur die Gesundheitssicherung, sondern auch Rentnerversicherung einschließt. Vergleichsweise zu Deutschland bezahlen die Rentner einen geringeren Teil ihres Einkommens als Krankenversicherungsbeitrag.

Der Arbeitgeberbeitragssatz beträgt 12,7%, der Arbeitnehmer bezahlt 6,7%. Die Bemessungsgrundlage für den Arbeitnehmerbeitrag schließt auch andere Einkommen ein, d.h. der Arbeitnehmerbeitrag ist faktisch eine Steuer und wird auch so behandelt. Der Einzug erfolgt mit der Einkommensteuer. Berücksichtigt man die Belastung aus der Zusatzversicherung wird ein Arbeitnehmer bis zu 26% belastet. Das System ist sehr progressiv, da es keine Beitragsbemessungsgrenze gibt. Für Bauern und Arbeitgeber gelten geringere Beitragssätze. Insgesamt habe sich die Beitragsfinanzierung immer mehr in Richtung einer Steuerfinanzierung entwickelt.

Die *Rocard* Regierung hat ein Minimum-Einkommenssicherung eingeführt, welche allen Bürgern einen Zugang zur umfassenden Versorgung sichert. Dieser allgemeine Versicherungsschutz (*Couverture Medicale Universelle CMU*) gelte für Personen mit Einkommen unter € 15.000. Hier werden die Beiträge vom Staat bzw. den Kommunen übernommen.

Das Sozialversicherungssystem ist nach Herrn *Jacobzone* insgesamt in Frankreich nicht teurer als in Deutschland, obgleich die Beiträge sehr hoch sind. Dabei sei aber zu bedenken, dass viele Gruppen auch keine Beiträge bezahlten. Personen, die wenig verdienen, bekämen eine Zuschuss von Staat.

4.2 Leistungsumfang: Auf die Zusatzversicherung kommt es an

Die Vorstellung von einer liberalen Medizin prägt die medizinische Versorgung in der französischen Krankenversicherung. Es gilt im ambulanten Bereich das Kostenerstattungssystem. Ärzte haben Niederlassungsfreiheit. Formal hat der Versicherte erhebliche Zuzahlungen zu leisten. Der Hausarzt erhält für eine Konsultation in der Praxis 20 €. Bei einem Hausbesuch bekommt er zusätzlich 10 € zur Abgeltung seiner Fahrkosten. Davon werden dem Patienten 70% erstattet, was einer Zuzahlung von 30% entspricht. In der Praxis kommt diese Zuzahlung allerdings kaum zum tragen. Die hohen Zuzahlungsregelungen stehen praktisch nur auf dem Papier, denn sie werden aufgefangen durch ein umfangreiches System von Befreiungsregelungen und Zusatzversicherungen.

Für eine fachärztliche Konsultation bezahlt die gesetzliche Krankenversicherung 23 €. Davon muss der Patient ebenfalls formal 30% selber tragen. Aufgrund der niedrigen Gebühren, wurde vor Jahren einem Teil der niedergelassenen Ärzte erlaubt, die Gebühren frei festzusetzen. Heute arbeiten etwa 24% der Ärzte im sogenannten Sektor 2 und haben das Recht die Gebührenhöhe selbst zu bestimmen. Für 76% aller niedergelassene

Ärzte (Sektor 1) gilt eine Kollektivvereinbarung nach Einzelleistungen. In Paris müsse man für einen Arzt im Sektor 2 mit einem Betrag zwischen € 50 und 80 rechnen.

Der Krankenhaussektor mit modernen allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern wurde nach dem zweiten Weltkrieg schrittweise im ganzen Land entwickelt. Die Bezahlung der Krankenhausleistungen erfolgt nach Fallpauschalen, deren Struktur auf amerikanischen Gewichten beruht.

Das System der Zusatzversicherungen wurde während der letzten Jahrzehnte kontinuierlich erweitert und bietet heute mehr als 90% der Bevölkerung einen zusätzlichen Versicherungsschutz. Im allgemeinen werden die Kosten des Selbstbehalts der Grundversicherung voll übernommen. Dadurch kann das Zuzahlungssystem keine Steuerungswirkung entfalten und wird zum Ausgangspunkt für eine zweite Finanzierungssäule, nämlich die Zusatz- oder Restkostenversicherung. Damit gewinnt die Frage an Bedeutung, wie bekommt man eine Zusatzversicherung und kann man sich diese überhaupt leisten? Kostenbeteiligung führt somit in der Praxis zur Aufteilung des Versicherungsschutzes in einen öffentlichen und privaten Versicherungsschutz.

Eine gleiche regionale Versorgung sei Frankreich aufgrund unterschiedlicher Kapazitäten und Erstattungsregelungen in der Praxis nicht gewährleistet. Der Leistungskatalog der Krankenhäuser sei nicht immer gleich; beispielsweise würden Stents nicht überall erstattet. Auch bestehe eine sehr ungleiche Verteilung der Ärzte in den Regionen Frankreichs. Ähnliches gilt für die Krankenhäuser. In Frankreich gebe es regional 4-5 Jahre Unterschiede in der Lebenserwartung. Die landesweite Planung wurde wegen ihres offensichtlichen Misserfolgs aufgehoben.

Zusatzversicherungen bezahlen auch zusätzliche Leistungen. Nicht abgedeckt sind Osteopathie und Chiropraktik.

Bei den Arzneimitteln besteht eine Positivliste und ein Festbetragssystem, das Frankreich zehn Jahre später als Deutschland eingeführt habe. Arzneimittelfestbeträge würden allerdings für deutlich weniger Präparate als in der Bundesrepublik gelten. Verordnungen von Generika sollen weiter gefördert werden. Die Wirkungen dieser Maßnahme würden aber begrenzt bleiben, weil in Frankreich derzeit nur rund 110 Originalpräparate durch Generika ersetzbar seien. Auch bei den Medikamenten müsse man trotz formell hoher Selbstbeteiligung praktisch nichts selbst bezahlen, da die Zuzahlung von den Zusatzversicherungen übernommen werde, die mehr als 90% der Bevölkerung besitzen. Es werden drei Gruppen von Medikamenten unterschieden, solche mit 100%, 65% und 35% Erstattung). Zweifelhafte Medikamente sollen nach Regierungsplänen von der Erstattung ausgeschlossen werden. In der Praxis konnte dieses bisher nicht durchgesetzt werden.

Bezüglich der Vorbeugung gäbe es keine allgemeine nationale Strategie. Allerdings gäbe es eine Nationale Strategie zur Bekämpfung von Krebs. Public Health an den Universitäten soll nach dem Modell der Universität Harvard verbessert werden.

4.3 Hausarzt/Facharztzugang: Sachleistungssystem immer beliebter

Ogleich in der ambulanten Versorgung die niedergelassenen Ärzte eigentlich nach dem Model der Kostenerstattung direkt durch den Patient bezahlt werden, gewinnt das Sachleistungsprinzip immer mehr an Bedeutung. Heute werden bereits schätzungsweise 40% aller Zahlungen nach dem Sachleistungsprinzip abgewickelt.

Nach Herrn *Jacobzone* bestehen viele Freiheiten im System, d.h. Patientinnen und Patienten haben Zugang zu allen Einrichtungen, wenn man sie bezahlen kann. Trotz hoher Arztzahl kann es Zugangsproblemen kommen, etwa als Folge hoher Wartezeiten für elektive Operationen oder der regional sehr ungleichen Verteilung der niedergelassenen Ärzte. Ärzte in Privatkliniken müssen extra bezahlt. In manchen Kliniken muss man bis 700 Euro extra bezahlen. Man bekommt jedoch die Beträge größtenteils über die Zusatzversicherungen bzw. die gesetzliche Krankenversicherung zurückerstattet.

Die 4. Mio. Franzosen, die seit 2000 einen Anspruch auf den allgemeinen Gesundheitsschutz (CMU) haben, und sich bei einem sogenannten „Referenzarzt“ einschreiben, haben Recht auf die Kostenübernahme nach dem Sachleistungsprinzip. Vor allem auf dem Land gibt es die elektronische Versicherungskarte (SESAM VITALE).

80% der Operationen würden in Privatkliniken durchgeführt, die im Vergleich zu den öffentlichen Krankenhäusern effizienter arbeiteten. Ein Problem bestehe darin, dass es zuwenig Rehabilitationskliniken und Betten für Langzeitkrankheiten gebe.

4.4 Gesundheitsreformen: Vorrang der Rentenreform

Zwischen 1975 und 1990 gab es beinahe jährlich eine Gesundheitsreformen. 1984 wurde die allgemeine Budgetierung der Krankenhäuser eingeführt, welche in Verbindung mit fehlenden Investitionen zu einer Überalterung des Krankenhausbestandes führten.

Im Jahr 1995 gab es eine Hyper-Reform der Pensionen und des Gesundheitswesens, welche zu vielen Problemen in der Umsetzung führte. Die jüngste Einführung der 35-Stundenwoche habe ferner zu erheblichen Problemen in der Arbeitsorganisation in den Krankenhäusern geführt. 3-4 Wochen Urlaub in Verbindung mit der 35-Stundenwoche habe die Knappheit von Ärzten und Schwestern in Krankenhäusern verstärkt.

Trotz der vielen Reformen habe sich in der Arzt-Patientenbeziehungen praktisch nichts geändert. Es gäbe eine Bewegung der Ärzte für die freie Abrechnung ohne staatliche Fixierung der Gebühren.

Die französische Krankenversicherung habe gegenwärtig ein Defizit von 6 Mrd. Euro. Doch wegen der Priorität der Rentenversicherungsreform werde dieses nicht diskutiert. Weiterhin gäbe es Pläne, den öffentlich/privaten Mix der Verantwortung zu ändern.

5. Vergleich einzelner Eckwerte

5.1 Ausgabenentwicklung und Finanzierung

Hinsichtlich der Gesundheitsausgaben insgesamt, liegt nach den offiziellen Statistiken, die Schweiz knapp vor Deutschland, Frankreich folgt auf Platz 3 und die Niederlande mit hohem Abstand auf Platz vier (vgl. Übersicht 2). Interessant ist der Kostenanstieg zwischen den Ländern. Die Schweiz hat sowohl gemessen an der Ausgabenquote wie auch an den Pro-Kopf-Ausgaben den höchsten Ausgabenanstieg.

Hinsichtlich der Beitragsbelastung schneiden dennoch die Schweizer am besten ab. Insgesamt wird dort mehr über Zuzahlungen und direkte Selbstzahlungen finanziert, als Krankenversicherungsbeiträge nach Abzug der Prämienverbilligungen durch den Staat von Versicherten bezahlt werden. Die höchste Beitragsbelastung der Arbeitnehmer be-

steht hingegen in Frankreich. Sowohl in Frankreich als auch in den Niederlanden tragen Beiträge in Form von Kopfpauschalen zur Finanzierung bei.

5.2 Leistungsstrukturen

Erhebliche Unterschiede bestehen zwischen den Ausgabenunterschieden der vier Länder. In der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt die Niederlande mit Hausarztsystem am wenigsten aus, dagegen die Schweiz am meisten als Folge des Einzelleistungssystems mit relativ höheren Gebühren als in Deutschland und Frankreich.

Die Kostenexpansion vollzieht sich in der Schweiz in der ambulanten Spitalbehandlung und bei Arzneimitteln, insbesondere dort, wo stationäre Fallpauschalen und Budgets eingeführt wurden. Auch bei den anderen Ländern verzeichnet der Arzneimittelbereich ein überdurchschnittliches Wachstum.

In der Arzneimittelausgaben führt Frankreich trotz umfangreicher Positivliste. Auch hier sind die Ausgaben in den Niederlanden am geringsten. Ursächlich für die Unterschiede sind eine Vielzahl Faktoren, die auf die Struktur, die Preise und die Mengen des Arzneimittelverbrauchs wirken. Der Arzneimittelversandhandel ist in der Schweiz gering, der Stellenwert der Dispensation durch Ärzte in der Deutschschweiz sehr stark. Die Dispensation durch Ärzte führt nach Herrn *Oggier* zu einem höherem Arzneimittelkonsum.

5.3 Steuerungsmöglichkeiten der Kassen und Kontrahierungszwang

Kassen können in der Schweiz nur eine Wirtschaftlichkeitsprüfung machen, jedoch hätten sie keine Steuerungsinstrumente. Sehr schwierig sei es, Unwirtschaftlichkeit zu dokumentieren. Die größte Innovation bestünde in der Schweiz bei der Unfallversicherung, die paritätisch gelenkt werde.

Der Kontrahierungszwang mit Leistungserbringern wurde bisher in den Niederlanden aufgehoben. In der Schweiz wird die Aufhebung des Kontrahierungszwangs von den Kassen gefordert und von der Ärzteschaft abgelehnt. Die faktischen Handlungsmöglichkeiten der Versicherer bei Vertragsfreiheit werden angesichts der kantonalen Zerklüftung des Landes in sehr verschiedene Siedlungsstrukturen, Sprach- und Kulturgebiete in weiten Teilen als eher begrenzt angesehen. Durch die Aufhebung der Kontrahierungspflicht würden kaum Kosteneinsparungen ausgelöst. Zu unterscheiden sei zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Die erwarteten Auswirkungen durch selektive Verträge werde man in der Schweiz auch nicht erreichen können, obgleich in der Schweiz eine andere Ausgangslage hinsichtlich der Kapazitäten als in den Niederlanden bestünde. Die ambulante Versorgungsplanung der Kantone lässt erwarten, dass die Standards der Versorgungsdichte hoch bleiben; gerade kostenintensivste Kantone werden hohe Standards verteidigen. Private Krankenversicherer wollen für die freie Arztwahl eine Zusatzversicherung anbieten. Eine Unterscheidung zwischen Kosten und Qualität sei notwendig.

5.4 Gesundheitsreformen

In allen Ländern wird mit den Kostenproblemen im Gesundheitswesen gerungen. Zur Lösung gebe es keinen Königsweg. Die Politik komme deshalb nicht um den „Fünfer und

Weggli Spagat“ herum: Typisch Schweizer Kompromiss zwischen staatlicher Regulierung, sozialer Abfederung, Zulassung von medizinisch und pharmazeutischen Innovationen und intensiviertem Wettbewerb.

Mehr Flexibilität in der Vertragsgestaltung erfordert eine Umgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen. Der Wandel von einer zentralen Planung der Angebotskapazitäten zu einem dezentralen nachfrageorientierten Modell zielt auf eine Stärkung der Einkaufsmöglichkeiten der Krankenversicherer in den Niederlanden, in Frankreich und in Deutschland ab. Auch in der Schweiz stellt sich die Frage der Stärkung der Krankenversicherungen, jedoch im Verhältnis zu den kantonalen Planungsinstanzen.

Übersicht 3: Ausgewählte Indikatoren

Indikatoren	Jahr	D	CH	NL	F
Ausgabenquoten am BIP in %					
Gesundheitsausgaben insgesamt	2000	10,6	11,1	8,5	10,2
	1995	10,4	10,2	8,8	10,3
darunter					
- ärztliche ambulante Leistungen	2000	1,5	2,2	0,8	1,3
- zahnärztliche Leistungen/ Zahnersatz	2000	0,9	0,9	0,3	0,5
- stationäre Krankenhausleistungen	2000	3,3	4,6	3,0	4,0
- Arzneimittel	2000	1,4	1,1	1,0	1,8
Finanzierungsanteil an den Gesundheitsausgaben insgesamt in %					
- Staat	1999	11,0	23,0	4,5	6,0
- Sozialversicherung	1999	67,7	35,1	59,0	72,9
- PKV	1999	8,0	10,4	17,5	10,4
- Selbstzahlung	1999	11,0	30,5	10,3	9,8
- Sonstige	1999	2,3	1,0	8,5	0,8
Ressourcen je 1000 Einwohner					
- Ärzte	2000	3,58	3,51	2,16	3,10
- niedergelassene Ärzte	2000	1,46	1,94	0,86	1,94
- Krankenhausbetten	2000	9,1	10,4	5,1	8,4
- Akutbetten	2000	5,9	4,9	3,3	4,2
BIP pro Kopf (€, Devisenkurs)	2000	24.624	36.130	25.185	23.853
BIP pro Kopf (€, Kaufkraftparitäten)	2000	23.894	27.779	25.737	22.919
Bevölkerung	2000	82.260.000	7.184.000	15.926.000	58.893.000
- 65 und älter in %	2000	16,6	15,8	13,6	16,1
Lebenserwartung bei Geburt	2000	77,9	79,8	78,3	79,0
Säuglingssterblichkeit je 1000 Geburten	2000	4,4	4,9	5,1	4,4
Sterblichkeit durch Kreislauferkrankungen je 100.000 Einw.: männlich	1999	250,3	174,9	185,4	132,1
weiblich	1999	188,8	134,0	134,7	76,0

Quelle: BASYS nach nationalen Statistiken und WHO.

Weitere Expertisen des Gesprächskreises Arbeit und Soziales zum Thema Gesundheitspolitik im Internet:

Reform für die Zukunft – Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik
Vorgelegt zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales,
„Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich“, 11. April 2002

Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung,
Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Prof. Dr. Dr. hc. Bert Rürup,
Prof. Dr. Jürgen Wasem, Dezember 2001

Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik – Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischen Wandel?
Gutachten und Thesenpapier für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung
Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Dr. Stephanie Stock, 2001

Die aufgeführten Titel sind über www.fes.de in der digitalen Bibliothek im Volltext abrufbar. Wählen Sie in der Suchmaske unter „Themen“ bitte „Gesundheit“.