

Leistungskatalog
des Gesundheitswesens
im internationalen Vergleich

- Eine Analyse von 14 Ländern -

Band I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar
ISBN 3-88312-330-7

Kiel, Schmidt & Klaunig, 2005
Schriftenreihe / Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 104, I

**Leistungskatalog
des Gesundheitswesens
im internationalen Vergleich
- Eine Analyse von 14 Ländern -**

Band I

**Struktur, Finanzierung und
Gesundheitsleistungen**

Fritz Beske
Thomas Drabinski
Ute Golbach

Kiel
August 2005

Schriftenreihe Band 104, I

Herausgeber: Fritz Beske Institut
für Gesundheits-System-Forschung Kiel
Weimarer Str. 8
24106 Kiel
Telefon (04 31) 800 60-0
Fax: (04 31) 800 60-11

Verfasser:

Beske, Fritz Prof. Dr. med., MPH
Direktor
Fritz Beske Institut
für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Drabinski, Thomas Dr. sc. pol. Dipl.-Volkswirt
Institut für Mikrodaten-Analyse Kiel

Golbach, Ute Dipl.-Volkswirtin
Leiterin Medizin & Forschung der IGSF Institut für
Gesundheits-System-Forschung GmbH

Unter Mitarbeit von:

Stoer, Bernhard cand. Dipl.-Volkswirt
Mitarbeiter des Fritz Beske Instituts
für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Projektassistenz:

Jordan, Ingrid Mitarbeiterin des Fritz Beske Instituts
für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Nissen, Birgit Mitarbeiterin des Fritz Beske Instituts
für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Vorwort

„Mercedes zahlen und Volkswagen fahren“ – dieser Slogan war Anlass für die Veröffentlichung von Band 100 der Schriftenreihe unseres Instituts mit dem Titel „Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich – Eine Antwort auf die Kritik“. Damit wurde die Behauptung widerlegt, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland im internationalen Vergleich defizitär ist. Seit der Publikation dieser Arbeit ist der Vorwurf über die im internationalen Vergleich mangelhafte Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens nahezu verstummt. Stattdessen wurden Stimmen laut, die behaupten, dass Deutschland doch wohl über ein qualifiziertes Gesundheitswesen verfügt, dies auch im internationalen Vergleich, dass aber die Gesundheitsversorgung zu teuer bezahlt wird. In Abwandlung des Slogans vom Mercedes zahlen und Volkswagen fahren heißt es also nunmehr „Mercedes fahren und Rolls-Royce zahlen“.

Mit der hiermit vorgelegten Arbeit wird dieser Vorwurf aufgearbeitet. Grundlage ist ein Vergleich des Leistungskatalogs von 14 hoch industrialisierten Ländern einschließlich Deutschland, die auch Grundlage unserer Arbeit über den Vergleich der Qualität in der Gesundheitsversorgung gewesen sind. Verglichen werden Gesundheitsleistungen und Geldleistungen mit einer zusammenfassenden Bewertung. Hierzu werden zunächst die Strukturen und Leistungen des Gesundheitswesens in den 14 Ländern beschrieben, ein Aufwand, der erforderlich war, um die Grundlagen für die aus dem Vergleich der 14 Länder gezogenen Schlussfolgerungen nachweisen zu können, und damit also trotz der Unterschiede sowohl in den Strukturen des Gesundheitswesens als auch im Leistungsbereich zu wissenschaftlich validen Aussagen zu kommen.

Es wurde deutlich, dass in allen Ländern die Ausgaben für das Gesundheitswesen steigen und dass damit alle in diese Untersuchung einbezogenen Länder eine Einnahme- und eine Ausgabenproblematik haben. Das Gesundheitswesen befindet sich in allen Ländern in einem ständigen Wandel, um zunehmende Anforderungen an das Gesundheitswesen mit knappen Ressourcen in Einklang zu bringen. Dabei ist auch deutlich geworden, dass wohl jedes Land

vorhandene Strukturen weiterentwickelt. Ein grundsätzlicher Systemwechsel ist in keinem Land zu beobachten.

Es gibt kein perfektes Gesundheitswesen, nicht zuletzt darum, weil Missbrauch nicht ausgeschlossen werden kann. Diese Arbeit zeigt, dass mit dieser Einschränkung das deutsche Gesundheitswesen zu den effizientesten Gesundheitswesen der Welt gehört, wenn es in Verbindung mit dem Versorgungsniveau nicht das effizienteste Gesundheitswesen überhaupt ist. Dies wird nicht überall gern gehört werden.

Der Umfang der Arbeit erfordert zwei Bände. Die Einführung in Band I gilt für beide Bände, die Einführung in Band II bezieht sich ausschließlich auf Band II. Kapitel 18 in Band II beschreibt den methodischen Ansatz, mit dem die Effizienz des Gesundheitswesens in den 14 Ländern beurteilt wird.

Eine gesundheitspolitische Bemerkung zum Schluss.

Es ist zu hoffen, dass nicht durch Reformen oder durch das, was man als Reform bezeichnet, ein effizientes Gesundheitswesen Schaden leidet oder sogar zerstört wird.

Kiel, August 2005

Fritz Beske

Die Erarbeitung und der Druck des vorliegenden Bandes wurden durch die Unterstützung der Hans-Neuffer-Stiftung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ermöglicht.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Tabellenverzeichnis	12
Abbildungsverzeichnis	15
Zusammenfassung	16
1 Einführung	28
2 Australien	33
2.1 Struktur und Finanzierung	33
2.2 Gesundheitsversorgung	38
2.3 Versorgung im Pflegefall	42
2.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	43
2.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	43
2.6 Literaturverzeichnis	46
3 Belgien	48
3.1 Struktur und Finanzierung	48
3.2 Gesundheitsversorgung	53
3.3 Versorgung im Pflegefall	55
3.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	56
3.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	57
3.6 Literaturverzeichnis	58
4 Dänemark	60
4.1 Struktur und Finanzierung	60
4.2 Gesundheitsversorgung	63
4.3 Versorgung im Pflegefall	65
4.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	66
4.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	67
4.6 Literaturverzeichnis	68
5 Deutschland	70
5.1 Struktur und Finanzierung	70
5.2 Gesundheitsversorgung	79

5.3	Versorgung im Pflegefall	83
5.4	Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	87
5.5	Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	89
5.6	Literaturverzeichnis	92
6	Frankreich	93
6.1	Struktur und Finanzierung	93
6.2	Gesundheitsversorgung	97
6.3	Versorgung im Pflegefall	99
6.4	Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	100
6.5	Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	101
6.6	Literaturverzeichnis	103
7	Großbritannien	105
7.1	Struktur und Finanzierung	105
7.2	Gesundheitsversorgung	107
7.3	Versorgung im Pflegefall	109
7.4	Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	110
7.5	Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	110
7.6	Literaturverzeichnis	111
8	Italien	113
8.1	Struktur und Finanzierung	113
8.2	Gesundheitsversorgung	116
8.3	Versorgung im Pflegefall	118
8.4	Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	119
8.5	Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	120
8.6	Literaturverzeichnis	121
9	Japan	122
9.1	Struktur und Finanzierung	122
9.2	Gesundheitsversorgung	125
9.3	Versorgung im Pflegefall	127
9.4	Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	127
9.5	Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	128

9.6	Literaturverzeichnis	129
10	Kanada	131
10.1	Struktur und Finanzierung	131
10.2	Gesundheitsversorgung	133
10.3	Versorgung im Pflegefall	139
10.4	Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	140
10.5	Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	140
10.6	Literaturverzeichnis	142
11	Niederlande	144
11.1	Struktur und Finanzierung	144
11.2	Gesundheitsversorgung	148
11.3	Versorgung im Pflegefall	150
11.4	Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	151
11.5	Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	151
11.6	Literaturverzeichnis	152
12	Österreich	154
12.1	Struktur und Finanzierung	154
12.2	Gesundheitsversorgung	157
12.3	Versorgung im Pflegefall	159
12.4	Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	160
12.5	Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	162
12.6	Literaturverzeichnis	164
13	Schweden	166
13.1	Struktur und Finanzierung	166
13.2	Gesundheitsversorgung	168
13.3	Versorgung im Pflegefall	170
13.4	Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	171
13.5	Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	171
13.6	Literaturverzeichnis	172
14	Schweiz	173
14.1	Struktur und Finanzierung	173

14.2 Gesundheitsversorgung	177
14.3 Versorgung im Pflegefall	179
14.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	180
14.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	181
14.6 Literaturverzeichnis	182
15 Vereinigte Staaten von Amerika	184
15.1 Gesundheitswesen im Überblick	184
15.1.1 Struktur	184
15.1.2 Medicare	185
15.1.3 Medicaid	188
15.1.4 Private Krankenversicherung	189
15.2 Gesundheitsversorgung	191
15.3 Versorgung im Pflegefall	193
15.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	193
15.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen	193
15.6 Literaturverzeichnis	196
16 Gesundheitsleistungen im Vergleich	197
16.1 Vorbemerkung	197
16.2 Versorgungsdichte und Inanspruchnahme	197
16.2.1 Versorgung mit Ärzten	197
16.2.2 Versorgung mit Zahnärzten	201
16.2.3 Versorgung mit Krankenhäusern	203
16.3 Versorgungsstrukturen im Vergleich	207
16.3.1 Hausärztliche Versorgung	207
16.3.2 Fachärztliche Versorgung	210
16.3.3 Zahnärztliche Versorgung und Zahnersatz	213
16.3.4 Krankenhausversorgung	219
16.3.5 Versorgung mit Arzneimitteln	225
16.3.6 Versorgung mit Heilmitteln	230
16.3.7 Versorgung mit Hilfsmitteln	232
17 Deutschland im Vergleich: Zusammenfassende Bewertung	239

18 Weiterführende Tabellen	256
19 Allgemeines Literaturverzeichnis	265
Anhang	
Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits- System-Forschung Kiel	267

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Australien 2001	44
Tabelle 2	Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in Australien nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001	45
Tabelle 3	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Belgien 2001	58
Tabelle 4	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Dänemark 2001	67
Tabelle 5	Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in Dänemark nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001	68
Tabelle 6	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Deutschland 2001	90
Tabelle 7	Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in Deutschland nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001	91
Tabelle 8	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Frankreich 2001	102
Tabelle 9	Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in Frankreich nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001	103
Tabelle 10	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Großbritannien 2001	111
Tabelle 11	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Italien 2001	121
Tabelle 12	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Japan 2001	129
Tabelle 13	Wartezeiten für elektive Operationen nach Fachgebiet in British Columbia im März 2005	135
Tabelle 14	Pharmacare-Programme in den Provinzen Kanadas	137
Tabelle 15	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Kanada 2001	141
Tabelle 16	Ausgaben des privaten Sektors in Kanada nach Verwendung in Mrd. € 2001	142
Tabelle 17	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in den Niederlanden 2001	152

Tabelle 18	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Österreich 2001	162
Tabelle 19	Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in Österreich nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001	163
Tabelle 20	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Schweden 2001	171
Tabelle 21	Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001	181
Tabelle 22	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in der Schweiz 2001	182
Tabelle 23	Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in den USA 2001	194
Tabelle 24	Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in den USA nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001	195
Tabelle 25	Hausärztliche Versorgung in den 14 Vergleichsländern nach freier Arztwahl, Vergütungsmodalität und Zuzahlung	208
Tabelle 26	Fachärztliche Versorgung in den 14 Vergleichsländern nach freiem Zugang zur fachärztlichen Versorgung und Zuzahlungsregelungen	211
Tabelle 27	Leistungskatalog der zahnärztlichen Versorgung in den 14 Vergleichsländern und Zuzahlung	214
Tabelle 28	Zahnersatz einschließlich Zuzahlungsregelungen in den 14 Vergleichsländern	218
Tabelle 29	Freie Krankenhauswahl, Zuzahlung und Wartezeit in der Krankenhausversorgung in den 14 Vergleichsländern	220
Tabelle 30	Mittlere Wartezeit auf Krankenhausversorgung in Tagen bei ausgewählten Operationen 2000	223
Tabelle 31	Wartezeiten für eine stationäre und ambulante Behandlung im internationalen Vergleich 2001 [100 = höchste Zufriedenheit der Patienten mit geringen Wartezeiten]	225
Tabelle 32	Versorgung mit Arzneimitteln in den 14 Vergleichsländern mit Positiv-/Negativliste und Zuzahlung	227

Tabelle 33	Versorgung mit Heilmitteln in den 14 Vergleichsländern einschließlich Zuzahlung	231
Tabelle 34	Versorgung mit Hilfsmitteln in den 14 Vergleichsländern einschließlich Zuzahlung	234
Tabelle 35	Ausgewählte Hilfsmittel und Zuzahlung in den 14 Vergleichsländern	236
Tabelle 36	Volkswirtschaftliche Kennziffern der 14 Vergleichsländer nach Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen 2001	239
Tabelle 37	Pro-Kopf-Ausgaben für die private Finanzierung von Gesundheitsleistungen in € 2001	245
Tabelle 38	Zuzahlung bei ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung und bei Krankenhausversorgung in den 14 Vergleichsländern im Überblick	247
Tabelle 39	Zuzahlung bei Zahnersatz, Arzneimitteln und bei Heil- und Hilfsmitteln in den 14 Vergleichsländern im Überblick	252
Tabelle 40	Private Finanzierung von Gesundheitsausgaben in Mrd. € 2001	256
Tabelle 41	Zugangsbeschränkungen zur Gesundheitsversorgung in den 14 Vergleichsländern im Überblick	257
Tabelle 42	Versorgung im Pflegefall in den 14 Vergleichsländern	258
Tabelle 43	Versorgung bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit in den 14 Vergleichsländern	261

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Berufstätige Ärzte je 1.000 Einwohner (Arztdichte) in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand	198
Abbildung 2	Berufstätige Fachärzte je 1.000 Einwohner (Facharztdichte) in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand	199
Abbildung 3	Arztkontakte je Einwohner und Jahr in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand	200
Abbildung 4	Berufstätige Zahnärzte je 1.000 Einwohner (Zahnarztdichte) in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand	201
Abbildung 5	Zahnarztkontakte je Einwohner und Jahr in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand	202
Abbildung 6	Akutstationäre Betten je 1.000 Einwohner in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand	203
Abbildung 7	Durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung im Krankenhaus in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand	204
Abbildung 8	Bettenauslastung in der akutstationären Versorgung in Prozent in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand	205
Abbildung 9	Zahl der Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner und Jahr (Krankenhaushäufigkeit) in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand	206

Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird der Leistungskatalog im Gesundheitswesen in 14 hoch industrialisierten Ländern miteinander verglichen. Die Länder sind

- Australien
- Belgien
- Dänemark
- Deutschland
- Frankreich
- Großbritannien
- Italien
- Japan
- Kanada
- Die Niederlande
- Österreich
- Schweden
- Schweiz
- Vereinigte Staaten von Amerika (USA).

Band I beschreibt das Gesundheitswesen dieser Länder einschließlich ihrer Kosten. Bei den **Gesundheitsleistungen** werden unterschieden: ambulante und stationäre Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Pflege im Pflegefall und Versorgung bei berufsbedingten Unfällen und Berufskrankheiten.

Band II beschreibt die **Geldleistungen** einschließlich ihrer Kosten. Die Geldleistungen sind gegliedert in zeitlich befristete und zeitlich unbefristete Leistungen sowie in Einmalzahlungen. Die wichtigsten zeitlich befristeten Geldleistungen sind Lohnfortzahlung und Krankengeld, die wichtigsten zeitlich unbefristeten Geldleistungen Unfall- und Invaliditätsrenten.

Die Bewertung der Kosten im Gesundheitswesen erfolgt durch Pro-Kopf-Ausgaben, die Bewertung des Leistungskatalogs durch einen Versorgungsindex. Pro-Kopf-Ausgaben und Leistungskatalog werden aufeinander bezogen: Das Ergebnis ist die Effizienz eines Gesundheitswesens.

Die **durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen zusammen** betragen 3.594 € (Tab. A im Anhang der Zusammenfassung). Deutschland liegt mit 3.560 € um 34 € je Einwohner unter dem Durchschnitt, wendet also weniger finanzielle Mittel für das Gesundheitswesen auf als vergleichbare Länder. Höhere Pro-Kopf-Ausgaben haben Schweden (3.617 €), Österreich (3.973 €), die Niederlande (4.140 €), Dänemark (4.318 €) und die Schweiz (4.571 €). Das teuerste Gesundheitswesen haben die USA mit Pro-Kopf-Ausgaben von 6.195 €. Geringere Pro-Kopf-Ausgaben haben Japan (3.552 €), Frankreich (3.320 €), Kanada (2.837 €), Belgien (2.736 €), Australien (2.669 €) und Großbritannien (2.640 €). Die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben hat Italien mit 2.187 €.

Die **durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen** betragen 2.786 €. Deutschland liegt mit 2.741 € um 45 € unter dem Durchschnitt. Teurer sind Frankreich (2.776 €), Österreich (2.916 €), die Niederlande (2.920 €), Dänemark (3.002 €), die Schweiz (3.080 €), Japan (3.082 €) und die USA (5.665 €). Weniger geben aus Kanada (2.548 €), Schweden (2.340 €), Großbritannien (2.194 €), Australien (2.026 €), Belgien (1.985 €) und Italien (1.733 €).

Bei den **Pro-Kopf-Ausgaben für Geldleistungen** liegt Deutschland mit 819 € um 11 € geringfügig über dem Durchschnitt von 808 €. Höhere Pro-Kopf-Ausgaben haben Österreich (1.057 €), die Niederlande (1.220 €), Schweden (1.277 €), Dänemark (1.316 €) und die Schweiz (1.491 €), geringere Pro-Kopf-Ausgaben Belgien (751 €), Australien (643 €), Frankreich (544 €), die USA (530 €), Japan (470 €), Italien (454 €), Großbritannien (446 €) und Kanada (289 €).

Die Kosten des deutschen Gesundheitswesens für Gesundheits- und Geldleistungen liegen, gemessen an den Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen insgesamt, im Vergleich der 14 Länder unter dem Durchschnitt.

Der **Vergleich der Leistungen im Gesundheitswesen**, d. h. die Bewertung des Versorgungsniveaus der Bevölkerung mit Gesundheits- und Geldleistungen, erfolgt mit einem **Versorgungsindex**, der beschreibt, wie umfangreich der Leistungskatalog für Gesundheits- und Geldleistungen ist. Je größer der Versorgungsindex, desto umfangreicher das Versorgungsniveau. Ein Versorgungsindex über 100 entspricht einem überdurchschnittlichen, ein Versorgungsindex von 100 einem durchschnittlichen und ein Versorgungsindex unter 100 einem unterdurchschnittlichen Leistungskatalog (Tab. B im Anhang der Zusammenfassung).

Bei den **Gesundheitsleistungen** hat Deutschland mit einem Versorgungsindex von 119 das höchste Versorgungsniveau, d. h. den umfassendsten Leistungskatalog (Tab. B im Anhang der Zusammenfassung). Es folgen Österreich (116), Belgien (112), die Schweiz (108), die Niederlande (104), Frankreich und Japan (102) und dann Dänemark (100). Alle anderen Länder haben ein unterdurchschnittliches Versorgungsniveau. Am niedrigsten ist das Versorgungsniveau in den USA mit einem Index von 77.

Die Gründe dafür, dass Deutschland den höchsten Versorgungsindex bei den Gesundheitsleistungen aufweist, sind vielfach. So hat Deutschland z. B. mit die höchste Haus-, Fach- und Zahnärztdichte sowie die höchste Krankenhauskapazität. Dies führt zu einer hohen Patientenzufriedenheit, nicht zuletzt auch darum, weil die Wartezeiten auf Leistungen im Gesundheitswesen in Deutschland weltweit am geringsten sind. Der Leistungskatalog an Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln ist in Deutschland überdurchschnittlich und mit relativ geringen Zahlungen verbunden.

Bei den **Geldleistungen** erreicht Deutschland mit einem Versorgungsindex von 109 einen ebenfalls überdurchschnittlichen Wert und damit überdurchschnittliche Leistungen durch Lohnfortzahlung, Krankengeld und andere Geldleistungen. Einen gleich hohen Versorgungsindex (109) haben Frankreich und Japan, einen höheren Versorgungsindex Schweden und die Niederlande mit 121, einen geringeren Versorgungsindex als Deutschland die übrigen 10 Länder. Auch hier haben die USA mit einem Versorgungsindex von 72 das niedrigste Niveau.

Der überdurchschnittliche Versorgungsindex bei den Geldleistungen ist in Deutschland auf eine nahezu vollständige Absicherung des Lohnausfalls bei Krankheit und bei zeitlich unbefristeter vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen. Vor allem die Lohnfortzahlung vom Arbeitgeber und die sich daran anschließende Krankengeldzahlung von der Gesetzlichen Krankenversicherung sind im internationalen Vergleich in Höhe und Zuzahlungsdauer überdurchschnittlich. Dagegen gibt es in Deutschland unterdurchschnittliche Leistungen bei Mutterschaft und bei Einmalzahlungen, z. B. bei einer Geburt.

Wird ein **gemeinsamer Versorgungsindex für Gesundheits- und Geldleistungen** ermittelt, hat Deutschland im Vergleich der 14 Länder mit 116 den höchsten Versorgungsindex. Deutschland stellt der Bevölkerung damit den umfassendsten Leistungskatalog zur Verfügung. Österreich liegt mit einem Versorgungsindex von 112 in der Größenordnung von Deutschland. Es folgen die Niederlande mit einem Versorgungsindex von 109, Belgien von 108, Schweden von 105, die Schweiz und Frankreich von 104 sowie Japan und Dänemark von 102.

Kanada, Italien, Großbritannien und Australien weisen einen unterdurchschnittlichen Versorgungsindex auf. Diese Länder haben ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen. Die USA haben mit 76 den geringsten Versorgungsindex.

Deutschland hat im Vergleich der 14 Länder den umfassendsten Katalog an Gesundheits- und Geldleistungen und das umfangreichste Versorgungsniveau.

Die **Effizienz eines Gesundheitswesens** ist das Verhältnis von Kosten zu Leistungen. Die Berechnungen in Kapitel 18 in Band II zeigen, dass Deutschland von den Ländern mit einem beitragsfinanzierten Gesundheitswesen nach Belgien das effizienteste Gesundheitswesen hat. Weniger effizient unter den Ländern mit einem beitragsfinanzierten Gesundheitswesen sind Frankreich, Japan, Österreich, die Niederlande und die Schweiz. Die USA haben das ineffizienteste Gesundheitswesen.

Deutschland hat ein überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen.

Im Ergebnis ist festzustellen:

Deutschland hat im internationalen Vergleich ein umfassendes, ein preiswertes und damit ein überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen, wenn nicht in Verbindung mit dem Versorgungsindex das effizienteste Gesundheitswesen überhaupt.

Anhang der Zusammenfassung

Tabelle A Pro-Kopf-Ausgaben der 14 Länder für Gesundheits- und Geldleistungen absteigend nach der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben in € 2001

Land	Gesamte Pro-Kopf-Ausgaben [€] für Gesundheits- und Geldleistungen	Band I: Pro-Kopf-Ausgaben [€] für Gesundheitsleistungen	Band II: Pro-Kopf-Ausgaben [€] für Geldleistungen
Überdurchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen			
USA	6.195	5.665	530
Schweiz	4.571	3.080	1.491
Dänemark	4.318	3.002	1.316
Niederlande	4.140	2.920	1.220
Österreich	3.973	2.916	1.057
Schweden	3.617	2.340	1.277
Durchschnitt	3.594	2.786	808
Unterdurchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen			
Deutschland	3.560	2.741	819
Japan	3.552	3.082	470
Frankreich	3.320	2.776	544
Kanada	2.837	2.548	289
Belgien	2.736	1.985	751
Australien	2.669	2.026	643
Großbritannien	2.640	2.194	446
Italien	2.187	1.733	454

Quelle: Eigene Berechnung und Zusammenstellung.

Tabelle B Versorgungsexindex des Leistungskatalogs für Gesundheits- und Geldleistungen der 14 Länder absteigend nach der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben

Land	Versorgungsexindex Gesundheitsleistungen	Versorgungsexindex Geldleistungen	Versorgungsexindex Gesundheits- und Geldleistungen insgesamt
Überdurchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen			
USA	77	72	76
Schweiz	108	97	104
Dänemark	100	105	101
Niederlande	104	121	109
Österreich	116	105	112
Schweden	98	121	105
Durchschnitt			
	100	100	100
Unterdurchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen			
Deutschland	119	109	116
Japan	102	109	104
Frankreich	102	109	104
Kanada	96	93	95
Belgien	112	101	108
Australien	85	76	82
Großbritannien	89	80	86
Italien	94	105	98

Quelle: Eigene Berechnung und Zusammenstellung.

Erläuterungen zu Tabelle B

Die Versorgungsexindices in Tabelle B wurden anhand einer in Kapitel 18 Band II speziell für den internationalen Vergleich von Gesundheitswesen entwickelten Methodik zur Bewertung von Leistungskatalogen berechnet. Die in Kapitel 18 beschriebene Kategorisierung des Leistungskatalogs wird verkürzt dargestellt.

Gesundheitsleistungen

Bei der **Arztdichte** (Band I, Kap. 16.2.1, Abb. 1) liegt der Durchschnitt der 14 Länder bei 3,0 Ärzten je 1.000 Einwohner. Deutschland liegt an sechster Stelle mit 3,3 Ärzten. Die Spitzenstellung nimmt Italien mit 4,4 Ärzten ein, an letzter Stelle liegt Japan mit 2 Ärzten.

Bei der **Facharztdichte** (Band I, Kap. 16.2.1, Abb. 2) liegt der Durchschnitt bei 1,7 Ärzten je 1.000 Einwohner. Deutschland liegt an erster Stelle mit 2,3 Ärzten, an letzter Stelle liegen die Niederlande mit 1 Facharzt je 1.000 Einwohner. Für Japan und Italien liegen keine Angaben vor.

Bei der **Zahnarztdichte** (Band I, Kap. 16.2.2, Abb. 4) liegt der Durchschnitt bei 0,6 Zahnärzten je 1.000 Einwohner. Deutschland liegt mit 0,8 Zahnärzten an dritter Stelle. Die Spitzenstellung nehmen Schweden und Dänemark mit 0,9 Zahnärzten ein, an letzter Stelle liegt Großbritannien mit 0,4 Zahnärzten.

Bei der **Zahl der akutstationären Betten** (Band I, Kap. 16.2.3, Abb. 6) liegt der Durchschnitt bei 4,3 Betten je 1.000 Einwohner. Deutschland liegt mit 6,2 Betten an zweiter Stelle. Die Spitzenstellung nimmt Japan mit 7,9 Betten ein, an letzter Stelle liegt Schweden mit 2,2 Betten.

Bei der **durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus** (Band I, Kap. 16.2.3, Abb. 7) liegt der Durchschnitt bei 6,7 Tagen. Deutschland liegt mit 8,6 Tagen an zweiter Stelle. Die Spitzenstellung nimmt die Schweiz mit 9,2 Tagen ein, an letzter Stelle liegt Dänemark mit 3,6 Tagen. Für Japan liegen keine Angaben vor.

Eine **freie Arztwahl in der hausärztlichen Versorgung** (Band I, Kap. 16.3.1, Tab. 25) gibt es in Australien, Belgien, Deutschland, Japan, Kanada, Österreich, Schweden und in der Schweiz. Keine freie Arztwahl haben Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Italien, die Niederlande und die USA.

Eine **Zuzahlung bei der hausärztlichen Versorgung** (Band I, Kap. 16.3.1, Tab. 25) ist nicht erforderlich in Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada und

in den Niederlanden. Eine Zuzahlung wird gefordert in Australien, Belgien, Deutschland, Frankreich, Japan, Österreich, Schweden, in der Schweiz und in den USA.

Freien Zugang zur fachärztlichen Versorgung (Band I, Kap. 16.3.2, Tab. 26) haben Belgien, Deutschland, Frankreich, Japan, Österreich, Schweden und die Schweiz, einen beschränkten Zugang Australien, Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada, die Niederlande und die USA.

Eine **Zuzahlung bei fachärztlicher Versorgung** (Band I, Kap. 16.3.2, Tab. 26) ist nicht erforderlich in Australien, Dänemark, Deutschland, Großbritannien, Kanada, in den Niederlanden und in Österreich, erforderlich in Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien, Japan, Schweden, der Schweiz und in den USA.

Der **Umfang der zahnärztlichen Versorgung** (Band I, Kap. 16.3.3, Tab. 27) ist hoch in Dänemark, Deutschland, Belgien, Frankreich, Österreich und in Japan, eingeschränkt in Italien, Großbritannien, in den Niederlanden, in der Schweiz und in Schweden, gering in Australien, Kanada und in den USA.

Eine **Zuzahlung bei zahnärztlicher Versorgung** (Band I, Kap. 16.3.3, Tab. 27) ist nicht erforderlich in Italien und in den Niederlanden, erforderlich in den übrigen 12 Ländern.

Zahnersatz (Band I, Kap. 16.3.3, Tab. 28) ist im Leistungskatalog enthalten in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Österreich und in Schweden, beschränkt in Australien, Belgien, Kanada, den Niederlanden und in der Schweiz, nicht Teil des Leistungskatalogs in Dänemark, Italien und in den USA.

Freie Krankenhauswahl (Band I, Kap. 16.3.4, Tab. 29) gibt es in Australien, Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Japan, in den Niederlanden, in Österreich und in der Schweiz, eine beschränkte Krankenhauswahl in Dänemark, Kanada und in Schweden, keine freie Krankenhauswahl in Großbritannien und in den USA.

Eine **Zuzahlung im Krankenhaus** (Band I, Kap. 16.3.4, Tab. 29) ist nicht erforderlich in Australien, Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada und in den Niederlanden, erforderlich in Belgien, Deutschland, Frankreich, Japan, Österreich, Schweden, in der Schweiz und in den USA.

Wartezeiten im Krankenhaus (Band I, Kap. 16.3.4, Tab. 29,) gibt es nicht in Belgien, Deutschland, Frankreich, Japan, Österreich, in der Schweiz und in den USA, gibt es in Australien, Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada, in den Niederlanden und in Schweden.

Heilmittel (Band I, Kap. 16.3.6, Tab. 33) sind im Leistungskatalog enthalten in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Japan, Kanada, in den Niederlanden, Österreich, Schweden, in der Schweiz und in den USA, nicht enthalten in Australien, Großbritannien und in Italien.

Hilfsmittel (Band I, Kap. 16.3.7, Tab. 34) sind im Leistungskatalog enthalten in Belgien, Deutschland, Frankreich, in den Niederlanden, Österreich, Schweden und in der Schweiz, begrenzt enthalten in Dänemark, Großbritannien, Italien und in Kanada, nicht enthalten in Australien, Japan und in den USA.

Geldleistungen

Einen hohen **Entgeltersatz** von über 70 Prozent bei zeitlich befristeter Arbeitsunfähigkeit im gesamten **ersten** Jahr, gezahlt als **Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber und / oder als Krankengeld von der Sozialversicherung** (Band II, Kap. 16.1.1 und 16.1.2, Tab. 29 und 30), haben Deutschland, die Niederlande und Schweden, einen begrenzten Entgeltersatz von 50 bis 70 Prozent Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien, Japan, Kanada, Österreich und die Schweiz, einen geringen Entgeltersatz unter 50 Prozent, Pauschalen und andere Regelungen im Entgeltersatz Australien, Großbritannien und die USA.

Einen hohen **Entgeltersatz** von über 70 Prozent bei zeitlich befristeter Arbeitsunfähigkeit im gesamten **zweiten** Jahr, gezahlt als **Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber und / oder als Krankengeld von der Sozialversicherung**

(Band II, Kap. 16.1.1 und 16.1.2, Tab. 29 und 30), haben die Niederlande und Schweden, einen begrenzten Entgeltersatz von 50 bis 70 Prozent und / oder begrenzt durch eine Rentenformel Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Japan, Kanada, Österreich und die Schweiz, einen geringen Entgeltersatz unter 50 Prozent, Pauschalen, und andere Regelungen Australien, Großbritannien und die USA.

Einen hohen Entgeltersatz bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit, gezahlt als **Invaliditätsrente** (Band II, Kap. 16.2.2, Tab. 36,), haben Schweden und die Niederlande, begrenzte Entgeltersatzraten Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Japan, Kanada, Österreich, die Schweiz und die USA, geringe Entgeltersatzraten Australien und Großbritannien.

Einen hohen Entgeltersatz bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit wegen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit, gezahlt als **Unfallrente** von der Unfallversicherung (Band II, Kap. 16.2.1, Tab. 35), haben Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Italien, Japan, die Niederlande (als Invaliditätsrente), Schweden und die Schweiz, begrenzte Entgeltersatzraten Kanada, Österreich und die USA, eine geringe Entgeltersatzrate Großbritannien.

Umfangreiche **Einmalzahlungen** wie Geburtsgeld, Sterbegeld und / oder Invaliditätsgeld (Band II, Kap. 16.2.3, Tab. 37) hat Japan, einen mittleren Umfang Australien, Belgien, Frankreich, Großbritannien, Italien, Kanada, die Niederlande, Österreich und die Schweiz, einen geringen Umfang Dänemark, Deutschland, Schweden und die USA.

Ein in Dauer und Höhe umfangreiches **Krankengeld zur Pflege von Familienangehörigen** (Band II, Kap. 16.1.3, Tab. 31) gibt es in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Österreich und Schweden, in Dauer und Höhe begrenzte Leistungen in Dänemark und Kanada, eine in Dauer und Höhe geringe Leistung in Australien, Belgien, Großbritannien, Italien, der Schweiz und in den USA.

Hohe Geldleistungen als Lohnfortzahlung bzw. Krankengeld bei **Mutterschaft** (Band II, Kap. 16.1.4, Tab. 32) gibt es in Belgien, Dänemark, Deutschland, Ita-

lien, in den Niederlanden, in Österreich, Schweden und in der Schweiz, durchschnittliche Leistungen in Frankreich, Großbritannien, Japan und in Kanada, geringe oder keine Leistungen in Australien und in den USA.

Eine lange Zahlungsdauer des **Mutterschaftsgeldes** (Band II, Kap. 16.1.4, Tab. 32) von 18 und mehr Wochen gibt es in Dänemark, Großbritannien, Italien, Japan, Schweden und in Frankreich, eine Zahlungsdauer von weniger als 18 Wochen in Belgien, Deutschland, Kanada, den Niederlanden und in Österreich, eine kurze Zahlungsdauer in Australien, der Schweiz und in den USA.

1 Einführung

Der Begriff Gesundheitswesen kann eng oder weit gefasst werden. In einer **engen Definition** umfasst der Begriff alle Einrichtungen und Personen, die an der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit mitwirken, in einer **weiten Definition** auch die Versorgung im Pflegefall und bei Berufskrankheiten und Berufsunfällen. Die Finanzierung der Versorgung im Pflegefall erfolgt in einigen Ländern durch eine eigene Pflegeversicherung, die Finanzierung bei Berufskrankheiten und Berufsunfällen in den meisten Ländern durch eine arbeitgeberfinanzierte Unfallversicherung.

Zur weiten Definition eines Gesundheitswesens zählen auch **Geldleistungen**, die bei Krankheit, Invalidität, Pflegebedürftigkeit und Unfallfolgen gezahlt werden.

In dieser Arbeit wird die weite Definition des Gesundheitswesens angewandt, weil die enge Definition große Teile der Leistungen eines Gesundheitswesens ausklammern kann. Ein internationaler Vergleich wäre dann verzerrt, vor allem auch darum, weil in einigen Ländern der Begriff Krankenversicherung einen anderen Versicherungsumfang hat als in Deutschland, z. B. bei der Versorgung im Pflegefall.

Für den internationalen Vergleich wurden 14 hoch industrialisierte Länder einschließlich Deutschland ausgewählt, im Folgenden Länder oder Vergleichsländer genannt, überwiegend europäische Länder. Die Vergleichsländer sind:

- Australien
- Belgien
- Dänemark
- Deutschland
- Frankreich
- Großbritannien

- Italien
- Japan
- Kanada
- Die Niederlande
- Österreich
- Schweden
- Schweiz
- Vereinigte Staaten von Amerika (USA).

Band I enthält eine Darstellung von Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen des Gesundheitswesens in den 14 Ländern und einen Vergleich. Die **Gesundheitsleistungen** umfassen die ärztliche und die zahnärztliche Versorgung einschließlich Zahnersatz, die Krankenhausversorgung, die Arzneimittelversorgung, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie die Versorgung mit besonderen Sachleistungen, z. B. Transport- und Fahrtkosten, ferner die häusliche Krankenpflege bei Krankheit, bei Pflegebedürftigkeit und bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit.

Die **Geldleistungen** in Band II sind unterteilt in zeitlich befristete und zeitlich unbefristete Geldleistungen sowie in Einmalzahlungen. Geldleistungen sind Lohnersatzleistungen, Renten und finanzielle Leistungen bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft, Invalidität, Unfall und Tod.

Die Darstellung des Gesundheitswesens der Vergleichsländer in Band I Kapitel 2 bis 15 erfolgt nach einer einheitlichen Gliederung. Zu Beginn werden für jedes Land Struktur und Finanzierung des Gesundheitswesens dargestellt, gefolgt von einer Beschreibung der Gesundheitsversorgung, der Versorgung im Pflegefall und der Versorgung bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Den Abschluss der Länderkapitel bilden statistische Daten, mit denen die Gesundheitsausgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt und zur Bevölkerung gesetzt werden, und ein Literaturverzeichnis.

Struktur und Finanzierung des Gesundheitswesens wie auch der Leistungskatalog mit Gesundheitsleistungen und Geldleistungen werden von den Gesellschaftsstrukturen eines jeden Landes und von seiner historischen Entwicklung bestimmt. Im Wesentlichen lassen sich drei Modelle unterscheiden:

- Bismarck-Modell, ein Sozialversicherungssystem, das weitgehend durch einkunftsabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und / oder Arbeitgebern finanziert wird. Gesundheitsleistungen werden unter staatlicher Aufsicht überwiegend privat erbracht. Die Hälfte der Vergleichsländer hat ein derartiges Gesundheitswesen: Belgien, Deutschland, Frankreich, Japan, die Niederlande, Österreich und die Schweiz.
- Beveridge-Modell, ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen mit staatlicher Bereitstellung von Gesundheitsleistungen vor allem im stationären Bereich. Von den 14 Vergleichsländern haben Australien, Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada und Schweden ein derartiges Gesundheitswesen.
- Markt-Modell mit einer überwiegend privaten Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Kennzeichen sind wenige staatliche Eingriffe in Bezug auf Leistungskatalog und Vergütungssystem. Die USA haben ein derartiges Gesundheitswesen.

In der Realität enthalten viele Gesundheitswesen Elemente aller drei Modelle.

Alle Vergleichsländer mit Ausnahme der USA haben sich für eine mehr oder weniger umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung oder des größten Teils der Bevölkerung entschieden. Der Leistungskatalog ist selten explizit formuliert. Er ist historisch gewachsen, durch kulturelle Faktoren beeinflusst und im ständigen Wandel, nicht zuletzt aufgrund des medizinischen Fortschritts und zunehmend begrenzter finanzieller Mittel. Ein internationaler Vergleich der Gesundheitsleistungen kann weder alle Unterschiede berücksichtigen noch abschließend alle Leistungen enthalten. Darüber hinaus gibt es in der ärztlichen Versorgung keinen definierten Leistungsinhalt. Die ärztliche Leistung orientiert sich am Einzelfall und am Stand des medizinischen Wissens. Ein internationaler Vergleich des Leistungsumfangs ärztlicher Leistungen ist damit nicht möglich. Außerdem ist die Datenlage unvollständig. Gleiche Begriffe werden in den ver-

schiedenen Ländern nicht mit gleichen Inhalten definiert. Sprachliche Probleme und damit Übersetzungsschwierigkeiten kommen hinzu. Ein Vergleich muss sich damit soweit wie möglich auf einheitlich definierte Strukturen und Leistungen erstrecken.

Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen erfolgt in allen Ländern durch eine Mischung aus staatlichen und privaten Quellen sowie durch Sozialversicherungen.

Zuzahlung ist die direkte finanzielle Beteiligung des Patienten bei der Inanspruchnahme von Leistungen, die zum Leistungskatalog der Gesundheitsversorgung gehören. In jedem der Vergleichsländer gibt es unterschiedliche Zuzahlungsregelungen, die immer im Zusammenhang mit Art und Umfang des Leistungskatalogs, den Zugangsregelungen zu Gesundheitsleistungen, mit Wartezeiten und mit sozialen Befreiungsregelungen gesehen werden müssen.

Zugangsregelungen betreffen vor allem die freie Arzt- und Krankenhauswahl, bei der Arztwahl auch die freie und uneingeschränkte Wahl eines Facharztes. Die Wahl des Krankenhauses kann auf öffentliche Krankenhäuser beschränkt sein, einer regionalen Beschränkung unterliegen oder wie in Großbritannien dem einweisenden Arzt vorbehalten sein.

Eine weitere Form der Zugangsbeschränkung sind **Wartezeiten** für bestimmte Leistungen des Gesundheitswesens, z. B. Wartezeiten auf eine Versorgung im Krankenhaus, auf einen Facharzttermin oder auf eine elektive Operation.

Um die finanzielle Belastung sozial verträglich zu gestalten, gibt es in allen Ländern **Befreiungsregelungen**, die sozial und / oder medizinisch indiziert sein können. Zu den sozialen Befreiungsregelungen gehören die Zuzahlungsbefreiung von Kindern und die Festlegung von finanziellen Überforderungsgrenzen.

Die Darstellung eines jeden Landes schließt mit einer zusammenfassenden Statistik der Gesundheitsleistungen. Dabei werden die Leistungsausgaben, soweit die nationale Gesundheitsberichterstattung dies zulässt, nach Versor-

gungsbereichen gegliedert. Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen werden in Prozent des Bruttoinlandsprodukts und als Pro-Kopf-Ausgaben berechnet.

In Kapitel 16 werden die Gesundheitsleistungen der Vergleichsländer zusammengefasst, bewertet und miteinander verglichen. Gesondert dargestellt wird das deutsche Gesundheitswesen im Vergleich der Länder (Kap. 17).

Insgesamt geht es um die Frage, welcher Leistungskatalog bei gegebener Finanzierung in welchem Umfang und mit welcher Infrastruktur der Bevölkerung zur Verfügung gestellt wird.

Die Einführung zu Band II befindet sich zu Beginn von Band II.

2 Australien

2.1 Struktur und Finanzierung

Die **Organisation** des australischen Gesundheitswesens ist Aufgabe des Bundes (Commonwealth) und der acht Territorien Western Australia, Northern Territory, Queensland, South Australia, New South Wales, Victoria, Tasmania und Australien Capital Territory. Neben dem staatlichen Leistungsangebot gibt es Angebote des „Royal Flying Doctor Service“ sowie Leistungen für die Aborigines und für die Torres Strait Islander. Das Australische Rote Kreuz stellt die Versorgung mit Blutprodukten sicher und koordiniert die Organtransplantation. Auch diese Leistungen werden über Steuern finanziert. Ein Teil der australischen Bevölkerung hat eine spezielle Krankenversicherung, z. B. Armeeangehörige und Veteranen. Die private Krankenversicherung bietet Zusatzversicherungen im ambulanten und stationären Bereich an. Policen werden zum Teil durch Prämienzuschüsse des Bundes subventioniert. Leistungen der Unfallversicherung werden durch Arbeitgeberbeiträge, zum Teil aber auch über Steuern finanziert.

Die 1984 eingeführte australische Krankenversicherung wird „**Medicare**“ genannt. Der Versicherungsschutz von Medicare umfasst die gesamte Bevölkerung.

Medicare wird durch allgemeine Steuermittel und über eine zweckgebundene Gesundheitssteuer (**Medicare levy**) finanziert. Die Gesundheitssteuer wird vom Bund erhoben. Der Steuersatz beläuft sich auf 1,5 Prozent für allein Lebende mit Einkünften zwischen 8.356 € bis 28.870 € bzw. für Familien zwischen 14.166 € bis 57.740 €. Für Rentner gelten höhere Einkommensgrenzen. Für Einkünfte über 28.870 € (allein Lebende) bzw. über 57.740 € (Familien) beträgt der Steuersatz 2,5 Prozent. Kinder erhöhen die Einkommensgrenze um jeweils 866 € je Kind. Der erhöhte Steuersatz von 2,5 Prozent entfällt bei Vorliegen ei-

ner privaten Krankenversicherung. Die Einnahmen der Medicare levy beliefen sich 2001 auf 2,8 Mrd. €.¹

Der Bund ist an der **Finanzierung** von Medicare über fünf Wege beteiligt. Erstens finanziert der Bund den Großteil der ambulant erbrachten Leistungen, wozu auch die häusliche Pflege zählt. Zweitens beteiligt sich der Bund an der Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser, indem er Finanzmittel an die Territorien transferiert. Hierzu zählt auch die Finanzierung von stationären Pflegeeinrichtungen. Drittens finanziert der Bund die Arzneimittel. Viertens zahlt der Bund für Gesundheitsprogramme, die von den Territorien, aber auch von nicht staatlichen Einrichtungen durchgeführt werden und fünftens zahlt der Bund einen 30-prozentigen Prämienzuschuss für private Krankenversicherungen.

Der größte Teil der Gesundheitsausgaben der Territorien betrifft die Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser.

Die ambulante Versorgung erfolgt im Wesentlichen durch selbstständige Ärzte und Zahnärzte. Darüber hinaus gibt es eine große Zahl von selbstständigen Fachärzten in integrierten Versorgungsketten mit Krankenhäusern.

Patienten haben freie Arztwahl.

Die Vergütung der ambulant tätigen Ärzte ist in einer amtlichen Gebührenordnung geregelt, die alle vergütungsfähigen Leistungen umfasst. Die ambulant tätigen Ärzte sind jedoch nicht an die amtliche Gebührenordnung gebunden. Sie können auch höhere Gebühren abrechnen. Rund 80 Prozent der Leistungen werden zu den Sätzen der amtlichen Gebührenordnung abgerechnet.

Im **ambulanten Bereich** gilt das Kostenerstattungssystem. Der Patient erhält vom Arzt eine Rechnung, die er vollständig zu begleichen hat. Diese Rechnung reicht der Patient bei Medicare ein, die mindestens 85 Prozent nach der amtlichen Gebührenordnung erstattet. Einkommensschwache können auch bei Medicare einen Verrechnungsscheck über 85 Prozent der Behandlungskosten

¹ DOH (2004c).

erhalten, der an den Arzt weitergegeben und vom Arzt eingelöst wird. Die Zuzahlung ist generell auf 15 Prozent, höchstens jedoch auf 35 € je Behandlung begrenzt.

Privaten Krankenkassen ist es untersagt, Versicherungsprodukte für Zuzahlungen im ambulanten Bereich anzubieten.

Seit einigen Jahren wird in Australien das Sachleistungssystem (**bulk-billing**) in der ambulanten Versorgung ausgebaut. Das Sachleistungssystem sieht vor, dass der Arzt nicht mehr eine Rechnung an den Patienten stellt, sondern seine Leistungen unmittelbar mit Medicare abrechnet. Dieses Prinzip setzt sich immer mehr durch, da damit das Risiko des ambulant tätigen Arztes hinsichtlich unbezahlter Rechnungen beseitigt wird. Der Patient muss nur noch die vom Arzt ausgestellte Rechnung unterzeichnen. Wählt ein ambulant tätiger Arzt dieses Abrechnungsverfahren, bekommt er von Medicare 85 Prozent der Behandlungskosten der amtlichen Gebührenordnung erstattet. Damit sind alle Verbindlichkeiten abgegolten. Der Patient muss keine Zuzahlungen leisten.

Seit 2004 erhalten Ärzte für Kinder unter 16 Jahren und für Begünstigungskartenbesitzer eine zusätzliche Vergütung von 3 € je Untersuchung, wenn sie nach dem Sachleistungssystem abrechnen. Für einen durchschnittlichen Allgemeinarzt bedeutet dies zusätzliche jährliche Einnahmen von rund 8.950 €. Darüber hinaus gibt es einen Zuschlag von 4 € je Behandlung in ländlichen Gebieten und in Tasmanien.

In Australien können Versicherte frei zwischen öffentlichen Krankenhäusern wählen, die vom Bund oder von Territorien vorgehalten werden. Kommerzielle, religiöse und gemeinnützige Organisationen betreiben private Krankenhäuser, in denen sich Patienten, im Gegensatz zu öffentlichen Krankenhäusern, ohne Wartezeiten behandeln lassen können.

Krankenhausleistungen werden nach dem Sachleistungsprinzip abgerechnet. Der Patient erhält eine Rechnung, die er an Medicare weiterleitet. Medicare erstattet 100 Prozent der Kosten für Leistungen, die in öffentlichen Krankenhäu-

sern erbracht wurden, und 75 Prozent der Kosten für Leistungen in privaten Krankenhäusern. Damit muss der Patient bzw. dessen private Krankenversicherung bei privater Krankenhausversorgung 25 Prozent der Behandlungskosten zuzahlen. Im Gegensatz zu der Behandlung im ambulanten Bereich gibt es bei der privaten Krankenhausbehandlung keine Zuzahlungsgrenzen.

Arzneimittel und andere pharmazeutische Produkte, verschrieben im ambulanten oder stationären Bereich, werden durch Steuern des Bundes über die amtliche Arzneimittel-Gebührenordnung vergütet. Für verschreibungspflichtige Arzneimittel gibt es eine Positivliste, die 600 Wirkstoffe in rund 2.500 Arzneimittelkombinationen enthält. Die Positivliste wird jährlich überarbeitet.

Für Arzneimittel, die außerhalb des Krankenhauses verabreicht werden, sind Zuzahlungen zu leisten.

Die Leistungen von Medicare sind im amtlichen Medicare-Verzeichnis (Medical Benefit Schedule, **MBS**) aufgelistet, einschließlich der jeweiligen Gebühr. Die Liste der Leistungen umfasst Arzt- und Facharztbesuche, Untersuchungen, augenärztliche Untersuchungen sowie Operationen und Behandlungen durch Ärzte. Das Medical Services Advisory Committee (MSAC) unterbreitet dem Gesundheitsminister evidenz-basierte Vorschläge auf Basis von Wirtschaftlichkeitsanalysen, welche Leistungen in die Liste aufgenommen werden sollen. In der Arzneimittelgebührenordnung (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS) sind die erstattungsfähigen Medikamente aufgelistet. Vor der Aufnahme von Arzneimitteln in das PBS erfolgt eine Beratung durch das Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, ebenfalls basierend auf Wirtschaftlichkeitsanalysen.

Für bestimmte Personengruppen gibt es **Begünstigungskarten** (concession cards), mit denen die bei Inanspruchnahme staatlicher Leistungen verbundenen Zuzahlungen reduziert oder aufgehoben werden. Die Karteninhaber können zahlreiche Leistungen vergünstigt in Anspruch nehmen. Zu diesen Leistungen zählen medizinische Versorgung, Krankenfahrten, Sehhilfen und Zahnersatz. Darüber hinaus gibt es Vergünstigungen für Energie, Wasser und öffentliche Verkehrsmittel. Anspruch auf diese Karten haben drei Personengruppen:

Invalide, Einkommensschwache und Rentner. Es werden sechs verschiedene Begünstigungskarten unterschieden:

- Die „Pensioner Concession Card“ wird den Beziehern einer Invalidenrente und Personen über 60 Jahren mit geringem Einkommen, die Sozialhilfe, Krankengeld, Hinterbliebenengeld oder andere Leistungen der Sozialversicherung erhalten, zur Verfügung gestellt. Zu den Vergünstigungen zählen beispielsweise die Befreiung von der Zuzahlung bzw. geringere Zuzahlungen für Arzneimittel des PBS-Schemas. Aber auch andere Gesundheitsleistungen im ambulanten und stationären Bereich können günstiger erworben werden. 2002 hatten etwa 3,1 Millionen Personen diese Begünstigungskarte.
- Die „Health Care Card“ erhalten Personen, die folgende Einkommensersatzleistungen erhalten: Wiedereingliederungsgeld, Krankengeld, Mobilitätsgeld oder Pflegegeld für die Krankenversorgung eigener Kinder. Inhaber dieser Karte erhalten Arzneimittel zu günstigeren Konditionen sowie vergünstigte medizinische Versorgung. Darüber hinaus erhalten sie in Verbindung mit Krankengeld kostenfreie Hörgeräte. 2002 hatten rund 1,7 Millionen Personen diese Karte.
- Die „Commonwealth Seniors Health Card“ ist für Rentner bestimmt, die keine staatliche Rente beziehen. Diese Karte spielt im Gesundheitswesen eine untergeordnete Rolle.
- Die „Repatriation Health Card - For All Conditions (Gold Card)“, die vor allem Veteranen, die zu einem hohen Prozentsatz invalide sind, und ihren Angehörigen zur Verfügung gestellt wird, beinhaltet eine vollständig freie Versorgung mit medizinischen Leistungen. 2002 gab es 281.448 Gold Card Besitzer.
- Die „Repatriation Health Card - For Specific Conditions (White Card)“ erhalten Veteranen, die an einer anerkannten Kriegsverletzung oder Kriegserkrankung leiden, und ihre Angehörigen. Sie beinhaltet Vergünstigungen bei spezifischen medizinischen Leistungen. 2002 gab es 59.268 White Card Besitzer.
- Auch die „Repatriation Pharmaceutical Benefits Card (Orange Card)“ erhalten Veteranen und ihre Angehörigen. Für Inhaber dieser Karte ist die Zu-

zahlung für Arzneimittel des Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) auf 3 € reduziert.

Darüber hinaus wurde das „Medicare Safety Net“ eingeführt, um die Kostenbelastung der Patienten für bestimmte ambulante medizinische Leistungen (z. B. Computertomographie, Ultraschall, Facharztbesuche), die größtenteils nicht zum Leistungskatalog von Medicare gehören, zu reduzieren. Über das Medicare Safety Net besteht die Möglichkeit, 80 Prozent der Zuzahlungen, die einen bestimmten Schwellenwert übersteigen, erstattet zu bekommen. Für Familien mit Kindern, die den „Family Tax Benefit A“ erhalten sowie für die Inhaber einer „Health Care Card“, einer „Pensioner Concession Card“ oder einer „Commonwealth Seniors Health Card“ liegt der Schwellenwert für Zuzahlungen bei etwa 173 € im Jahr, für alle anderen Personen bei etwa 404 €. Übersteigen die vom Patienten weiterhin zu leistenden 20 Prozent eine Grenze von 189 €, übernimmt Medicare alle weiteren Kosten zu 100 Prozent.

2.2 Gesundheitsversorgung

In der **hausärztlichen Versorgung** besteht freie Wahl unter den registrierten Ärzten, welche die erbrachten Leistungen sowohl nach dem Kostenerstattungssystem als auch nach dem Sachleistungssystem (bulk billing) abrechnen. Etwa 75 Prozent der Allgemeinärzte nehmen am Sachleistungssystem teil. Zum Leistungskatalog der hausärztlichen Versorgung zählen alle üblichen medizinischen Leistungen, die vom Allgemein- bzw. Hausarzt erbracht oder verordnet werden.

Nimmt ein Patient medizinische Leistungen von einem **Facharzt** in Anspruch, so bekommt er von Medicare die Kosten nur dann ersetzt, wenn er vom Allgemeinarzt zum Facharzt überwiesen worden ist. In Ausnahmefällen erhält der Patient bei Fehlen einer Überweisung einen Teil der Behandlungskosten erstattet.

Medicare übernimmt bei der **zahnärztlichen Versorgung** nur Kontrolluntersuchungen. Zahnbehandlung gehört nur dann zu den Medicare-Leistungen, wenn sie im Rahmen der Behandlung einer chronischen oder komplexen Erkrankung erforderlich ist. In diesem Fall kann der Patient bis zu drei zahnärztliche Leistungen innerhalb von 12 Monaten in Anspruch nehmen. Inhaber von Begünstigungskarten erhalten Leistungen zu niedrigeren Kosten.

Die Versicherung leistet **Zahnersatz** nur bei Kindern. Erwachsene müssen die Kosten selbst tragen.

Es besteht freie Wahl unter den öffentlichen und privaten **Krankenhäusern**. Das Leistungsangebot der öffentlichen Krankenhäuser umfasst die Notfallversorgung sowie die akutstationäre Versorgung. In städtischen öffentlichen Krankenhäusern wird darüber hinaus eine Vielzahl weiterer Leistungen angeboten, z. B. Intensivpflege, Schmerztherapie, Organtransplantationen und Dialyse. Das Leistungsangebot der privaten Krankenhäuser ist primär auf chirurgische, aber auch auf hoch technisierte Leistungen und deren Disziplinen ausgerichtet. Um mit Medicare abrechnen zu können, müssen die privaten Krankenhäuser von den Territorien zugelassen sein. Sucht der Patient ein privates Krankenhaus auf, trägt Medicare nur einen Teil der Kosten.

In öffentlichen Krankenhäusern muss der Patient keine Zuzahlung leisten. In privaten Krankenhäusern beträgt die Zuzahlung des Patienten 25 Prozent. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich gibt es keine Zuzahlungsobergrenze. Um die eventuell sehr hohen Zuzahlungen abzudecken, haben fast alle Australier eine zusätzliche private Krankenversicherung, welche die 25 Prozent Zuzahlung übernimmt.

Wartezeiten für elektive Operationen werden vom Australien Institute of Health and Welfare und vom Federal Department of Health and Ageing publiziert. Einige Territorien veröffentlichen Daten zu Wartezeiten im Internet. Nach der Dringlichkeit der Operation werden drei Kategorien unterschieden:

- Operation innerhalb von 30 Tagen wünschenswert: für Zustände, die innerhalb kurzer Zeit zu einem Notfall werden können
- Operation innerhalb von 90 Tagen wünschenswert: für Zustände, die zu Schmerzen, Funktionsstörungen oder Arbeitsunfähigkeit führen, aber nicht innerhalb kurzer Zeit zu einem Notfall werden können
- Operation innerhalb von 12 Monaten wünschenswert: für Zustände, die keine oder geringfügige Schmerzen, Funktionsstörungen oder Arbeitsunfähigkeit hervorrufen können.

Der Leistungskatalog von Medicare umfasst die **Arzneimittel** auf der Positivliste. Je verordnetem Arzneimittel muss der Patient höchstens 17 € zuzahlen, Inhaber von Begünstigungskarten nur 3 €. Um Personen und Familien vor finanzieller Überlastung zu schützen, gibt es eine Höchstgrenze für Zuzahlungen von 505 € im Jahr. Bei Überschreiten dieser Grenze muss für jedes weitere verschriebene Arzneimittel eine Zuzahlung von 3 € geleistet werden. Für die Inhaber von Begünstigungskarten beträgt die Zuzahlungsgrenze 138 €. Bei Überschreiten dieser Grenze müssen keine Zuzahlungen mehr geleistet werden. Arzneimittel, die nicht auf der Positivliste stehen, müssen vom Patienten selbst bezahlt werden.

Heilmittel wie Physiotherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie sowie Leistungen von Chiropraktikern, Osteopathen und Podologen gehören nicht zum Leistungskatalog von Medicare. Diese Leistungen werden nur dann von Medicare übernommen, wenn sie im Rahmen der Behandlung einer chronischen oder komplexen Erkrankung erforderlich sind. In diesem Fall dürfen jeweils fünf Leistungen innerhalb von 12 Monaten in Anspruch genommen werden. Die Zuzahlung des Patienten beträgt 15 Prozent, durchschnittlich 5 €.

Ein Teil der **Hilfsmittel** gehört nicht zum Leistungskatalog von Medicare, z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Hörhilfen und Prothesen. Allerdings erhalten Inhaber der Health Care Card kostenlos Hörgeräte.

Weitere Leistungen wie z. B. psychotherapeutische und psychologische Behandlung gehören nicht zum Leistungskatalog, es sei denn, sie sind im Rahmen

der Behandlung einer chronischen oder komplexen Erkrankung erforderlich. In diesem Fall dürfen fünf Leistungen innerhalb von 12 Monaten in Anspruch genommen werden. Die Zuzahlung des Patienten beträgt 15 Prozent der Behandlungskosten, durchschnittlich 5 €.

2004 gab es 41 **private Krankenversicherungen** (PKV). Die PKV wird vom Gesetzgeber als Ergänzung zu Medicare verstanden und insbesondere gefördert, um die Ausgaben für öffentliche Krankenhäuser zu reduzieren.

Im Prinzip ist die australische PKV eine Sozialversicherung. Dies ergibt sich daraus, dass die Prämien zur PKV innerhalb einer Gemeinde für alle Personen gleich sind (community rating). Die Prämien werden nur nach dem Alter differenziert. Damit gibt es in einer Gemeinde keine Prämiendifferenzierung hinsichtlich Gesundheitszustand und Geschlecht. Es besteht Kontrahierungszwang. Zwischen den privaten Krankenversicherungen gibt es einen Risikostrukturausgleich. Private Krankenversicherungen mit schlechter Versichertenstruktur erhalten Transfers, Versicherungen mit guten Risiken zahlen in den Risikostrukturausgleich ein.

Um den Abschluss privater Versicherungen zu fördern, wurde 1998 „The Private Health Insurance Incentive Act“ beschlossen, der einen 30-prozentigen staatlichen Zuschuss zu den Prämien der PKV vorsieht.

2000 wurde „The Lifetime Health Cover Scheme“ eingeführt. Mit diesem Programm sollen die Kosten der Krankenhausversorgung im Alter abgedeckt werden. Die Finanzierung erfolgt über Prämienaufschläge von 2 Prozent im Jahr, die nur von den über 30-Jährigen zu zahlen sind.

Neben der Kostenübernahme der privaten Krankenhausbehandlung zählt zum Leistungsangebot der PKV die Kostenübernahme ergänzender medizinischer Versorgung wie Zahnersatz, Sehhilfen, Psychotherapie, Chiropraktiker, häusliche Pflege, Krankentransport und Naturheiltherapie. 2001 hatten 45 Prozent der australischen Bevölkerung eine private Krankenhausversicherung, 41 Prozent eine ergänzende medizinische private Versicherung.

2.3 Versorgung im Pflegefall

Die Versorgung im Pflegefall ist in Australien kein eigenständiges Versicherungssystem. Die Leistungen werden durch Medicare erbracht. Damit erfolgt die Finanzierung durch Steuern. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesamte Bevölkerung.

Es gibt eine häusliche Pflege oder Gemeindepflege (community care) und die stationäre Pflege.

Die häusliche Pflege wird gemeinsam von Bund und Territorien nach einem Finanzierungsschlüssel über Steuern finanziert und von den Gemeinden durchgeführt. Zu den Leistungen gehören Hilfen für hauswirtschaftliche Verrichtungen des täglichen Lebens, Versorgung mit Mahlzeiten, Transportfahrten und andere Hilfeleistungen.

Die stationäre Pflege, z. B. in Altenheimen, wird hauptsächlich von privaten Einrichtungen erbracht, religiöse, gemeinnützige, aber auch kommerzielle Anbieter.

Für die Pflege in Altersheimen gibt es eine eigenständige Gesetzgebung des Bundes. Die Zuschüsse des Bundes an den Leistungsanbieter sind abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegebedürftigen müssen, in Abhängigkeit vom Grad ihrer Pflegebedürftigkeit und ihrer Einkommenssituation, tägliche Pflege- und Übernachtungspauschalen leisten. Hierbei gibt es Höchstgrenzen und Sozialklauseln.

Darüber hinaus gibt es eine eigenständige Gemeindepflege (community care), welche die Pflege von Alten in den Gemeinden organisiert und damit helfen soll, eine stationäre Unterbringung zu vermeiden. Das „Home and Community Care Program“ umfasst eine Vielzahl von Leistungen von der Lieferung und Versorgung mit Mahlzeiten über die häusliche Pflege bis hin zu Transportfahrten. Auch für die Leistungen der Community Care müssen die Pflegebedürftigen Zuzahlungen leisten.

2.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Unfallversicherung wird in Australien durch Territorialgesetze geregelt. Die Rahmenbedingungen legt der Bund fest. Die Organisation obliegt den „Workers Compensation Boards“ oder den „Commission Administors“. Arbeitgeber müssen ihre Arbeitnehmer gegen die Folgen von Arbeitsunfällen und zum Teil auch gegen die Folgen von Berufskrankheiten versichern. Die Unfallversicherung kann bei kommerziellen oder gemeinnützigen Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden. Die Beiträge werden risikoabhängig festgelegt. Einige große Unternehmen bieten einen eigenen Unfallversicherungsschutz an.

Der leistungsberechtigte Personenkreis erstreckt sich auf alle Arbeitnehmer. In einigen Territorien müssen sich auch Selbstständige gegen Unfälle versichern. Generell umfasst die Versicherung für Arbeitnehmer und Selbstständige Arbeitsunfälle und zum Teil auch Berufskrankheiten, aber keine Wegeunfälle. Im Schadensfall übernimmt die Unfallversicherung alle Kosten der medizinischen Versorgung. Der Patient muss keine Zuzahlungen leisten.

2.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

Tabelle 1 zeigt, dass sich die Gesundheitsausgaben 2001 auf 38,44 Mrd. € (ohne Geldleistungen) beliefen. Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt von 411,61 Mrd. € waren dies 9,34 Prozent. Pro Kopf wurden 2.026 € verausgabt (Bevölkerung: 18.972.350).

Tabelle 1 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Australien 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	38,44 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	411,61 Mrd. €
Bevölkerung	18.972.350
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	9,34 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	2.026 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

In Tabelle 2 sind die Leistungsausgaben des australischen Gesundheitswesens nach Trägern dargestellt. Die Ausgaben der Krankenhausversorgung betragen 15,86 Mrd. € (41 Prozent der Gesamtausgaben). 20,35 Mrd. € wurden für die ambulante Versorgung einschließlich Forschungsausgaben und pharmazeutischer Produkte ausgegeben. 2,25 Mrd. € flossen in Investitionen.

Über Steuern von Bund und Territorien wurden 70 Prozent der Gesamtausgaben finanziert. Patienten waren mit 19 Prozent an den Gesundheitsausgaben beteiligt, die PKV mit 7 Prozent und die Unfallversicherung mit 4 Prozent.

Tabelle 2 Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in Australien nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001

Beschreibung	Staatsausgaben			Sonstige Ausgabenträger				Summe
	Bund	Territorien	Gesamt	PKV	Personen	Unfallversicherung	Gesamt	
	Stationäre Versorgung	5,65	4,67	10,32	1,36	0,34	0,65	
Öffentliche Krankenhäuser	4,62	4,45	9,07	0,15	0,14	0,27	0,56	9,63
Öffentliche psychiatrische Krankenhäuser	-	-	0,23	-	0,01	0,01	0,01	0,24
Private Krankenhäuser	1,03	-	1,03	1,37	0,18	0,38	1,94	2,97
Stationäre Pflege	1,78	0,12	1,91	-	0,48	-	0,48	2,39
Stationäre Notfallversorgung	0,08	0,30	0,38	0,08	0,15	0,03	0,25	0,63
SUMME KRANKENHAUSVERSORGUNG	7,51	5,09	12,60	1,61	0,96	0,68	3,24	15,86
Ambulante ärztliche Versorgung	5,23	-	5,23	0,24	0,69	0,30	1,23	6,46
Sonstige ambulante Versorgung	0,33	-	0,33	0,17	0,82	0,13	1,12	1,46
Pharmazeutische Produkte	2,79	-	2,79	0,02	2,33	0,05	2,40	5,19
Arzneimittel	2,74	-	2,74	-	0,49	-	0,49	3,23
Andere Produkte	0,05	-	0,05	0,02	1,84	0,05	1,92	1,96
Heil- und Hilfsmittel	0,12	-	0,12	0,13	1,11	0,03	1,28	1,39
Sonstige regionale Leistungen	1,18	1,95	3,14	0,68	1,32	0,01	2,01	5,14
Versorgung in den Gemeinden	0,38	1,54	1,92	-	-	0,01	0,01	1,92
Zahnmedizinische Versorgung	0,21	0,21	0,42	0,38	1,32	0,01	1,71	2,13
Verwaltungskosten	0,60	0,20	0,80	0,29	-	-	0,29	1,10
Forschungsausgaben	0,48	0,10	-	-	-	0,13	0,13	0,71
SUMME AMBULANTE VERSORGUNG	10,13	2,05	12,18	1,24	6,27	0,65	8,16	20,35
Investitionsausgaben	0,82	1,43	2,25	-	-	-	-	2,25
GESAMTAUSGABEN	18,46	8,57	27,03	2,85	7,23	1,33	11,41	38,44

Quelle: Health Report (2004).

2.6 Literaturverzeichnis

- ABS (2001). Australian Bureau of Statistics. Private Health Insurance.
- ABS (2003). Australian Bureau of Statistics. Year Book Australia 2003: Health.
- ABS (2004). Australian Bureau of Statistics. Health delivery and financing.
- AIHW (2003). Australian Institute of Health and Welfare. Health expenditure Australia 2001-02. Health and Welfare Expenditure Series No. 17.
- AIHW (2004). Australian Institute of Health and Welfare. Australia's Health 2004.
- Centrelink (2003). Australian Government: Centrelink. A guide to Payments and Services 2002-03. Chapter 10.
- Centrelink (2005). Australian Government: Centrelink. A guide to Centrelink Concession Cards.
- DOH (1999). Australian Government. Department of Health and Ageing. Reforming the Australian Health Care System. The Role of Government. Occasional Papers: New Series No. 1. Canberra.
- DOH (2001). Australian Government. Department of Health and Ageing. The Australian Health Care System. An outline.
- DOH (2004a). Australian Government. Department of Health and Ageing. Australian Health and Ageing: The Concise Factbook.
- DOH (2004b). Australian Government. Department of Health and Ageing. Australian Health Care Agreements: Performance Report 1998-99 to 2002-03.
- DOH (2004c). Australian Government. Department of Health and Ageing. Bulk-billing incentives from February 1.
- DOH (2004d). Australian Government. Department of Health and Ageing. Australia: Selected Health Care Delivery and Financing statistics.
- DOH (2004e). Australian Government. Department of Health and Ageing. Medicare Benefits Schedule Book. Stand: 1.11.2004.
- DVA (2005). Department of Veteran Affairs. Repatriation Health Card - for specific conditions.
- FaCS (2002). Commonwealth Department of Family and Community Services. Annual report 2001-2002 Volume 2.
- MIMS (2003). Medicine Data and decision support: My Dr. The Australian Health System.

NT Worksafe (2004). Northern Territory Worksafe: Department of Employment, Education and Training (DEET). Worker Compensation.

OECD (2000). Organisation for Economic Co-operation and Development. Country Study Australia. SHA-based Health Accounts in 13 OECD Countries.

QPC (2005). Queensland government. Office of the Queensland Government Counsel. Industrial Relations Act 1999, Queensland.

3 Belgien

3.1 Struktur und Finanzierung

Das Gesundheitswesen in Belgien umfasst die gesamte Bevölkerung und wird überwiegend durch **berufsständische Sozialversicherungen** organisiert:

- Sozialversicherung der Angestellten und Arbeiter (ONSS)
- Selbstständige (INASTI)
- Öffentlich Beschäftigte (ONSSAPL)
- Sondersysteme, z. B. für Matrosen und geringfügig Beschäftigte.

In die Träger der Sozialversicherung sind Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung integriert.

Die Sozialversicherung für Angestellte und Arbeiter wird durch das nationale Amt für Sozialversicherung (Office national de Sécurité sociale, **ONSS**) organisiert. Das ONSS nimmt die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer als Globalbeitrag ein. Die Globalbeiträge werden auf die Kostenträger verteilt. Der Beitragssatz des Globalbeitrags beläuft sich auf 37,94 Prozent, wovon der Arbeitgeber 24,87 Prozentpunkte und der Arbeitnehmer 13,07 Prozentpunkte zahlt. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze. Darüber hinaus müssen Arbeitgeber weitere Beiträge zahlen.

Ein Teil der Beiträge fließt an die Krankenversicherung, die durch die Landesversicherungsanstalt für Krankheit und Invalidität organisiert wird. Die Landesversicherungsanstalt leitet die Finanzmittel an die Krankenkassen weiter, die in fünf anerkannten nationalen Verbänden organisiert sind.

ONSS transferiert einen Teil der Beitragseinnahmen an die Rentenversicherung. Das Landespensionsamt zahlt Alters- und Hinterbliebenenrenten sowie sonstige Renten aus.

Ein Teil der Globalbeiträge wird an das Landesamt für Familienleistungen der Arbeitnehmer (Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés, **ONAFTS**) ausgezahlt. Über das Landesamt für Familienleistungen werden Geldzahlungen geleistet.

Von der ONSS werden auch Finanzmittel an die Unfallversicherung gezahlt.

Die Sozialversicherung der Selbstständigen führt das Nationale Institut der Sozialversicherung für Selbstständige (Institut national d'assurance sociales pour travailleurs indépendants, **INASTI**) durch. INASTI transferiert die Beträge an die einzelnen Versicherungszweige, z. B. an die Landesversicherungsanstalt für Krankheit und Invalidität (**INAMI**).

Das Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (**ONSSAPL**) führt für öffentlich Beschäftigte und Beamte die Sozialversicherung durch. Der Beitragssatz zur Krankenversicherung beträgt 7,35 Prozent, wovon der Versicherte 3,55 Prozent und der Arbeitgeber 3,8 Prozent trägt.

In Belgien gibt es keine eigenständige **Pflegeversicherung**. Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden durch die Kranken- und Invaliditätsversicherung erbracht. Weitere Pflegeleistungen bietet die kommunale Ebene an.

Die **Unfallversicherung** setzt sich aus dem Fonds für Arbeitsunfälle (fonds des accidents du travail, FAT) und dem Fonds für Berufskrankheiten (fonds des maladies professionnelles, FMP).

Die Landesversicherungsanstalt für Krankheit und Invalidität (**INAMI**) organisiert die Krankenversicherung und wird durch die Träger der Sozialversicherung finanziert. INAMI ist zuständig für den medizinischen Leistungskatalog, die Vergütung, die Leistungserbringung und für Wirtschaftlichkeitsstudien. Darüber hinaus kontrolliert INAMI die Krankenkassen, welche die Abrechnung und Bereitstellung der medizinischen Leistungen übernehmen.

Die **Krankenkassen** sind in fünf gemeinnützigen Krankenkassenverbänden organisiert:

- Christlicher Krankenkassenverband (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, ANC)
- Neutraler Krankenkassenverband (Union Nationale des Fédérations Mutualistes Neutres, UNN)
- Sozialistischer Krankenkassenverband (Union Nationale des Fédérations Mutualistes Socialistes, UNS)
- Liberaler Krankenkassenverband (Ligue Nationale des Fédérations Mutualistes Libérales de Belgique, LNL)
- Berufskrankenkassenverband (Union Nationale des Fédérations des Mutualistes Professionnelles de Belgique, UNP).

Darüber hinaus gibt es die öffentliche Hilfskrankenkasse (Caisse auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité, CAAMI) für bedürftige Personen ohne Krankenversicherungsschutz bei einer der fünf Krankenkassenverbände.

Jeder der fünf Krankenkassenverbände hat Krankenkassen, die ANC 33 Krankenkassen, die UNN 18 Krankenkassen, die UNS 20 Krankenkassen, die LNL 13 Krankenkassen und die UNP 21 Krankenkassen. Die Versicherten können zwischen den Krankenkassen wählen.

Der größte Teil der Bevölkerung ist im ANC versichert (45,5 Prozent), 26,9 Prozent sind im UNS versichert, 15,6 Prozent im UNP, im LNL 6,6 Prozent, im UNN 4,7 Prozent und in CAAMI 0,7 Prozent.

Der **Beitragssatz** der Krankenkassen sowie der Leistungskatalog werden von der Bundesregierung festgelegt. Damit ist der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf Zusatzleistungen begrenzt, die über die Basisversorgung hinausgehen.

Die Krankenversicherung wird nach dem Umlageverfahren über mehrere Wege finanziert. Der größte Teil der Einnahmen kommt aus bedarfsabhängigen Zu-

weisungen der ONSS. Darüber hinaus erhält jede Krankenkasse pauschale Steuerzuweisungen und Anteile aus ausgewählten Steuern und Gebühren, z. B. Umsatzsteuer, Kfz-Versicherungsprämien, Prämien zur PKV, Abgaben der Pharmaunternehmen auf bestimmte pharmazeutische Produkte sowie einen zusätzlichen Beitrag der Pharmaunternehmen in Abhängigkeit vom Umsatz auf dem belgischen Markt.

Altersrentenbezieher zahlen 3,55 Prozent ihrer Renteneinkünfte als Krankenkassenbeitrag, Empfänger von Invaliditätsrenten 3,5 Prozent, wenn die Rente durch die Beitragszahlung nicht unter den monatlichen Betrag von 1.295 € (Ehepaar) bzw. nicht unter 1.093 € (allein Stehende) fällt.

Die **Gesundheitsversorgung** umfasst alle medizinisch notwendigen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich, mit einigen Leistungsausschlüssen. Der Leistungskatalog ist in „große“ und „kleine“ Risiken eingeteilt und wird als „Basisversorgung“ bezeichnet. Zu den großen Risiken zählen alle kostenintensiven Behandlungen, z. B. stationäre oder fachärztliche Versorgung, zu den kleinen Risiken zählt vor allem die ambulante Versorgung durch den Allgemeinarzt.

Die Basisversorgung umfasst alle Arbeitnehmer und weitere Personengruppen wie Rentenbezieher, Arbeitslose und Invalide. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Ausnahmeregelungen gelten für Selbstständige, die über INASTI nur gegen die großen Risiken versichert sind. Allerdings können sich Selbstständige freiwillig gegen Zahlung eines zusätzlichen Beitrags gegen kleine Gesundheitsrisiken bei einem der fünf Krankenversicherungsträger absichern. Nicht erwerbstätige Familienangehörige sind in der Regel mitversichert. Es besteht freie Arzt-, Facharzt- und Krankenhauswahl.

Im ambulanten Bereich gilt das Kostenerstattungsprinzip für alle in den Ärztekammern zugelassenen Ärzte und Zahnärzte. Die **Vergütung** richtet sich nach staatlich festgesetzten Gebührenordnungen. Im Einzelfall kommen auch individuell vereinbarte Gebührenordnungen zwischen Krankenversicherungsträgern und Ärzteorganisationen zur Anwendung. Darüber hinaus ist eine freie Honorar-

festsetzung durch den Arzt möglich. Dies betrifft diejenigen Leistungen, die nicht über den amtlichen Leistungskatalog abgedeckt sind. Nur in besonderen Fällen, in der Regel bei Einkommensschwachen, kann die Krankenkasse unmittelbar die Bezahlung des Honorars des Arztes übernehmen. Grundsätzlich muss der Patient 25 Prozent der Kosten der ambulanten Versorgung selbst bezahlen.

Die Kosten von **Heil- und Hilfsmitteln** werden von den Krankenkassen in voller Höhe übernommen. Die Vergütung erfolgt nach vertraglich oder staatlich festgesetzten Gebührensätzen.

Die Krankenhausversorgung ist als Sachleistungssystem organisiert. Die Vergütung richtet sich nach der amtlichen Gebührenordnung und nach Vereinbarungen zwischen Krankenversicherungsträger und Krankenhaus. Patienten müssen eine Tagespauschale zahlen.

Die soziale Krankenversicherung sieht praktisch bei allen Leistungen eine **Zuzahlung** des Patienten vor, die je nach Leistung variiert. Ab einem bestimmten jährlichen Höchstbetrag, der einkommensabhängig ist, entfällt die Zuzahlung. Bei jährlichen Einkünften bis 14.178 € liegt die Höchstzuzahlungsgrenze bei 450 €, bei Einkünften zwischen 14.178 € und 21.796 € bei 650 €, bei Einkünften zwischen 21.796 € und 29.414 € bei 1.000 €, bei Einkünften zwischen 29.414 € und 36.714 € bei 1.400 €, bei Einkünften zwischen 36.714 € und 52.480 € bei 1.800 € und bei Einkünften ab 52.480 € bei 2.500 €.

Für bestimmte „geschützte“ Personengruppen wie z. B. Invalide, Rentempfänger, Empfänger von Sozialhilfe oder Arbeitslose im Alter ab 50 Jahren, die seit mindestens einem Jahr arbeitslos sind, gibt es eine **Vorzugsregelung**. Sofern die steuerpflichtigen Einkünfte der Familie unter dem Jahreshöchstbetrag von 12.732 € zuzüglich 2.357 € je Unterhaltsberechtigten liegen, ist die Zuzahlung auf 450 € jährlich begrenzt.

3.2 Gesundheitsversorgung

In der **hausärztlichen Versorgung** besteht freie Arztwahl. Das Arzthonorar wird von den Versicherten gezahlt (Kostenerstattungssystem). Nur in besonderen Fällen ist eine direkte Zahlung durch die Krankenkasse möglich. Die Kosten werden nach Gebührenordnung bzw. amtlichen Sätzen erstattet. Die Zuzahlung des Versicherten bei allgemeiner ärztlicher Behandlung beträgt 25 Prozent und bei zusätzlicher Qualifikation des Allgemeinarztes 30 Prozent. Es kommen die Vorzugsregelung und die einkommensabhängige Höchstzuzahlungsgrenze zur Anwendung.

Auch bei der **fachärztlichen Versorgung** besteht freie Arztwahl. Das Arzthonorar wird von den Versicherten gezahlt. Nur in besonderen Fällen ist eine direkte Zahlung durch die Krankenkasse möglich. Die Kosten werden nach Gebührenordnung bzw. amtlichen Sätzen erstattet. Die Zuzahlung des Versicherten beträgt etwa 40 Prozent bis zur einkommensabhängigen Höchstgrenze. Bei bestimmten Leistungen entfällt die Zuzahlung.

Die von der Krankenkasse übernommene **zahnärztliche Versorgung** umfasst prophylaktische Maßnahmen, konservierend-chirurgische Behandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung. Das Arzthonorar wird von den Versicherten gezahlt. Nur in besonderen Fällen ist eine direkte Zahlung durch die Krankenkasse möglich. Die Kosten werden nach Gebührenordnung bzw. amtlichen Sätzen erstattet. Die Zuzahlung des Patienten liegt zwischen 5 Prozent und 25 Prozent. Wenn keine jährliche Untersuchung vorgenommen wurde, erhöht sich die Zuzahlung auf 60 Prozent. Materialkosten werden bei besonderen Erkrankungen nach Genehmigung durch einen Vertrauensarzt bis zu 100 Prozent erstattet.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für **Zahnersatz** in der Regel nur für Personen, die mindestens 50 Jahre alt sind. In diesem Fall beträgt die Zuzahlung des Patienten 25 Prozent. Bei bestimmten Indikationen werden die Kosten des Zahnersatzes zu 100 Prozent übernommen. Im Übrigen muss Zahnersatz vom Patienten selbst bezahlt werden.

Es besteht freie Wahl unter den zugelassenen **Krankenhäusern**.

Die Kosten für ein Mehrbettzimmer werden vollständig übernommen mit einer Zuzahlung von 12 € je Tag. Insbesondere für unterhaltsberechtigte Kinder, Begünstigte der Vorzugsregelung und gleichgestellte Arbeitslose ist die Zuzahlung auf 4 € je Tag ermäßigt. Bei mehr als fünfjährigem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik beträgt die Zuzahlung 21 € je Tag. In diesem Fall ist die Zuzahlung für Begünstigte der Vorzugsregelung und gleichgestellte Arbeitslose ohne unterhaltsberechtigten Angehörigen oder sonstige rechtliche Unterhaltsverpflichtung auf 12 € je Tag und für normale Empfänger und Begünstigte der Vorzugsregelung mit unterhaltsberechtigten Angehörigen oder sonstiger rechtlicher Unterhaltsverpflichtung und von ihnen unterhaltene Personen auf 4 € je Tag reduziert.

Es gibt eine Positivliste für **Arzneimittel**, die etwa 70 Prozent der zugänglichen Arzneimittel umfasst. In dieser Liste werden die Arzneimittel nach Schweregrad der zu behandelnden Erkrankung in verschiedene Gruppen eingeteilt, die jeweils eine unterschiedliche Zuzahlung des Patienten erfordern. Für Arzneimittel der Gruppe A (schwere Krankheiten) muss keine Zuzahlung geleistet werden; für Arzneimittel der Gruppe B (notwendige Arzneimittel) beträgt die Zuzahlung 25 Prozent bis zu einer Grenze von 10 € bzw. 15 € bei großen Packungen, für Arzneimittel der Gruppe C (weniger notwendige Arzneimittel) 50 Prozent bis zu einer Grenze von 17 €, für Arzneimittel der Gruppe CS (Bagatellarzneimittel) 60 Prozent und für Arzneimittel der Gruppe CX (z. B. hormonale Empfängnisverhütungsmittel) 80 Prozent. Für Arzneimittel der Gruppen CS und CX gibt es keine Zuzahlungsobergrenze. Werden Arzneimittel im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes verordnet, muss der Patient eine Zuzahlung von 1 € je Tag leisten. Für Arzneimittel, die auch als Generika erhältlich sind, reduziert sich die Erstattung durch die Krankenkasse um 26 Prozent. Bei auf Verschreibung hergestellten Arzneimitteln beträgt die Zuzahlung höchstens 2 € je Rezept. Die Zuzahlung entfällt bei chronischen oder schweren Erkrankungen. Für die Begünstigten der Vorzugsregelung gilt eine ermäßigte Zuzahlung.

Heilmittel gehören zu den Leistungen der Krankenversicherung. Die Zuzahlung des Patienten für physiotherapeutische Leistungen liegt bei 40 Prozent. Im Übrigen werden die Kosten nach vertraglich geregelten bzw. staatlich festgelegten Gebührensätzen vollständig erstattet.

Für alle **Hilfsmittel** gibt es eine vollständige Erstattung nach den vertraglich geregelten bzw. staatlich festgelegten Gebührensätzen. Der Patient trägt die Kosten, welche die Gebührensätze übersteigen.

Transport- oder Fahrtkosten werden nicht von der Krankenversicherung übernommen. Thermalkuren sind keine Pflichtleistung der Krankenversicherung; die Kosten werden vom Patienten getragen. Bei stationärer Rehabilitation muss vom Patienten eine Aufnahmegebühr in Höhe von 40 € gezahlt werden. Die weitere Zuzahlung beträgt 12 € je Tag. Psychotherapeutische Behandlung durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten gehört nicht zum Leistungskatalog. Weitere Leistungen sind durch Satzungen vorgesehen.

In Belgien haben 58 Prozent der Bevölkerung eine **private Krankenversicherung**. Zum Leistungskatalog der PKV zählt vor allem eine Zusatzversicherung bei Krankenhausbehandlung.

3.3 Versorgung im Pflegefall

In Belgien gibt es keine eigenständige Pflegeversicherung. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden durch die Krankenversicherung, die Invaliditätsversicherung (Rentenversicherung) und die Mindestsicherung (Sozialhilfe) finanziert. Zusätzliche Pflegeleistungen werden auf kommunaler Ebene bereit gestellt.

Pflegeleistungen erhalten Personen, die nicht in der Lage sind, Aufgaben des täglichen Lebens selbst zu verrichten. Höhe und Ausmaß der Pflegeunterstützung richten sich nach der individuellen Pflegestufe.

Personen, die nicht in der Lage sind, die Aufgaben des täglichen Lebens allein zu verrichten, erhalten die erforderliche Pflege, die in Abhängigkeit vom individuellen Bedarf gewährt wird.

Die Pauschalleistung der Kranken- und Invaliditätsversicherung für **häusliche Pflege** hängt von der Pflegebedürftigkeit ab. Sie beträgt für Einkommensschwache in Pflegestufe A 14 € (mit Vorzugsregelung) bzw. für alle anderen Personen 11 € (ohne Vorzugsregelung), in Pflegestufe B 27 € (mit Vorzugsregelung) bzw. für alle anderen Personen 20 € und in Pflegestufe C 37 € (mit Vorzugsregelung) bzw. für alle anderen Personen 28 €.

Bei **stationärer Pflege** gewährt die Kranken- und Invaliditätsversicherung Beihilfen zur Pflege und Betreuung bei Verrichtungen des täglichen Lebens. Die Höhe der täglichen Beihilfe richtet sich nach der Pflegestufe. Sie beträgt in normalen Pflegeeinrichtungen in Pflegestufe B 47 €, in Pflegestufe C 53 € und in Pflegestufe C+ (zeitlich und räumlich desorientierte Patienten) 55 €. Bei der Unterbringung in psychiatrischen Heimen gibt es je nach Einrichtung unterschiedliche Beträge. In Altenwohn- und Altenheimen beträgt die Beihilfe 1 € in Pflegestufe O, 9 € in Pflegestufe A, 26 € in Pflegestufe B, 37 € in Pflegestufe C und 39 € in Pflegestufe C+. Welcher Pflegestufe eine Person zugeordnet wird, richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und nach der Art der Einrichtung.

3.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Unfallversicherung wird über vier Wege finanziert, über einen bedarfsabhängigen Anteil am Globalbeitrag der Sozialversicherung ONSS, über pauschale Steuerzuschüsse, über Anteile am Mehrwertsteueraufkommen und bei Arbeitsunfällen über Versicherungsbeiträge der Arbeitgeber. Es werden der Fonds für Arbeitsunfälle (fonds des accidents du travail, FAT) und der Fonds für Berufskrankheiten (fonds des maladies professionnelles, FMP) unterschieden.

Versicherte Personen sind bei Arbeitsunfällen alle versicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmer, Personen in Ausbildung und weitere Personengrup-

pen wie z. B. Selbstständige. Gegen Berufskrankheiten ist derselbe Personenkreis versichert. Hinzu kommen Praktikanten, Schüler und Studenten. Abgedeckt sind Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten.

Personen, die aufgrund eines Arbeitsunfalls oder aufgrund einer Berufskrankheit eine medizinische Versorgung in Anspruch nehmen müssen, sind von Zahlungen befreit. Die Ärzte werden nach der amtlichen Gebührenordnung vergütet. Darüber hinaus gibt es in einigen großen Unternehmen einen betriebsärztlichen Dienst, der im Fall eines Arbeitsunfalls anstelle der regulären Versorgung in Anspruch genommen werden muss. Von den Trägern der Unfallversicherung werden auch berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt und finanziert, ebenso Präventionsprogramme.

Es gibt eine Liste der Berufskrankheiten und ein offenes System außerhalb dieser Liste, falls der Beruf ausschlaggebende und direkte Krankheitsursache ist. Der Nachweis der Risikoexposition und des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Berufsausübung und Krankheit muss von dem Betroffenen bzw. den anspruchsberechtigten Angehörigen erbracht werden.

Der Unfall muss während und infolge der Ausführung des Arbeitsvertrages auftreten und eine Verletzung hervorrufen. Berufskrankheit setzt voraus, dass die Person einem Risiko ausgesetzt gewesen ist. Das Risiko wird unterstellt, wenn der Betroffene in einem Betrieb gearbeitet hat, der in einer durch Königlichen Erlass festgelegten Liste enthalten ist. Daneben gibt es anerkannte Berufskrankheiten außerhalb dieser Liste.

3.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

2001 betragen die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens 20,37 Mrd. € (Tab. 3), 8,03 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (253,8 Mrd. €) bzw. 1.985 € pro Kopf (Bevölkerung: 10.263.414).

Tabelle 3 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Belgien 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	20,37 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	253,80 Mrd. €
Bevölkerung	10.263.414
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	8,03 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	1.985 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

Aus dem Globalbeitrag wurde 2001 dem Gesundheitswesen ein Betrag von 16,85 Mrd. € zur Verfügung gestellt. Rentner zahlten 0,54 Mrd. €. Über zweckgebundene Steuern und aus anderen Quellen flossen 1,03 Mrd. € in das Gesundheitswesen. Insgesamt beliefen sich die Einnahmen auf 18,43 Mrd. €.

Hiervon wurden rund 75 Prozent für Leistungen der Gesundheitsversorgung ausgegeben (13,77 Mrd. €) und 25 Prozent für Geldleistungen (Band II). Die Kosten der ambulanten Versorgung betragen 6,19 Mrd. €, die der Krankenhausversorgung 3,32 Mrd. €. Für Arzneimittel wurden 2,6 Mrd. € und für die häusliche und stationäre Pflege 1,66 Mrd. € ausgegeben.

Über den Fonds für Arbeitsunfälle (FAT) wurden zusätzlich 0,06 Mrd. € und über den Fonds für Berufskrankheiten (FMP) rund 0,01 Mrd. € der Leistungsausgaben übernommen, Verwaltungskosten sind hierbei nicht berücksichtigt.

Die Zuzahlungen der Patienten betragen 1,36 Mrd. €. Zusätzlich wurden rund 5,17 Mrd. € über die PKV und über Direktkäufe für die Gesundheitsversorgung ausgegeben.

3.6 Literaturverzeichnis

FMP (2001). Fonds des maladies professionnelles. Rapport Annuel 2001.

FAT (2002). Fonds des accidents du travail. Rapport general: Exercice 2002.

-
- INAMI (2001a). Institut national d'assurance maladie invalidite. Comptes de l'assurance soins de santé et indemnités - Exercice 2001.
- INAMI (2001b). Institut national d'assurance maladie invalidite. Rapport annuel 2001 de l'INAMI.
- INAMI (2001c). Institut national d'assurance maladie invalidite. Statistiques des Soins de Sante.
- INAMI (2002). Institut national d'assurance maladie invalidite. Statistiques des Soins de Sante.
- INAMI (2002a). Institut national d'assurance maladie invalidite. Cinquième partie: Les moyens fontionnement in: Rapport annuel 2002 de l'INAMI.
- MISSOC (2000). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Financing of Social Security. MISSOC Info 02/2000.
- MISSOC (2002a). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Health Care in Europe. MISSOC Info 03/2002.
- MISSOC (2003a). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Evolution of the Social Protection of the EU and EEA Member States. MISSOC-Info 02/2003.
- MISSOC (2004). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Between restructuration, rationalisation and solidarity. MISSOC-Info 01/2004.
- WHO (2000). World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care System in Transition: Belgium.

4 Dänemark

4.1 Struktur und Finanzierung

Im dänischen Gesundheitswesen wird die Kranken- und Pflegeversicherung überwiegend über Bundes- und Regionalsteuern, die Unfallversicherung durch Arbeitgeberbeiträge finanziert.

In den 14 übergeordneten Verwaltungsbezirken und in den Bezirken Kopenhagen und Frederiksberg wird die Gesundheitsversorgung zentral geplant, die Versorgung bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Unfallfolgen dezentral in den 273 Gemeinden durchgeführt. Damit wird die Gesundheitsversorgung von **drei Verwaltungsebenen organisiert**. Das Innen- und Gesundheitsministerium haben die Gesetzgebungsbefugnis. Sie definieren Ziele für die nationale Gesundheitspolitik und sind für die Überwachung des Gesundheitswesens zuständig. Die Gesetzgebungsbefugnis erstreckt sich auf die medizinischen Leistungserbringer, das medizinische Personal in Krankenhäusern und Apotheken sowie auf Regelungen bei Schwangerschaft und die Gesundheitsversorgung von Kindern.

Die zweite Ebene sind die 14 Verwaltungsbezirke zuzüglich Kopenhagen und Frederiksberg, die für das Krankenhauswesen zuständig sind. Für die Krankenhausversorgung in Kopenhagen und Frederiksberg gibt es Sonderregelungen.

Die Verwaltungsbezirke überwachen die medizinische Versorgung. Sie müssen alle vier Jahre Gesundheitsversorgungspläne vorlegen, mit denen der Erfolg der Gesundheitsversorgung kontrolliert wird. Darüber hinaus erlassen die Verwaltungsbezirke Durchführungs- und Organisationsverordnungen für die 273 Gemeinden.

Die Gemeinden führen die Vorgaben zur ambulanten Versorgung aus. Zu ihrer Verantwortung gehören z. B. die medizinische Versorgung in Schulen, die zahnärztliche Versorgung von Kindern und die häusliche und stationäre Pflege.

Jedes Jahr stimmen Bundesregierung und Verwaltungsbezirke den medizinischen Leistungskatalog und dessen Finanzierung (Steuersätze und Steuerarten) ab. Dabei wird auch festgelegt, mit welchen Steuermitteln sich die Bundesregierung an den Gesundheitsausgaben der Verwaltungsbezirke beteiligt, z. B. um Wartezeiten in Krankenhäusern zu reduzieren.

Das Ausmaß der medizinischen Versorgung wird durch die öffentliche Haushaltssituation bestimmt. Außerhalb des Budgets können keine Leistungen erbracht werden. So wird z. B. jährlich versucht, über Modifikationen des Vergütungssystems Budgetvorgaben einzuhalten. Die medizinische Versorgung erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip.

Der Krankenversicherungsschutz erstreckt sich auf die gesamte Bevölkerung. Es kann zwischen **zwei Versichertenkategorien** gewählt werden.

Versicherte in **Kategorie 1** sind in einem Hausarztsystem versichert ohne freie Arztwahl für ambulante, fachärztliche und stationäre Versorgung. Ausgenommen ist die zahnärztliche Versorgung. In dieser Kategorie müssen sich die Versicherten für einen bestimmten Hausarzt entscheiden, der frühestens nach sechs Monaten gewechselt werden kann. Dies ist ein Hausarztsystem. Der Hausarzt überweist Patienten zu Fachärzten, in ein Krankenhaus und verschreibt Arzneimittel. Versicherte dieser Kategorie müssen keine Zuzahlungen für die ambulante Versorgung leisten. Dieses Versicherungsmodell wurde 2002 von 97,6 Prozent der Bevölkerung gewählt.

In **Kategorie 2** besteht freie Arztwahl für Haus- und Fachärzte, allerdings verbunden mit Zuzahlungen bei ambulanter Versorgung. Ärzte, die Versicherte der Kategorie 2 behandeln, sind nicht an die amtlichen Gebührenordnungen gebunden. Die Differenz zwischen Behandlungskosten und amtlicher Gebührenordnung muss der Patient übernehmen.

Rentnern mit Einkünften unter einer bestimmten Schwelle wird ein Zuschuss gewährt, der 85 Prozent der Zuzahlungskosten abdeckt. Darüber hinaus kann Rentnern in einer schwierigen Lage eine persönliche Zulage gewährt werden,

um z. B. die Kosten für Arzneimittel zu decken. Auch im Rahmen der Mindestsicherung sind Zulagen zur Deckung der Zuzahlung bei zahnärztlichen Leistungen oder Arzneimitteln möglich.

Im amtlichen **Leistungs- und Gebührenkatalog** sind alle notwendigen ambulanten und stationären medizinischen Leistungen aufgeführt. Ambulant tätige Ärzte sind an diese amtlichen Gebührenordnungen gebunden, wobei es kleinere Unterschiede zwischen den einzelnen Verwaltungsbezirken gibt. Zusätzlich wird die Vergütung nach Vereinbarungen zwischen Ärzteverbänden und Verwaltungsbezirken ergänzt, z. B. für stationäre Einrichtungen und regionale Pflegedienste.

Die Vergütung von Allgemeinärzten setzt sich aus zwei Teilen zusammen, aus einer Pauschalvergütung für jeden eingeschriebenen Patienten und aus einer leistungsabhängigen Vergütung, die bei der Behandlung für Versicherte beider Kategorien in Rechnung gestellt wird. Fachärzte, Zahnärzte und andere Leistungserbringer erhalten nur eine leistungsabhängige Vergütung. Apotheker werden vom Innen- und Gesundheitsministerium zugelassen und sind an Regelungen und Vergütungen gebunden. Krankenhausärzte sind angestellt, d. h. sie erhalten ein monatliches Gehalt zuzüglich Extravergütungen.

Die **Krankenhausversorgung** ist Aufgabe der 14 Verwaltungsbezirke und der „Kopenhagen Hospital Cooperation“. Sie erfolgt im Regelfall ohne Zuzahlungen. Die meisten Krankenhäuser sind öffentliche Krankenhäuser. In Ausnahmefällen können auch private Spezialkliniken in Anspruch genommen werden.

Es besteht im begrenzten Umfang freie Krankenhauswahl. Da die Bettenzahl in den öffentlichen und zum Teil auch in den privaten Krankenhäusern begrenzt ist, gibt es Wartelisten mit Wartezeiten. Der Patient hat eine Behandlungsgarantie, nach der innerhalb einer bestimmten Frist eine stationäre Versorgung erfolgen sollte. Ist dies nicht möglich, sind Überweisungen in andere Verwaltungsbezirke und auch ins Ausland möglich, auch nach Deutschland. Die Kosten für die medizinische Versorgung außerhalb des eigenen Verwaltungsbezirks werden von den zuständigen Verwaltungsbezirken übernommen. Zum Abbau

von Wartezeiten werden den Verwaltungsbezirken von der Bundregierung Mittel zur Verfügung gestellt, auch um eine medizinische Versorgung in ausländischen Krankenhäusern zu ermöglichen.

4.2 Gesundheitsversorgung

Es gibt keine positive Definition des **Leistungskatalogs**. Bei einigen Behandlungen entscheidet der Arzt von Fall zu Fall, ob sie hilfreich und notwendig sind. Bestimmte Behandlungsformen sind aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen, z. B. Homöopathie und Fußreflexzonenmassage. Die Kosten von Physiotherapie und verschriebenen Arzneimitteln werden nur zum Teil vom öffentlichen Gesundheitssystem abgedeckt. Für Arzneimittel gibt es eine Positivliste.

Die **zahnärztliche Versorgung** umfasst prophylaktische Maßnahmen und konservierend-chirurgische Behandlung sowie bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich kieferorthopädische Behandlung. Versicherte in beiden Kategorien müssen eine Zuzahlung in Höhe von 35 bis 60 Prozent für die in der Gebührenordnung aufgeführten Leistungen und in Höhe von 100 Prozent für dort nicht aufgeführte Leistungen erbringen. Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren ist zahnärztliche Behandlung einschließlich präventiver und kieferorthopädischer Behandlung frei. Auch Behinderte sind teilweise von der Zuzahlung befreit.

Zahnersatz gehört nicht zum Leistungskatalog.

Innerhalb der Wohnregion besteht freie Wahl unter den regionalen öffentlichen **Krankenhäusern**, zugelassenen privaten Einrichtungen sowie privaten Vertragskliniken. Mit Zustimmung der regionalen Gesundheitsbehörden kann der Patient auch ein nicht zugelassenes privates Krankenhaus in Dänemark oder im Ausland aufsuchen, falls die Wartezeit nach der Überweisung in ein öffentliches regionales Krankenhaus mehr als zwei Monate beträgt.

Bei stationärem Aufenthalt in öffentlichen Krankenhäusern, zugelassenen privaten Einrichtungen und privaten Vertragskliniken ist keine Zuzahlung erforder-

lich. Bei Aufenthalt in nicht zugelassenen privaten Kliniken muss der Patient die Kosten in voller Höhe übernehmen, außer wenn das öffentliche Krankenhaus die Unterbringung in der Privatklinik anordnet oder der Patient länger als zwei Monate auf einen elektiven Eingriff gewartet hat.

Seit Juli 2002 werden vom Gesundheitsministerium Informationen zu **Wartezeiten** für 131 Untersuchungen, Behandlungen und Operationen nach Krankenhaus im Internet zur Verfügung gestellt. Ebenfalls seit Juli 2002 haben Patienten, die länger als zwei Monate auf einen elektiven Eingriff warten, Anspruch auf Behandlung in einer Privatklinik oder in einem Krankenhaus in Schweden oder in Deutschland.

Es gibt eine Positivliste für **Arzneimittel**. Die Zuzahlung des Patienten ist abhängig von seinen Ausgaben für gelistete Arzneimittel (Positivliste) während eines Jahres. Bei Ausgaben bis zu 70 € beträgt die Zuzahlung 100 Prozent (50 Prozent für Personen unter 18 Jahre), bei Ausgaben zwischen 70 € und 169 € 50 Prozent, bei Ausgaben zwischen 169 € und 396 € 25 Prozent und bei Ausgaben über 396 € 15 Prozent. Die Gemeinden können in besonderen Fällen einen Beitrag zu den Kosten für nicht in der Liste aufgeführte Arzneimittel oder bei besonders teuren Arzneimitteln zusätzlich einen höheren Satz leisten und die Kosten bei sterbenden Patienten voll übernehmen sowie bei laufenden Zuzahlungen, die über 511 € im Jahr hinausgehen, die Kosten der Arzneimittel voll übernehmen.

Im Rahmen einer Krankenhausbehandlung erhält der Patient alle **Heilmittel** ohne Zuzahlung. Bei ärztlich verordneter chiropraktischer und physiotherapeutischer Behandlung sowie bei Fußpflege trägt der Patient einen Teil der Kosten. Dies gilt für Versicherte beider Kategorien. Eine Ausnahme gibt es für Personen mit schweren Körperbehinderungen.

Patienten im Krankenhaus erhalten die erforderlichen **Hilfsmittel** ohne Zuzahlung. Benötigen Behinderte Hilfsmittel nur für eine bestimmte Zeit, erhalten sie die Hilfsmittel vom Krankenhaus. Sehhilfen für Personen über 16 Jahre gehören nicht zum Leistungskatalog.

Transport- und Fahrtkosten werden mit Ausnahme von Rettungsfahrten nicht übernommen. Eine teilweise Kostenübernahme für den Transport zum Arzt oder Krankenhaus ist für Rentenempfänger, die in Kategorie 1 versichert sind, sowie in bestimmten anderen Fällen möglich. Für stationäre Rehabilitation gelten die gleichen Regelungen wie für Krankenhausbehandlung. Auf ärztliche Verordnung wird zuzahlungsfreie Krankenpflege gewährt. Ärztlich verordnete psychologische Behandlung gehört zum Leistungskatalog, verbunden mit Zuzahlungen.

28 Prozent der Bevölkerung haben eine **private Krankenversicherung**, z. B. um Leistungsausschlüsse und Zuzahlungen abzusichern. Dennoch wird der größte Teil der Leistungsausschlüsse und Zuzahlungen durch den Patienten direkt abgedeckt.

4.3 Versorgung im Pflegefall

Die Pflege ist kein eigenständiges Sozialversicherungssystem. Pflegeleistungen werden durch die Krankenversicherung und die Sozialdienste finanziert, primär über Steuern der Gemeinden.

Anspruchsberechtigt ist die gesamte Bevölkerung, ohne Altersbegrenzungen und ohne Vorversicherungszeiten. Pflegeleistungen werden erbracht, wenn aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung eine eigenständige Körperpflege, Haushaltsführung, wenn Besorgungen und weitere lebensnotwendige Verrichtungen nicht mehr möglich sind.

Pflegeleistungen werden nach Einzelfallprüfung gewährt. 2002 gab es 699.500 Personen über 66 Jahre. Davon erhielten 173.500 häusliche Pflege, 62.500 lebten in Altenheimen und anderen stationären Pflegeeinrichtungen.

Zum Leistungskatalog zählen Körperpflege, häusliche Hilfe und Hilfe für eine Person zur Aufrechterhaltung von Fähigkeiten (Rehabilitation). In einigen Fällen wird eine Begleitperson gestellt, bei schwerbehinderten Personen für 15 Stunden im Monat.

Teilstationäre Pflege kann für Behinderte oder Sterbende gewährt werden. Stationäre Pflege erfolgt in Heimen oder in behinderten- oder altersgerechten Wohnungen. Die Pflegebedürftigen zahlen die Miete für die Unterbringung selbst. Darüber hinaus müssen sie die Kosten für Heizung, Strom, Mahlzeiten und Wäscherei tragen. Einkommensschwache erhalten Zuschüsse der Gemeinde. Weitere Leistungen sind Wohnungsanpassung und Bereitstellung spezieller Vorrichtungen, Vertretung und Entlastung einer Person, die ihren Ehepartner oder einen nahen Verwandten zu Hause pflegt, im Bedarfsfall rund um die Uhr.

4.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Zuständig für die Unfallversicherung ist das Amt zur Regulierung von Berufsschäden (Arbejdsskadestyrelsen) und die Anstalt für Berufskrankheiten (Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring). Die Aufsicht führt das Ministerium für Beschäftigung (Beskæftigelesministeriet). Die Ausgaben der Unfallversicherung werden über risikoabhängige Beiträge der Arbeitgeber finanziert.

In der Unfallversicherung versichert sind alle Arbeitnehmer sowie bestimmte Selbstständige in Fischerei und Schifffahrt, Praktikanten und Auszubildende sowie Kinder mit besonderen Krankheiten. Gedeckt sind Unfälle am Arbeitsplatz, Wegeunfälle und Berufskrankheiten.

Medizinische Leistungen, die aufgrund von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten erforderlich sind, werden durch die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung erbracht und finanziert. Ein Teil der Kosten wird von der Unfallversicherung übernommen. Darüber hinaus übernimmt die Unfallversicherung die Kosten für Hilfsmittel wie Prothesen, künstliche Gliedmaßen, orthopädische Hilfsmittel und Rollstühle. Die Gesundheitsleistungen werden für unbegrenzte Dauer erbracht. Im Anschluss an die Heilbehandlung kann eine Umschulung auf Kosten der Unfallversicherung durchgeführt werden.

Leistungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation werden von der Renten- bzw. Invaliditätsversicherung erbracht.

Als Arbeitsunfall gilt eine Verletzung, die durch einen Unfall oder durch schädliche Einwirkungen bei der Arbeit plötzlich oder innerhalb von fünf Tagen auftritt. Es gibt eine Liste der amtlich anerkannten Berufskrankheiten und plötzlich auftretende Unfälle durch Hebebewegungen. Das System ist eine Mischung aus Listen- und Nachweissystem.

Die Kosten von Prothesen, künstlichen Gliedmaßen, orthopädischen Hilfsmitteln und Rollstühlen werden von der Unfallversicherung übernommen und für unbegrenzte Zeit gewährt.

4.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

2001 beliefen sich die Gesamtausgaben auf 16,06 Mrd. € (Tab. 4). Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt von 177,9 Mrd. € waren dies 9,03 Prozent. Pro Kopf beliefen sich die Gesundheitsausgaben auf 3.002 € (Bevölkerung: 5.349.212).

Tabelle 4 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Dänemark 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	16,06 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	177,90 Mrd. €
Bevölkerung	5.349.212
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	9,03 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	3.002 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

Tabelle 5 zeigt die Ausgaben des dänischen Gesundheitswesens nach Ausgabenträger und Verwendung.

Tabelle 5 Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in Dänemark nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001

Beschreibung	Mrd. €
Gesundheitsversorgung	8,59
Ambulante und stationäre Versorgung	7,67
Pharmazeutische Produkte	0,72
Andere Bereiche	0,20
Unfallversicherung	2,00
Versorgung im Pflegefall	3,13
Private Krankenversicherung	0,13
Patienten	2,21
Zuzahlungen	0,85
Direktkäufe	1,36
Insgesamt	16,06

Quelle: Danmark Statistik (2003).

4.6 Literaturverzeichnis

Danmarks Statistik (2003). Danmark Social conditions, health and justice. Yearbook 2003.

MIH (2003). Ministry of the Interior and Health. Health care in Denmark.

MISSOC (2000). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Financing of Social Security. MISSOC Info 02/2000.

MISSOC (2002). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Health Care in Europe. MISSOC Info 03/2002.

MISSOC (2003). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Evolution of the Social Protection of the EU and EEA Member States. MISSOC-Info 02/2003.

- OECD (1999). Organisation for Economic Co-operation and Development. Country Study Denmark. SHA-based Health Accounts in 13 OECD Countries.
- WHO (2001). World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care System in Transition: Denmark.

5 Deutschland

5.1 Struktur und Finanzierung

Leistungen im Gesundheitswesen werden durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die Private Krankenversicherung (PKV), die Soziale Pflegeversicherung (SPV), die Gesetzliche Unfallversicherung (GUV), die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV), über Zuzahlungen des Patienten, über Steuern und Arbeitgeber finanziert.

Gesundheitsversorgung im Sinne einer Krankenversicherung wird durch GKV, PKV und Dritte bereitgestellt, z. B. durch private und gemeinnützige Organisationen und die öffentliche Hand, welche die Leistungsausgaben im Rahmen der freien Heilfürsorge und durch die Beihilfe für Beamte teilweise übernimmt. 2004 waren 70,4 Millionen Personen in der GKV und SPV versichert. In der PKV gab es 8,1 Millionen Vollversicherte und 9 Millionen Pflegeversicherte. Über Träger außerhalb von GKV und PKV waren rund 4 Millionen gegen Krankheitsrisiken versichert. 0,3 Prozent der Bevölkerung sind nicht krankenversichert.

Die GUV ist im SGB VII geregelt, die Finanzierung erfolgt durch Arbeitgeberbeiträge. Die Ausgaben der GRV werden zu 70 Prozent über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge und zu 30 Prozent über Steuern finanziert. Ein Teil der Finanzmittel (4,09 Mrd. €) wird zur medizinischen Rehabilitation (ohne Geldleistungen) eingesetzt.

Träger der GKV sind die Primärkassen und die Ersatzkassen. **Primärkassen** sind Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK), Seeskrankenkasse und Bundesknappschaft. **Ersatzkassen** gibt es für Angestellte und Arbeiter. Im April 2005 gab es 266 Primär- und Ersatzkassen.

Die GKV ist durch das Prinzip der Selbstverwaltung geprägt. Die Gesundheitsversorgung wird durch das Zusammenwirken aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten sichergestellt. Der Staat setzt die Rahmenbedingungen. Ge-

setzesgrundlage der GKV ist das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Reichsversicherungsordnung (RVO) enthält die Vorschriften über die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Die Sozialgesetzbücher I, IV, IX und X regeln allgemeine und gemeinsame Vorschriften, Rehabilitation, Verwaltungsverfahren und die Zusammenarbeit mit medizinischen Leistungserbringern.

Patienten können zwischen Allgemeinärzten, Fachärzten und Krankenhäusern frei wählen, vorausgesetzt, sie haben sich nicht in einem Hausarztmodell eingeschrieben.

Aufgaben der GKV sind Vorbeugung, Behandlung, medizinische Rehabilitation und Früherkennung von Krankheiten. Für fast alle in der GKV Versicherten gilt das Sachleistungsprinzip. Die Krankenkassen schließen mit den Leistungserbringern bzw. ihren Vertretungen (KV, KZV) Verträge, nach denen die Versicherten im Krankheitsfall zu Lasten der Krankenkasse behandelt werden.

Kostenerstattung kann unter bestimmten Voraussetzungen gewählt werden. Beim Kostenerstattungsprinzip erhält der Patient eine Rechnung, begleicht diese Rechnung und reicht die Rechnung bei seiner Krankenkasse ein, die dem Versicherten die Kosten mit einem Abschlag zurückerstattet. Kostenerstattung ist Prinzip in der privaten Krankenversicherung.

Die GKV ist eine **Solidargemeinschaft**, die nach dem Umlageverfahren finanziert wird. Das Solidaritätsprinzip ist gekennzeichnet durch eine einkommensabhängige, paritätische Beitragsbemessung und eine beitragsfreie Familienversicherung. Durch die Solidarität soll sichergestellt werden, dass kein Versicherter wegen Krankheit finanziell überlastet wird.

Die **Versicherungspflicht** erstreckt sich auf folgende Personengruppen: Arbeitnehmer und Auszubildende, Arbeitslose, land- und forstwirtschaftliche Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen, Künstler und Publizisten, Studierende, Rentner und Rentenantragsteller. Angestellte und Arbeitnehmer sind nur solange pflichtversichert wie ihr Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze von 46.800 € (2005) nicht überschreitet.

Von der Versicherungspflicht befreit sind Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt sowie Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche, Lehrer an privaten Ersatzschulen, Personen in beamtenähnlichen Stellungen, Pensionäre (ehemalige Beamte), Mitglieder geistlicher Genossenschaften sowie Selbstständige außer Landwirten und Künstlern. Beitragsfrei sind ebenfalls diejenigen versichert, die eine geringfügige Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt von monatlich weniger als 400 € ausüben.

Für einige Personengruppen besteht die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV. Dies gilt für Arbeitslose, Rentenantragssteller, Studenten und Praktikanten, Arbeitnehmer, die aufgrund der Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV oder die aufgrund anderer Kriterien versicherungspflichtig werden, ursprünglich aber privat krankenversichert waren.

In der GKV können sich diejenigen Personen freiwillig versichern, für die keine Versicherungspflicht vorliegt bzw. die aus der beitragsfreien Familienversicherung ausscheiden.

Beitragsfrei in der **Familienversicherung** mitversichert sind Ehegatten und Kinder, wenn sie nicht selbst Einkünfte von mehr als 345 € monatlich erzielen. Hauptberuflich selbstständige Ehegatten und Kinder können nicht in der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert werden, auch nicht Personen, die sich von der Beitragspflicht haben befreien lassen. Kinder sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs mitversichert, wobei die Altersgrenze bis auf 25 Jahre erhöht werden kann, wenn sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr ableistet. Die Jahreshöhen der Kinder erhöhen sich durch die gesetzliche Dienstpflicht, z. B. Wehr- oder Zivildienst. Behinderte Kinder sind bei bestimmten Voraussetzungen ohne Altersgrenze beitragsfrei mitversichert.

Die Finanzierung der GKV erfolgt überwiegend durch **Beiträge**. Hierzu müssen die Krankenkassen jährlich die zu erwartenden Einnahmen und Ausgaben in einem Haushaltsplan zusammenstellen. Hieraus ergibt sich der Beitragssatz,

mit dem die Krankenkasse ihre Mitglieder belastet. Zuschüsse aus Steuermitteln wie bei der Gesetzlichen Rentenversicherung gibt es nicht. Eine Ausnahme ist der Altenteiler in der Landwirtschaft, bei dem Zuschüsse aus Steuern gezahlt werden, wenn die Leistungsaufwendungen nicht durch Beiträge des Altenteilers gedeckt werden können.

Die Beiträge werden nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben, die sich 2005 auf 42.300 € beläuft.

Die **beitragspflichtigen Einnahmen** sind das Arbeitsentgelt (Bruttolohn und Bruttogehalt), der Zahlbetrag der Rente aus der GRV, der Zahlbetrag der Rente vergleichbarer Einnahmen (Versorgungsbezüge) sowie das Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, soweit es neben einer Rente der GRV oder neben Versorgungsbezügen erzielt wird. Das Vorruhestandsgeld steht dem Arbeitsentgelt gleich. Alle anderen Einkünfte, z. B. Einkünfte aus Kapitalvermögen und aus selbstständiger Tätigkeit sowie sonstige Einkünfte, bleiben bei Nicht-Rentnern bzw. Nicht-Pensionären unberücksichtigt.

Erzielen Rentner neben ihrer Altersrente oder sonstigen Renten Arbeitsentgelt unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze von 400 €, so bleibt dieses Arbeitsentgelt unberücksichtigt. Darüber hinaus gehendes Arbeitsentgelt wird mit Beiträgen belastet, höchstens aber zusammen mit den Renteneinkünften bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Für freiwillig Krankenversicherte ist die Beitragsbemessung durch die Satzung der Krankenkasse festgelegt. Freiwillig Versicherte werden im Ausmaß ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zur Beitragsbemessung herangezogen. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit umfasst alle Einkünfte, die das Mitglied zur Bestreitung des Lebensunterhalts erzielt, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Hierzu zählen auch geringfügig entlohnte Beschäftigungen unter 400 € und Unterhaltszahlungen geschiedener Ehegatten, Einkünfte aus Kapitalvermögen und anderen Einkunftsquellen. Die Mindestbemessungsgrundlage für freiwillige Mitglieder beläuft sich seit dem 1. Januar 2004 auf 805 € monatlich. Für freiwillige Mitglieder, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind,

gelten als monatliche Bemessungsgrundlage 3.525 €. Bei Nachweis geringerer Einkünfte werden die geringeren Einkünfte der Beitragsbemessung zu Grunde gelegt.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus der Multiplikation der Bemessungsgrundlage mit dem Beitragssatz der Krankenkasse. Bei einem Beitragssatz von 14 Prozent beträgt der monatliche Mindestbeitrag eines freiwilligen Mitglieds 113 €, bei der Bemessungsgrundlage von 3.525 € sind es 494 €.

So werden auch die beitragspflichtigen Einnahmen von Selbstständigen ermittelt. Selbstständige zahlen Beiträge höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Die meisten Mitglieder unterliegen dem allgemeinen **Beitragssatz** ihrer Krankenkasse. 2004 betrug der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz aller gesetzlichen Krankenkassen 14,2 Prozent.

Wehr- und Zivildienst Leistende sowie Studenten und Praktikanten zahlen einen geringeren Beitrag.

Einen erhöhten Beitragssatz müssen diejenigen Mitglieder zahlen, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Lohnfortzahlungsanspruch von sechs Wochen gegenüber ihrem Arbeitgeber haben oder die bei Krankheit keine Entgeltersatzleistungen aus dem Sozialversicherungssystem erhalten.

Ein ermäßigter Beitragssatz wird von denjenigen gefordert, die über keinen Anspruch auf Krankengeld durch die GKV verfügen.

Der allgemeine Beitragssatz einer Krankenkasse gilt nicht für Empfänger von Arbeitslosengeld II. Für diese Personen gilt der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zum 1. Oktober eines Jahres feststellt.

Seit dem 1. Juli 2005 müssen Mitglieder der GKV einen neuen Beitragssatz zahlen, der in § 241 a SGB V als **zusätzlicher Beitragssatz** bezeichnet wird. Dieser zusätzliche Beitragssatz beläuft sich auf 0,9 Prozent der beitragspflichti-

gen Einkünfte. Die zusätzlichen Beiträge sind allein vom Mitglied zu zahlen. Der Arbeitgeber wird nicht beteiligt. Gleiches gilt für Rentner und Pensionäre, die den zusätzlichen Beitrag aus ihrer Rente oder aus ihren Pensionseinkünften zu zahlen haben. Damit wird die paritätische Finanzierung der GKV zum Teil aufgehoben. Mit den zusätzlichen Einnahmen sollen die Kosten des Krankengeldes und des Zahnersatzes finanziert werden.

Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen die Beiträge zur GKV paritätisch. Ausnahmen liegen für geringfügig Beschäftigte, für den zusätzlichen Beitragssatz und für Einkünfte in der Gleitzone von 400 bis 800 € vor.

Die Beiträge für Wehr- und Zivildienst Leistende werden vom Bund getragen. Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld und Eingliederungsgeld, Sonderregelungen bestehen für die Bezieher von Kurzarbeiter- und Winterausfallgeld. Die Träger von Rehabilitationsmaßnahmen tragen die Beiträge der Personen, für die sie berufsfördernde Maßnahmen durchführen. Pflichtversicherte Studenten und Praktikanten tragen ihren Beitrag selbst.

Rentner und Träger der Rentenversicherung tragen den Beitrag zur GKV zur Hälfte, mit Ausnahme des zusätzlichen Beitragssatzes, der allein vom Rentner getragen wird. Die aus den sonstigen beitragspflichtigen Einkünften des Rentners (Versorgungsbezüge oder Arbeitseinkommen) resultierenden Beiträge muss der Rentner selbst übernehmen, wobei der halbe Beitragssatz seiner Krankenkasse gilt.

Die in der landwirtschaftlichen Krankenkasse Versicherten tragen ihre Beiträge zur GKV selbst, wobei die Beiträge nach Beitragsklassen in Anlehnung an den Flächenwert des landwirtschaftlichen Unternehmens gebunden sind. Für die hauptberuflich in landwirtschaftlichen Unternehmen mitarbeitenden Familienangehörigen zahlt der landwirtschaftliche Unternehmer den Beitrag gemäß den Beitragsklassen.

Freiwillig versicherte Rentner tragen ihren Beitrag selbst, erhalten jedoch ebenso wie privat krankenversicherte Rentner einen Beitragszuschuss vom Träger der Rentenversicherung bis zur Höhe des halben durchschnittlichen Beitragssatzes. Für freiwillig versicherte Rentner kommen bei der Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage dieselben Vorschriften wie für andere freiwillig Versicherte und für Selbstständige zur Anwendung. Insbesondere werden Miet- und Kapitaleinkünfte zur Beitragsbemessung herangezogen.

Für freiwillig in der GKV versicherte Personen zahlen Arbeitgeber Zuschüsse bis zur Hälfte des Beitrags, der für versicherungspflichtige Beschäftigte zu zahlen wäre.

Ähnlich wird bei den Beitragszuschüssen zur PKV verfahren, wobei der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der GKV als Berechnungsgrundlage zugrunde gelegt wird. Allerdings wird der Beitragszuschuss des Arbeitgebers zur PKV nur dann gezahlt, wenn der privat Versicherte mit dem Leistungskatalog der GKV vergleichbare Leistungen abgesichert hat (Standardtarif).

Beamte, die in der GKV freiwillig versichert und beihilfeberechtigt sind, erhalten von ihrem Dienstherrn keinen Beitragszuschuss.

Ein wichtiges Organisationsprinzip der GKV mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität ist die **globale Ausgabensteuerung** über Budgetierung. Dadurch sollen Anreize geschaffen werden, Einsparmöglichkeiten und Rationalisierungsreserven auszuschöpfen, um eine wirtschaftliche medizinische Versorgung zu gewährleisten, um die Belastung der Beitragszahler zu begrenzen. Die Budgetierung spielt vor allem eine Rolle beim Abschluss von Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.

Die globale Ausgabensteuerung gilt nicht für alle Leistungsbereiche, z. B. nicht für Arzneimittel und nicht für Direktverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wie Krankenhäusern.

Die **Vergütung** der Leistungserbringer ist nach unterschiedlichen Mechanismen ausgestaltet. Im ambulanten Bereich rechnen beispielsweise die Vertragsärzte

mit ihren Kassenärztlichen Vereinigungen die Leistungen ab. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wiederum erhalten Globalbeträge von den Krankenkassen. Die Verträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen werden durch Bundesmantelverträge und Gesamtverträge geregelt. Neben der Vergütung der Vertragsärzte stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung flächendeckend sicher.

Werden Patienten nach dem Sachleistungsprinzip behandelt, so werden die Leistungen der Ärzte über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet. Der EBM wird auf der Bundesebene von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart. Er ist ein bundeseinheitliches Verzeichnis aller abrechenbaren Leistungen, die mit einer Punktzahl bewertet sind. Die von einem Arzt abgerechneten Punkte werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet, wobei die Gesamtvergütung der Krankenkassen anteilig bezogen auf die abgerechneten Punkte auf alle Ärzte verteilt wird.

Patienten, für die das Kostenerstattungssystem gilt, vor allem PKV-Versicherte, rechnen die medizinischen Leistungen direkt mit dem behandelnden Arzt oder einem anderen Leistungserbringer ab. Die abgerechnete Leistung ergibt sich aus der Gebührenordnung der Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ / GOZ). Die GOÄ / GOZ ist ein amtliches Gebührenverzeichnis, wobei die privat liquidierenden Ärzte Steigerungsfaktoren bis zum 3,5-fachen der in der GOÄ / GOZ verzeichneten Beträge anwenden können. Für GKV-Versicherte mit gewählter Kostenerstattung gelten Sonderregelungen.

Seit dem 1. Januar 2004 haben die Krankenkassen die Möglichkeit, **Direktverträge** mit Leistungserbringern abzuschließen. Dies hat zur Folge, dass die Krankenkasse die Leistungserbringer ohne Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigung direkt vergütet. Mit den Direktverträgen soll der Wettbewerb im Gesundheitswesen verstärkt werden. Direktverträge können im Hausarztssystem, im Rahmen der integrierten Versorgung und bei der Teilöffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung abgeschlossen werden.

Bei der integrierten Versorgung handelt es sich um einen Zusammenschluss von unterschiedlichen medizinischen Leistungserbringern, z. B. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Reha-Einrichtungen, mit dem Ziel, eine koordinierte und qualitätsgesicherte Versorgung zu erbringen. Die Teilöffnung der Krankenhäuser zielt darauf ab, ambulante Versorgungsangebote für ausgewählte Indikationen auch im Krankenhaus anzubieten.

Seit 2004 werden die in Krankenhäusern erbrachten Leistungen nach dem **Fallpauschalensystem** Diagnosis Related Group (DRG) vergütet. Die leistungsbezogene Pauschalvergütung bedeutet, dass einzelne Leistungen unabhängig von der Verweildauer und dem individuellen Behandlungsaufwand eines Patienten pauschal vergütet werden, nach einem Katalog, der 2005 rund 880 Abrechnungspositionen umfasst. Zusätzlich können rund 70 Zusatzentgelte zu einer Fallpauschale abgerechnet werden.

Zum **Leistungskatalog** zählen die im SGB V aufgeführten Leistungen, Satzungsleistungen sowie in Verzeichnissen aufgeführte Leistungen. Darüber hinaus gibt es die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Die Kosten dieser Leistungen hat der Patient selbst zu tragen.

Die Inanspruchnahme eines Teils der Leistungen ist mit **Zuzahlungen** verbunden. Für bestimmte Leistungsbereiche muss eine feste Gebühr entrichtet werden, z. B. bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung. In anderen Bereichen muss der Patient eine prozentuale Zuzahlung leisten, z. B. bei Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln. Kinder und Jugendliche sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres von Zuzahlungen befreit. Für Erwachsene ist eine Befreiung von Zuzahlungen in Härtefällen nicht mehr möglich. Jeder erwachsene Versicherte muss bis zu einer **Belastungsgrenze** Zuzahlungen leisten. Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, bei chronisch Kranken 1 Prozent. Erst bei Überschreiten dieser Grenze ist der Patient von Zuzahlungen für den Rest des Kalenderjahres befreit. Bei Früherkennungsuntersuchungen sind keine Zuzahlungen zu leisten,

bei Bonusmodellen kann die Krankenkasse eine Zuzahlungsermäßigung anbieten.

5.2 Gesundheitsversorgung

Bei der **hausärztlichen Versorgung** besteht freie Wahl unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Bei vertragsärztlicher Versorgung muss der Patient für jede erste Inanspruchnahme eines niedergelassenen Kassenarztes eine Praxisgebühr in Höhe von 10 € im Quartal entrichten, auch bei Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes. Keine Praxisgebühr muss gezahlt werden bei Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie bei Schutzimpfungen. Außerdem wird keine Praxisgebühr fällig, wenn die Überweisung eines anderen Arztes aus dem gleichen Quartal vorliegt. Für Heilmittel als Bestandteil der ärztlichen Behandlung ist eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent, mindestens 5 €, höchstens 10 € zu leisten. Es besteht freier Zugang zu allen **Fachärzten**, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Bei zahnmedizinisch konservierender und chirurgischer Versorgung werden die Kosten vollständig übernommen. Der Patient zahlt eine Praxisgebühr in Höhe von 10 € im Quartal für jede erste Inanspruchnahme eines niedergelassenen **Zahnarztes**. Keine Praxisgebühr ist fällig bei Kontrolluntersuchungen einschließlich Zahnstein-Entfernung. Für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gibt es ein umfassendes System von Prophylaxemaßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Ebenso werden für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr kieferorthopädische Behandlungen übernommen.

Seit dem 1. Januar 2005 werden für **Zahnersatz** befundbezogene Festzuschüsse von der Krankenkasse an den Zahnarzt gezahlt. Die Befunde, für die Festzuschüsse gewährt werden, sind in Richtlinien festgelegt. Die Höhe der Festzuschüsse wird jedes Jahr neu ermittelt und beträgt 50 Prozent der Kosten, die für notwendige Leistungen in der Regelversorgung entstehen. Die bisheri-

gen Bonusregelungen bleiben unberührt. Damit können Versicherte, die während der letzten 5 bis 10 Jahre jedes Jahr zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben, bis zu 65 Prozent der Kosten der Regelversorgung für Zahnersatz als Zuschuss erstattet bekommen. Die Differenz, d. h. 50 bis 35 Prozent der Kosten, muss der Patient selbst tragen, wie Leistungen, die über die Regelversorgung hinaus gehen.

Es besteht freie Wahl unter den zugelassenen **Krankenhäusern**. Krankenhausbehandlung erfordert die Einweisung durch einen Arzt. Die Kosten für ein Mehrbettzimmer werden von der GKV vollständig übernommen mit Ausnahme einer Zuzahlung von 10 € je Tag bis zu 28 Tagen im Kalenderjahr. Für Kinder entfällt die Zuzahlung.

Es gibt eine **Negativliste für Arzneimittel**, d. h. bestimmte Arzneimittel (Bagatellarzneimittel, unwirtschaftliche Arzneimittel, Lifestyle-Präparate) werden unabhängig davon, ob sie rezeptpflichtig oder freiverkäuflich sind, nicht von den Krankenkassen erstattet. Darüber hinaus werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel grundsätzlich nicht mehr erstattet. Ausgenommen sind Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen sowie Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln beträgt die Zuzahlung der Versicherten 10 Prozent des Preises, mindestens 5 € und höchstens 10 € je Arzneimittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Arzneimittels. Soweit es sich um Festbetragsarzneimittel handelt, ist für die Höhe der Zuzahlung der Festbetrag maßgebend. Bei Verordnung von Arzneimitteln, deren Preis über dem Festbetrag liegt, muss der Versicherte zusätzlich zur Zuzahlung die Differenz zwischen Festbetrag und Arzneimittelpreis zahlen.

Heilmittel gehören zum Leistungskatalog der GKV. Der Patient muss eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent zuzüglich 10 € je Verordnung leisten.

Alle **Hilfsmittel**, die zu Lasten der GKV verordnet werden können, sind im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt. Wenn Festbeträge festgesetzt sind, werden die Kosten bis zu dieser Höhe übernommen. Die Preise werden mit den Leis-

tungserbringern vereinbart. Der Versicherte muss eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten für jedes Hilfsmittel leisten, mindestens 5 € und höchstens 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten des Hilfsmittels. Eine Ausnahme besteht für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind. Hier beträgt die Zuzahlung 10 Prozent je Verbrauchseinheit, aber höchstens 10 € im Monat.

Seit dem 1. Januar 2004 umfasst der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nur noch den Sehtest als ärztliche Leistung. Brillen werden bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und bei schwer sehbeeinträchtigten Patienten erstattet. Die Kosten für Hörgeräte werden bis zu einem Festbetrag übernommen, sofern eine ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe vorliegt. Die Festbeträge richten sich nach der Verstärkerleistung und den medizinisch notwendigen Ausstattungsmerkmalen. Für Jugendliche unter 18 Jahren werden auch die Kosten für Batterien des Hörgerätes übernommen. Bei Reparaturen und Wartungen muss keine Zuzahlung geleistet werden. Hilfsmittel wie z. B. Rollstühle, orthopädische Hilfsmittel und Prothesen zählen zum Leistungskatalog.

In bestimmten Fällen erfolgt eine Übernahme der Kosten von **Rettings- und Krankentransporten** zum Krankenhaus oder Arzt. Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent, mindestens 5 € und höchstens 10 € je Fahrt und nie mehr als die tatsächlichen Kosten. Fahrtkosten zur ambulanten Versorgung werden nicht von der Krankenkasse übernommen. Bei zwingenden medizinischen Gründen kann die Krankenkasse, nach vorheriger Genehmigung und abzüglich einer Zuzahlung von 5 € bis 10 €, die Fahrtkosten übernehmen. Fahrten zur ambulanten Versorgung werden für Versicherte verordnet und genehmigt, die

- über einen längeren Zeitraum nach einem vorgegebenen Therapieschema behandelt werden und durch die Krankheit so stark beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung unerlässlich ist
- einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (blind) oder H (hilflos) haben

- die Pflegestufe II oder III nachweisen können.

Es erfolgt eine vollständige Kostenübernahme bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen bei einer Zuzahlung der Versicherten von 10 € je Tag, begrenzt auf höchstens 28 Tage im Jahr. Erfolgt eine Anschlussheilbehandlung unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, wird die bis dahin geleistete Zuzahlung auf diesen Aufenthalt angerechnet.

Im Rahmen der **häuslichen Krankenpflege** zählen die Grund- und Behandlungspflege und die hauswirtschaftliche Versorgung zum Leistungskatalog der GKV. Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent der täglichen Kosten für die ersten 28 Tage im Kalenderjahr zuzüglich 10 € je Verordnung. In besonderen Fällen stellt die GKV eine Haushaltshilfe (Ersatzkraft) bzw. übernimmt die Kosten für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe. Die Zuzahlung beträgt in diesen Fällen 10 Prozent der täglichen Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 € und nie mehr als die tatsächlichen Kosten.

Die psychotherapeutische Behandlung durch zugelassene Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird von der GKV übernommen. Die Behandlung muss jedoch vor Beginn bei der Krankenkasse beantragt und von dieser genehmigt werden. Der Patient zahlt die Praxisgebühr in Höhe von 10 €. Bei Vorliegen einer Überweisung entfällt die Praxisgebühr.

2003 gab es 49 **private Krankenkassen**. Bei diesen Unternehmen waren rund 16 Millionen Personen versichert, davon 8,11 Millionen mit einer Vollversicherung. 2003 wechselten 338.300 Personen von der GKV in die PKV, 130.400 von der PKV in die GKV, ein Nettozugang von 208.000 Personen bei der PKV.

Die PKV bietet u. a. einen Standardtarif für ausgewählte Personengruppen, Zusatzversicherungen für GKV-Versicherte, Vollkrankenversicherung und Krankenhausversicherung an. Im Gegensatz zur GKV werden die Beiträge nach risikoabhängigen Kriterien ermittelt, d. h. beim Eintritt in die PKV werden Alter, Gesundheitszustand und weitere Kriterien zur Bestimmung der Prämienhöhe herangezogen.

Die PKV kennt keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Jede Person wird im Ausmaß ihres Gesundheitsrisikos versichert.

2003 betragen die Beitragseinnahmen der PKV 24,74 Mrd. €. Hiervon entfielen u. a. 70,8 Prozent auf die Vollversicherung, 7,5 Prozent auf die Pflegeversicherung, 4,2 Prozent auf die Krankentagegeldversicherung und 17,5 Prozent auf weitere Versicherungen wie z. B. die selbstständige Krankenhaustagegeldversicherung.

2003 betragen die Ausgaben der PKV 27,25 Mrd. €. Davon entfielen 15,81 Mrd. € auf die Leistungsauszahlung an Versicherte, 0,23 Mrd. € wurden in Schadensrückstellungen eingestellt, 2,38 Mrd. € in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung und 8,8 Mrd. € in die Alterungsrückstellung.

5.3 Versorgung im Pflegefall

Die **Soziale Pflegeversicherung** ist ein eigenständiges Sozialversicherungssystem. Sie wurde 1994 eingeführt.

Die Träger der Sozialen Pflegeversicherung sind die **Pflegekassen**, Körperschaften des öffentlichen Rechts. Pflegekassen werden von den Krankenkassen errichtet und verwaltet. Die Pflegekassen schließen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit Trägern von teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus haben die Pflegekassen die Aufgabe, die fachliche und menschliche Qualität der Pflege zu überwachen.

Die soziale Pflegeversicherung ist nach dem Umlageverfahren finanziert. Der **Beitragssatz** beträgt 1,7 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Mit Ausnahme von Sachsen werden die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. In Sachsen zahlen Arbeitnehmer 1,35 Prozentpunkte und Arbeitgeber 0,35. Für die anderen Personengruppen, z. B. für Arbeitslose, gelten dieselben Regelungen wie in der GKV.

Die Versicherungspflicht erstreckt sich auf die Pflichtmitglieder der GKV und auf Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz. Freiwillige Mitglieder der GKV sowie Personen, die weder Mitglied in der GKV noch privat krankenversichert sind, können zwischen den Pflegekassen und den privaten Pflegeversicherungen wählen.

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind nachrangig, d. h. sie werden nach den Pflegeleistungen der GUV, der Unfallversorgung und sonstiger Leistungsträger erbracht.

Die **private Pflegeversicherung** ist vor allem für alle PKV-Versicherten gesetzlich vorgeschrieben. Zum versicherungspflichtigen Personenkreis zählen neben den privat Krankenversicherten auch Beamte und Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften besoldet werden oder bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfen haben sowie Heilfürsorgeberechtigte, wie z. B. Berufssoldaten, Polizeibeamte, und Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahn.

Im Unterschied zur PKV sind in der privaten Pflegeversicherung die Kinder des Versicherten in der Regel beitragsfrei mitversichert. Hingegen gibt es keine beitragsfreie Mitversicherung für Ehe- und Lebenspartner. Die Leistungen der privaten Pflegeversicherung entsprechen denen der gesetzlichen Pflegekassen. Zwischen den privaten Pflegeversicherungen gibt es einen Risikostrukturausgleich.

Die Beiträge zur privaten Pflegeversicherung werden nach dem Kapitaldeckungsprinzip mit Altersrückstellungen kalkuliert. Es besteht Kontrahierungszwang. Es gibt keinen Ausschluss von Vorerkrankungen, keine Prämienhöhe über den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung (59,25 € monatlich), beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Kinder und Prämienvergünstigungen für nicht erwerbstätige Ehepartner.

Ebenso wie in der sozialen Pflegeversicherung zahlt der Arbeitgeber 50 Prozent der Prämie. Beamte erhalten keinen Prämienzuschuss.

Die Beitragseinnahmen der privaten Pflegepflichtversicherung beliefen sich 2003 auf 1,85 Mrd. €, die Ausgaben auf 0,52 Mrd. €. 1,98 Mrd. € wurden den Altersrückstellungen zugeführt.

Leistungsberechtigt sind alle Personen, die wegen einer körperlichen, seelischen oder geistigen Behinderung für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im täglichen Leben auf Dauer und regelmäßig in erheblichem Maß der Hilfe bedürfen. Auf Dauer pflegebedürftig ist eine Person, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich für mindestens sechs Monate besteht. Für kürzere Pflegebedürftigkeit werden von der sozialen Pflegeversicherung keine Kosten übernommen. Diese Regelung kann in Ausnahmefällen, z. B. bei Patienten im Endstadium einer Erkrankung, aufgehoben werden.

Es werden drei Stufen der Pflegebedürftigkeit unterschieden. Maßgebend für die Einordnung einer Person in eine **Pflegestufe** sind Art, Häufigkeit und Zeitaufwand für die benötigte Hilfe.

- Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige). Pflegebedürftige der Pflegestufe I benötigen mindestens einmal täglich Hilfe bei wenigstens zwei Verrichtungen aus dem Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Darüber hinaus erhalten sie mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Zur Pflegestufe I gehören auch diejenigen Personen, die zweimal täglich, z. B. am Morgen und am Abend, Hilfe benötigen.
- Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige). Pflegebedürftige der Pflegestufe II benötigen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität (morgens, mittags, abends). Darüber hinaus erhalten sie mehrmals in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.
- In Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind diejenigen Personen eingruppiert, die rund um die Uhr bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität hilfebedürftig sind. Der Hilfebedarf besteht bei diesen Personen auch regelmäßig in der Nacht. Zusätzlich erhalten sie in der Woche mehrmalige Hilfe bei hauswirtschaftlicher Versorgung.

Zum Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung zählt die **häusliche Pflege**, die als Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch ambulante Pflegeeinrichtungen oder Einzelpfleger erbracht wird. Erstattet werden die Kosten bis zu folgenden Werten: Pflegestufe I bis zu 384 €, Pflegestufe II bis zu 921 €, Pflegestufe III bis zu 1.432 € und in besonderen Härtefällen bis zu 1.918 €. Wird die häusliche Pflege von Familienangehörigen durchgeführt, erfolgt eine Einordnung in die drei Pflegestufen nach dem Zeitaufwand der Pflege. In der Pflegestufe I muss die Pflege mindestens 90 Minuten am Tag betragen, wovon auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen, in der Pflegestufe II muss sich die Pflege auf mindestens drei Stunden belaufen, hiervon mindestens zwei Stunden für die Grundpflege, und in der Pflegestufe III beläuft sich die Mindestpflegedauer auf fünf Stunden, hiervon mindestens vier Stunden für die Grundpflege. Eine Kombination von externer und familiärer Pflege ist möglich.²

Ergänzend zur häuslichen Pflege können Pflegebedürftige in **teilstationären Einrichtungen** der Tages- und Nachtpflege versorgt werden. Die Pflegeeinrichtungen erhalten in diesem Fall die bei der häuslichen Pflege genannten Beträge in Abhängigkeit von der Pflegestufe (Pflegestufe I: 384 €, Pflegestufe II: 921 €, Pflegestufe III: 1.432 €). Allerdings werden diese Beträge nicht zusätzlich zu den Beträgen bei häuslicher Pflege gezahlt, sondern nur anteilig und ergänzend bis zum jeweiligen Höchstbetrag.

Bei **stationärer Pflege** übernimmt die soziale Pflegeversicherung die Kosten der pflegebedingten Aufwendungen, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung als monatliche Sachleistung bis zu 1.432 €. Zurzeit ist die Leistung befristet abgestuft nach Pflegestufe I mit 1.023 €, Pflegestufe II mit 1.279 €, Pflegestufe III mit 1.432 € und in Härtefällen bis zu 1.688 €. Bei Bedarf werden auch ergänzende Leistungen gewährt, wenn die begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung für die Finanzierung der Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege nicht ausreichen.

² Dann wird Pflegegeld als Geldleistung an die Familienangehörigen ausgezahlt (Band II).

Zusätzlich übernimmt die soziale Pflegeversicherung pflegeerleichternde Pflegehilfsmittel, soweit sie nicht wegen Krankheit oder Behinderung von einem anderen Leistungsträger wie z. B. der GKV zu leisten sind. Zu den Pflegehilfsmitteln zählen z. B. Desinfektionsmittel und Inkontinenzunterlagen, aber auch technische Hilfsmittel wie Pflegebetten und Polster. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu einem monatlichen Höchstbetrag von 31 € übernommen. Technische Hilfsmittel werden an den Pflegebedürftigen entliehen. Müssen technische Hilfsmittel neu angeschafft werden, wird die pflegebedürftige Person mit einer Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent beteiligt, höchstens jedoch mit 25 €. Zuschüsse zu einem pflegebedingten Umbau der Wohnung, wie z. B. Verbreiterung von Türen, Installation von Haltegriffen, Einbau eines Treppenlifts werden je Maßnahme bis zu einem Betrag von 2.557 € von den Pflegekassen gezahlt. Außerdem übernimmt die Pflegeversicherung Pflegekurse für pflegende Angehörige und andere ehrenamtliche Pflegepersonen. Bei Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson wird für höchstens 28 Tage jährlich eine Leistung für eine Ersatzpflegekraft zu Hause bis zu 1.432 € gewährt. Eine zusätzliche Leistung in Höhe von 460 € im Kalenderjahr kann in Fällen eines besonderen Betreuungsbedarfs, z. B. bei Alzheimer Erkrankung, gewährt werden.

5.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die **Höhe der Arbeitgeberbeiträge** wird über die Arbeitsentgelte der beschäftigten Arbeitnehmer ermittelt, abgestuft nach Gefahrenklassen. Die Gefahrenklassen sind nach Zahl und Schwere der in den einzelnen Gewerbebranchen eingetretenen Versicherungsfälle abgestuft. Die Beiträge werden so festgesetzt, dass die Ausgaben der Unfallversicherung über das Umlageverfahren mit den Einnahmen jedes Jahres übereinstimmen.

2002 lag der durchschnittliche Beitrag zur Unfallversicherung bei 1,31 Prozent.

Die Unfallversicherung ist Aufgabe von 35 gewerblichen Berufsgenossenschaften einschließlich der See-Berufsgenossenschaft, von 10 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffent-

lichen Hand. Zu den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand zählen z. B. die Gemeinde-Unfallversicherungsverbände und die Unfallkasse Post und Telekom.

Den Berufsgenossenschaften obliegt die Festsetzung der Höhe der Beiträge, wobei sie auch Beitragszuschläge und Beitragsnachlässe bewilligen können, z. B. als Anreiz für Maßnahmen gegen Unfallgefahren. Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand finanzieren ihre Ausgaben über Steuern. Zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften wird ein Risikostrukturausgleich durchgeführt.

Über die Berufsgenossenschaften sind alle Arbeitnehmer, Hausgewerbetreibende und mitarbeitende Ehepartner abgesichert. Nicht versichert sind Beamte und ihnen gleichgestellte Personen, Mitglieder geistlicher Genossenschaften und religiöser Gemeinschaften, selbstständig tätige Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker und Apotheker. Der Versicherungsumfang umfasst Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten.

Versichert sind Unfälle im Unternehmen und / oder Unfälle, die im ursächlichen Zusammenhang mit der Tätigkeit aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses oder einer anderen versicherten Tätigkeit stehen sowie Wegeunfälle. Es gibt eine Liste von 68 Berufskrankheiten.

Bei Arbeitsunfällen muss eine unverzügliche Anzeige durch den Arzt oder den Unternehmer erfolgen. Berufskrankheiten sind die in der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung bezeichneten Krankheiten, die ein Versicherter infolge einer versicherten Tätigkeit erleidet wie z. B. Krankheiten durch Strahleneinwirkung. Voraussetzung für die Anerkennung als Berufskrankheit ist, dass die Erkrankung nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht ist, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen in erheblich höherem Maß als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Es ist keine generelle Mindesteinwirkungsdauer der Krankheitsursachen vorgesehen, sondern es erfolgt eine Prüfung der Umstände, die zur etwaigen Berufskrankheit geführt haben.

Bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit muss sich der Versicherte so bald wie möglich an den von der Berufsgenossenschaft beauftragten **Durchgangsarzt** wenden. Der Durchgangsarzt stellt die Diagnose und entscheidet darüber, ob fachärztliche oder weitere unfallmedizinische Versorgung erforderlich ist. Der Patient ist allerdings nicht an den Vorschlag des Durchgangsarztes zur weitergehenden Behandlung gebunden, sondern kann Allgemein- und Facharzt, Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung weitgehend frei wählen. Nur in Ausnahmefällen, in denen ein nach Art und Schwere besonderer Gesundheitsschaden vorliegt, kann die freie Arztwahl durch den Durchgangsarzt eingeschränkt werden. Die Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten umfassen die ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, die Bereitstellung von Arznei-, Verbands- und Heilmitteln sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln einschließlich notwendiger Änderungen, Instandsetzung sowie Ausbildung zum Gebrauch der Hilfsmittel. Die Kosten der ambulanten und stationären Behandlung werden von Anfang an von der Berufsgenossenschaft getragen. Soweit eine Krankenkasse trotz fehlender Zuständigkeit Leistungen erbringt, erstattet die Berufsgenossenschaft die entstandenen Kosten. Darüber hinaus sind die Berufsgenossenschaften zur Übernahme der Kosten einer Rehabilitation verpflichtet. Dies beinhaltet insbesondere auch berufsfördernde Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes.

Bei allen Leistungen ist keine Zuzahlung erforderlich. Die Leistungen werden für unbegrenzte Zeit gewährt.

5.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

Tabelle 6 zeigt, dass 225,95 Mrd. € im Jahr 2001 für die Gesundheitsversorgung ausgegeben (ohne Geldleistungen) wurden, bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt von 2.113,56 Mrd. € ein Anteil von 10,7 Prozent. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit betragen 2.741 € (Bevölkerung: 82.440.000).

Tabelle 6 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Deutschland 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	225,95 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	2.113,56 Mrd. €
Bevölkerung	82.440.000
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	10,69 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	2.741 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

Tabelle 7 zeigt die Gesamtausgaben des deutschen Gesundheitswesens, unterteilt nach Ausgabenträger und Verwendung. Auf die ambulante Versorgung entfielen einschließlich Pflege und Apotheken 105,09 Mrd. €, auf die Krankenhausversorgung einschließlich Pflege 86,73 Mrd. € und auf sonstige Leistungen 34,13 Mrd. €.

57 Prozent der Gesundheitsausgaben wurden durch die GKV finanziert (128,86 Mrd. €), 12,3 Prozent durch die Patienten in Form von Zuzahlungen und Barauslagen (27,80 Mrd. €), 18,66 Mrd. € durch die PKV einschließlich private Pflegeversicherung, 17,52 Mrd. € durch öffentliche Haushalte, 15,89 Mrd. € durch die Soziale Pflegeversicherung, 9,21 Mrd. € durch Arbeitgeber, vor allem als Beihilfe durch den öffentlichen Arbeitgeber (Dienstherr), 4,11 Mrd. € durch die Gesetzliche Rentenversicherung und 3,89 Mrd. € durch die Gesetzliche Unfallversicherung.

Tabelle 7 Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in Deutschland nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001

Beschreibung	Steuern	GKV	SPV	GRV	GUV	PKV ^{a)}	Arbeitgeber	Patienten	SUMME
Arztpraxen	0,39	23,01	-	0,27	0,38	3,79	2,11	0,74	30,69
Zahnarztpraxen	0,14	10,02	-	-	0,01	1,68	1,12	1,82	14,79
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	0,05	3,45	-	-	0,06	0,52	0,16	1,16	5,40
Apotheken	0,29	21,37	-	-	0,39	1,76	1,02	6,10	30,93
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	0,11	7,52	0,26	-	0,12	1,10	0,41	6,64	16,16
Ambulante Pflege	0,22	1,91	2,67	-	0,01	0,09	0,11	1,03	6,04
Sonstige Einrichtungen	0,15	0,19	-	-	-	-	0,01	0,73	1,08
SUMME AMBULANTE VERSORGUNG	1,35	67,47	2,93	0,27	0,97	8,94	4,94	18,22	105,09
Krankenhäuser	4,06	47,71	-	0,02	0,95	5,87	2,02	1,33	61,96
Vorsorge- und Reha-Einrichtungen	0,83	2,89	-	3,05	-	0,10	0,54	0,13	7,54
Teil- und vollstationäre Pflege	2,64	0,02	7,95	-	0,07	0,23	0,39	4,57	15,87
berufliche und soziale Rehabilitation	0,01	-	-	-	-	-	-	1,35	1,36
SUMME STATIONÄRE VERSORGUNG	7,54	50,62	7,95	3,07	1,02	6,20	2,95	7,38	86,73
Rettungsdienste	0,07	1,81	-	-	0,09	0,11	0,03	0,08	2,18
Verwaltung	-	7,61	0,82	0,40	1,00	3,06	-	-	12,89
Sonstige Ausgaben	0,86	0,86	4,19	0,24	0,81	0,13	1,29	0,04	8,42
Ausland	-	0,37	-	-	-	0,03	-	-	0,40
Investitionen	5,84	0,12	-	0,13	-	0,19	-	-	6,28
Öffentlicher Gesundheitsdienst	1,87	-	-	-	-	-	-	-	1,87
Sonstiger Gesundheitsschutz	-	-	-	-	-	-	-	2,08	2,08
SUMME WEITERER AUSGABENTRÄGER	8,64	10,77	5,01	0,77	1,90	3,52	1,32	2,20	34,13
SUMME GESUNDHEITSL EISTUNGEN	17,53	128,86	15,89	4,11	3,89	18,66	9,21	27,80	225,95

Quelle: BMGS (2005). a) Einschließlich private Pflegeversicherung.

5.6 Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). Statistisches Taschenbuch 2004. Arbeits- und Sozialstatistik.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2005). Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung, Statistisches Bundesamt, Robert Koch-Institut, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Specke (2005). Helmut K. Specke. Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten – Fakten – Akteure. 3. vollst. überarb. Aufl. Huber, Bern.

Sozialgesetzbuch SGB (2005). CW Haarfeld, Essen.

Statistisches Bundesamt (2003). Gesundheit. Ausgaben und Personal 2001.

WHO (2004). World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care System in Transition: Germany. Deutschland.

6 Frankreich

6.1 Struktur und Finanzierung

Das französische Gesundheitswesen ist eine Sozialversicherung (Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion). Es werden die allgemeine Sozialversicherung und die Sondersysteme für Beschäftigte in der Landwirtschaft, für Selbstständige und für weitere Personengruppen unterschieden. Der Großteil der Bevölkerung ist in der allgemeinen Sozialversicherung versichert, die durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge finanziert wird.

Die Aufsicht über die allgemeine Sozialversicherung üben das Ministerium für Soziale Angelegenheiten, Arbeit und Solidarität (Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité) und das Ministerium für Gesundheit, Familie und Personen mit Behinderungen (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées) aus.

Die allgemeine Sozialversicherung gliedert sich in die Bereiche „Krankheit, Mutterschaft, Invalidität und Tod“, „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“, „Alter und Hinterbliebene“ und „Familie“.

Der Beitragseinzug erfolgt dezentral durch Sammelkassen der Sozialversicherung und Familienausgleichskassen (Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales). Die Sammelkassen unterstehen der Zentralagentur der Sozialversicherungsträger (Agence Centrale des Organismes de Sécurité sociale), die auch die Finanzaufsicht über die Versicherungszweige ausübt.

Die nationale Krankenkasse für Arbeitnehmer (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) ist zuständig für die medizinische Versorgung der Bereiche „Krankheit, Mutterschaft, Invalidität und Tod“ und „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“. Sie beaufsichtigt die 128 lokalen **Krankenkassen** (Caisse Primaire d'assurance maladie), die zuständig für die Umsetzung der medizinischen Versorgung für Arbeitnehmer der „allgemeinen Kranken-

versicherung“ (Régime général d'assurance maladie) sind. In den lokalen Krankenkassen sind rund 80 Prozent der französischen Bevölkerung versichert.

Die 22 Regionalverbände der Krankenkassen (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) entwickeln und kontrollieren regionale Versorgungspläne. Seit 1996 sind die Regionalverbände auch mit der Organisation der Krankenhausversorgung betraut. Sie sind weiter zuständig für die Organisation der Pflege und für die Unfallversicherung.

Die Union der Regionalverbände der Krankenkassen (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) ist zuständig für die Krankenversicherung der in der Landwirtschaft Beschäftigten (9 Prozent der Bevölkerung) und die Krankenversicherung der Selbstständigen (6 Prozent der Bevölkerung). In einigen Regionen sind auch Bergarbeiter, Bahnangestellte und Seeleute über die Regionalverbände der Krankenkassen versichert. Alle anderen Personen sind seit dem 1. Januar 2000 in der „universellen Krankenversicherung“ (Couverture Maladie Universelle, **CMU**) versichert.

Nicht erwerbstätige Familienangehörige und Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Der Leistungskatalog der einzelnen Krankenkassen ist praktisch identisch.

Mit Ausnahme der Krankenhausversorgung sind alle im Gesundheitswesen erbrachten Güter und Dienstleistungen nicht durch Budgets begrenzt. Allerdings wird für die Gesundheitsausgaben seit 1996 ein nationales Ausgabenziel festgelegt, das allerdings auch überschritten werden kann.

Die Krankenkassen werden über drei Wege finanziert, den allgemeinen Sozialbeitrag (contribution sociale généralisée / maladie, **CSG**), einen allgemeinen Arbeitgeberbeitrag sowie zweckgebundene Steuern.

Der Beitragssatz des Sozialbeitrags CSG beträgt 7,5 Prozent (2005). Auf einzelne Einkunftsarten werden Beitragssätze von 3,8 Prozent (Entgeltersatzleistungen) bis zu 8,2 Prozent (Kapitaleinkünfte) erhoben. Zur Beitragsbemessung werden 97 Prozent der Einkünfte herangezogen bis zur jährlichen Beitragsbe-

messungsgrenze von 30.192 €. Personen mit Einkünften unter dem Mindestlohn (salaire minimum interprofessionnel de croissance, SMIC) von 1.286 € (2004) müssen keinen CSG-Beitrag zahlen.

Der Beitragssatz des allgemeinen **Arbeitgeberbeitrags** beläuft sich auf 13,55 Prozent. Hiervon hat der Arbeitgeber 12,8 Prozentpunkte und der Arbeitnehmer zusätzlich zum CSG 0,75 Prozentpunkte zu tragen. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze. Die Beiträge werden nur für abhängig Beschäftigte erhoben. Für Beschäftigte im Niedriglohnsektor gelten Sondervorschriften. Arbeitnehmer, die keinen CSG-Beitrag zahlen wie z. B. Personen, die ihren Steuersitz außerhalb von Frankreich haben, müssen 5,5 Prozent ihrer Einkünfte an die Krankenversicherung abführen.

Zu den **zweckgebundenen Steuern** zählt eine Alkoholsteuer auf Getränke mit mehr als 25 Volumenprozent Alkohol (0,13 € je Deziliter), Einnahmen der Tabaksteuer, Steuern auf Werbungsumsätze für pharmazeutische und medizinische Produkte sowie ein umsatzabhängiger Beitrag des pharmazeutischen Großhandels und des Umsatzes von Laboratorien.

Ambulant und stationär erbrachte Leistungen werden nach der **amtlichen Gebührenordnung** abgerechnet, an die alle Krankenkassen und Leistungserbringer gebunden sind. Patienten werden über Zuzahlungen beteiligt.

Im ambulanten Bereich werden die Leistungen nach dem Kostenerstattungssystem, im Krankenhaus nach dem Sachleistungssystem erbracht.

Fachärzte können eine höhere Vergütung verlangen als nach den amtlichen Gebührensätzen vorgegeben. Die Differenz hat der Patient zu tragen. Die Preise für bestimmte Hilfsmittel, z. B. Sehhilfen, Zahnersatz und Hörgeräte, unterliegen keiner Preisbindung und können damit vom Leistungserbringer auch oberhalb der erstattungsfähigen Gebührensätze abgerechnet werden.

Die universelle Krankenversicherung (**CMU**) wurde zum 1. Januar 2000 mit dem Ziel in Kraft gesetzt, die soziale Ausgrenzung beim Zugang zur medizinischen Versorgung zu minimieren. Die CMU findet für alle Personen Anwen-

derung, die im französischen Mutterland und in den Übersee-Departments von Frankreich wohnen. Mit der Einführung der CMU wurde die bis dahin gültige persönliche Kranken- und Mutterschaftsversicherung abgelöst.

Die Versicherungsschutz der CMU erstreckt sich auf zwei Personengruppen, auf die bisher nicht Krankenversicherten (2 Prozent der Bevölkerung) und auf Einkommensschwache, die vom Kostenerstattungsprinzip der ambulanten Versorgung befreit werden (rund 10 Prozent der Bevölkerung).

In Frankreich gibt es Sondervorschriften für die soziale Sicherung von **Selbstständigen** (Handwerker, Gewerbetreibende und Freiberufler in Handel und Industrie) und von den in der Landwirtschaft Beschäftigten.

In der Landwirtschaft Beschäftigte zahlen einen Basisbeitragssatz von 8,13 Prozent zur Finanzierung der medizinischen Versorgung und einen Zusatzbeitrag von durchschnittlich 2,71 Prozent für Verwaltungsausgaben und sonstiger sozialer Maßnahmen der Krankenkasse. Der Zusatzbeitrag variiert zwischen den Regionen um bis zu 5 Prozentpunkte. Zusätzlich müssen Landwirte einen allgemeinen Sozialbeitrag von 7,5 Prozent ihrer Gewinne an die Sozialversicherung abführen.

Selbstständige im Handwerk, Handel und in der Industrie zahlen einen Beitrag in Höhe von 7 Prozent zur Finanzierung der Geld- und Gesundheitsleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, davon 0,6 Prozentpunkte bis zur jährlichen Beitragsbemessungsgrenze von 30.192 € und 6,4 Prozentpunkte bis zum fünf-fachen dieser Grenze (150.960 €), zusätzlich einen CSG-Beitrag von 7,5 Prozent.

Es gibt eine **positive Definition des Leistungskatalogs** der Krankenversicherung in Form einer Liste für anerkannte Behandlungsverfahren und einer Liste für Arzneimittel und Hilfsmittel. Der Einschluss in diese Listen basiert auf der Beurteilung der klinischen Wirksamkeit. Die Wirksamkeit von Arzneimitteln und Hilfsmitteln wird durch eine Transparenzkommission untersucht. Eine Bewer-

tung der Arzneimittel und Hilfsmittel auf der Positivliste erfolgt alle fünf Jahre. Behandlungsverfahren werden ebenfalls evaluiert.

In der Regel sind alle Leistungen mit **Zuzahlungen** verbunden. Von der generellen Zuzahlungsregelung gibt es teilweise oder vollständige Befreiungen für geschützte Personengruppen wie z. B. Bezieher einer Invaliditäts- bzw. Arbeitsunfallrente mit einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von mehr als 67 Prozent und für Personen mit chronischen Erkrankungen. Von Einkommensschwachen werden keine Zuzahlungen gefordert und die Gesundheitsversorgung wird nach dem Sachleistungsprinzip erbracht.

6.2 Gesundheitsversorgung

Bei der **hausärztlichen Versorgung** ist die freie Arztwahl durch ein Hausarztssystem eingeschränkt. Seit Inkrafttreten der Gesundheitsreform am 1. Januar 2005 sind die Patienten aufgefordert, sich bis spätestens zum 1. Juli 2005 auf einen Hausarzt festzulegen. Die Versicherten leisten einen Honorarvorschuss, der nach der amtlichen Gebührenordnung von der Krankenkasse erstattet wird. Außer bei bestimmten, genau definierten Beschwerden beträgt die Zuzahlung 30 Prozent bei ambulanter Versorgung. Seit dem 1. Januar 2005 müssen die Patienten zusätzlich 1 € je Arztkontakt bezahlen.

Es besteht freier Zugang zum **Facharzt**. Wie bei der hausärztlichen Versorgung beträgt die Zuzahlung 30 Prozent der Behandlungskosten. Darüber hinaus muss seit dem 1. Januar 2005, außer bei Vorliegen einer Überweisung des behandelnden Arztes, eine Praxisgebühr von mindestens 5 € je Behandlung gezahlt werden. Nur Augenärzte und Frauenärzte können weiterhin ohne Zuschlag konsultiert werden, auch ohne Vorliegen einer Überweisung. Bei fachärztlicher Behandlung in einer Krankenhausambulanz beträgt die Zuzahlung 25 Prozent.

Die **zahnärztliche Versorgung** umfasst die präventive und konservierend-chirurgische und nach genehmigtem Antrag auch die kieferorthopädische Behandlung und den Zahnersatz. Die Zuzahlung für zahnärztliche Versorgung und

Zahnersatz beträgt 30 Prozent. Bestimmte geschützte Personengruppen sind von der Zuzahlung befreit.

Es besteht freie Wahl sowohl unter den öffentlichen **Krankenhäusern** als auch unter den privaten Vertragskrankenhäusern. Im Allgemeinen beträgt die Zuzahlung 20 Prozent. Zusätzlich muss eine Krankenhauspauschale von 13 € (9 € in psychiatrischen Einrichtungen) je Tag, gezahlt werden. Ab dem 31. Tag bzw. bei bestimmten chirurgischen Eingriffen wird auf eine Zuzahlung verzichtet. Sozial geschützte Personengruppen sind von Zuzahlungen befreit.

Es gibt eine Positivliste für erstattungsfähige **Arzneimittel**. Die Zuzahlung beträgt 35 Prozent und 65 Prozent für Arzneimittel zur Behandlung leichter Erkrankungen. Bei Bagatellarzneimitteln gibt es keine Erstattung. Keine Zuzahlung ist erforderlich bei chronischen Krankheiten. Seit 2003 gilt ein pauschaler Erstattungstarif, der nicht mehr zwischen Originalarzneimitteln und Generika differenziert.

Heilmittel müssen vom Arzt verordnet werden, damit die Krankenkasse die Kosten erstattet. Die Zuzahlung beträgt 35 Prozent, bei physiotherapeutischen Leistungen 40 Prozent.

Nach vorheriger Genehmigung erstattet die Krankenkasse bei **Hilfsmitteln** bis zu 65 Prozent der Festbeträge, bei großen Prothesen 100 Prozent.

Brillen (Gestell und Gläser) werden bis zum 6. Lebensjahr und ab dem 18. Lebensjahr ohne eine jährliche Begrenzung erstattet. Zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr ist der Anspruch auf eine Brille auf ein Jahr beschränkt. Die Erstattung beim Brillengestell beträgt bis zum 16. Lebensjahr 30 € und danach 3 €. Die Erstattung von Brillengläsern hängt von der Beeinträchtigung des Sehvermögens ab. Kontaktlinsen werden in bestimmten Fällen auf Basis einer jährlichen Pauschale in Höhe von 39 € je Auge übernommen.

Die Erstattung bei Hörgeräten erfolgt bis zum 20. Lebensjahr auf Grundlage des Hilfsmittelkatalogs. Ab dem 20. Lebensjahr wird ein Betrag von 199 € erstattet. Anspruch auf ein Hörgerät besteht einmal im Jahr. Für die Wartung des Hör-

geräts wird eine jährliche Pauschale von 36 € gewährt, mit der die Kosten von Batterien, Ersatzteilen und Reparaturen abgedeckt sind.

Bei Rollstühlen wird keine Zuzahlung erhoben. Der Patient muss allerdings den Differenzbetrag zwischen dem Festbetrag und dem Marktpreis tragen. Die Kosten von orthopädischen Hilfsmitteln, Prothesen und sonstigen Hilfsmitteln übernimmt die Krankenkasse zu 65 Prozent. Für Augen- und Gesichtsprothesen werden die gesamten Kosten übernommen.

Zum Leistungskatalog zählt auch die 65-prozentige Kostenübernahme für den **Transport** zum Krankenhaus. Die Zuzahlung beträgt damit 35 Prozent. Anschlussheilbehandlung und stationärer Kuraufenthalt müssen von der Krankenkasse genehmigt werden. Bei Anschlussheilbehandlung beträgt die Zuzahlung 20 Prozent. Bei Arzt- und Behandlungskosten im Rahmen eines ärztlich verordneten stationären Kuraufenthalts beträgt die Zuzahlung 30 Prozent. Ist der Kuraufenthalt nicht ärztlich verordnet, erhöht sich die Zuzahlung auf 35 Prozent. Häusliche Krankenpflege kann im Rahmen der gesundheitspflegerischen und sozialen Dienste der Krankenkasse gewährt werden. Psychotherapeutische Behandlung durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten gehört nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenversicherung.

Ein Teil der Bevölkerung hat **private Krankenversicherungsverträge**, um aus dem Leistungskatalog ausgeschlossene Leistungen ganz oder teilweise abzuschließen. Ebenso wird eine zusätzliche private Krankenversicherung durch Arbeitgeber aufgrund von Arbeitsverträgen finanziert.

6.3 Versorgung im Pflegefall

Die Pflegeversicherung ist kein eigenständiges Sicherungssystem. Die Versorgung von Pflegebedürftigen liegt in der Zuständigkeit der Regionalverbände der Krankenkassen. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden durch die personenbezogene Selbstständigkeitsbeihilfe (allocation personnalisée d'autonomie, APA) erbracht. Die APA wird durch Steuermittel und von den Sammelkassen der Sozialversicherung finanziert. Über die Leistungsgewährung wird regional

entschieden. Die Leistung richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, die in vier Stufen eingeteilt ist. Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch ein Ärzte- und Pflegeteam, das den Umfang des Pflegebedarfs ermittelt.

Obwohl die Pflege kein eigenständiges System ist, zahlen Arbeitgeber seit Januar 2005 einen Beitrag von 0,3 Prozent vom Arbeitsentgelt der Arbeitnehmer zur Finanzierung der Pflegeausgaben.

Zum anspruchsberechtigten Personenkreis zählen Personen ab dem 60. Lebensjahr, die bei lebenswichtigen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen sind bzw. ständiger Beaufsichtigung bedürfen.

Bei häuslicher Pflege werden je nach Pflegestufe zwischen 492 und 1.148 € gezahlt. Die Zuzahlung des Pflegebedürftigen ist abhängig von seiner finanziellen Situation. Sie entfällt, wenn seine monatlichen Einkünfte geringer als 935 € sind. Bei stationärer Pflege übernimmt die APA einen Teil der Pflegekosten, die von der Pflegestufe abhängig sind. Bei monatlichen Einkünften ab 2.025 € muss die pflegebedürftige Person eine Zuzahlung bis 120 € leisten.

2004 wurde mit dem Ausbau von Tagespflegestätten und von Einrichtungen der Kurzzeitpflege begonnen und ein Netzwerk kommunaler Koordinationszentren für die medizinische und soziale Unterstützung älterer Menschen errichtet. Gegenwärtig wird an einer Reform gearbeitet, mit der die Langzeitpflege eigenständiger Zweig der Sozialversicherung werden soll.

6.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Verwaltung und Organisation der Unfallversicherung sind den Regionalverbänden der Krankenkassen (CRAM) übertragen. Die Unfallversicherung wird über tarifliche, individuelle und sonstige Beiträge der Arbeitgeber in Abhängigkeit von der Zahl der Beschäftigten und dem Arbeitsplatzrisiko finanziert.

Landwirte müssen zur Absicherung von Arbeitsunfällen einen jährlichen Pauschalbeitrag von 283,22 € zahlen (2004). Zur Versicherung der Risiken Invali-

dität und Tod zahlen Selbstständige in Handel und Industrie 122 € jährlich, davon 117 € für die Invaliditätsversicherung. Bei Handwerkern beläuft sich der Beitrag zu Invaliditäts- und Todesfallversicherung auf 2 Prozent des Einkommens bis zur Sozialversicherungsgrenze von 30.192 €.

Zum versicherten Personenkreis gehören alle abhängig Beschäftigten. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Landwirte und Selbstständige müssen sich freiwillig versichern. Zu den abgedeckten Risiken zählen Berufsunfälle, Berufskrankheiten und Wegeunfälle. Eine Berufskrankheit wird angenommen, wenn die Krankheit zu einer der 98 gelisteten Berufskrankheiten gehört. Bei Verursachung der Krankheit unmittelbar durch die Ausübung der Tätigkeit erfolgt eine Begutachtung durch einen Ausschuss zur Anerkennung einer Berufskrankheit.

Bei der unfallbedingten Gesundheitsversorgung besteht freie Arzt- und Krankenhauswahl. Die Kosten medizinischer Leistungen werden durch die Krankenkassen übernommen. Zuzahlungen werden nicht gefordert, auch nicht bei stationärer Versorgung. Die Leistungen werden für unbegrenzte Zeit gewährt. Zusätzlich werden Rehabilitationsmaßnahmen, Umschulung und Existenzgründungsdarlehen finanziert.

6.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

Tabelle 8 zeigt, dass 2001 die Gesamtausgaben 164,3 Mrd. € (ohne Geldleistungen) betragen. Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt von 1.463,7 Mrd. € war dies ein Anteil von 11,22 Prozent. Die Pro-Kopf-Ausgaben betragen 2.776 € (Bevölkerung: 59.191.000).

Tabelle 8 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Frankreich 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	164,30 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	1.463,70 Mrd. €
Bevölkerung	59.191.000
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	11,22 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	2.776 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

Tabelle 9 zeigt die Leistungsausgaben im französischen Gesundheitswesen.

Tabelle 9 Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in Frankreich nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001

Beschreibung	Mrd. €
Gesundheitsversorgung	134,1
Stationäre Versorgung	57,2
Ambulante Versorgung	33,7
Arzneimittel	27,2
Heil- und Hilfsmittel	7,4
Transporte	2,0
Vorsorge	2,8
Mutterschaft	2,3
Weitere Versorgung im Pflegefall	1,5
Unfallversicherung	1,0
Private Krankenversicherung	15,1
Patienten	14,1
Zuzahlungen	11,1
Direktkäufe	3,0
Insgesamt	164,3

Quelle: DREES (2003).

6.6 Literaturverzeichnis

CLEISS (2005). Centre des Liaisons Européenes et internationaux de Sécurité Sociale. Connaître le CLEISS.

DREES (2003) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les comptes de la protection sociale en 2003.

Euro Observer (2003). Recent developments in France, Vol. 5, No. 2.

Eurogip (2004). Groupement de l'Institution Prévention de la Sécurité sociale pour l'Europe. Costs and funding of occupational diseases in Europe.

INSEE (2005). Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Dépenses de santé.

INSEE (2002). Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les comptes de la Nation en 2001. Demographic projections, population, family.

MISSOC (2000). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Financing of Social Security. MISSOC Info 02/2000.

MISSOC (2002). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Health Care in Europe. MISSOC Info 03/2002.

OECD (2000). Organisation for Economic Co-operation and Development. The changing Health System in France. Economic Department Working Papers No. 269. Paris.

WHO (2000). World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care System in Transition: France.

7 Großbritannien

7.1 Struktur und Finanzierung

Das Gesundheitswesen in Großbritannien ist durch den Nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service, **NHS**) bestimmt. Die Finanzierung erfolgt vorzugsweise über Steuern. Ein Teil der Ausgaben wird über Beitragseinnahmen der Sozialversicherung finanziert. Die staatliche Steuerverwaltung (Inland Revenue) ist für den Steuer- und Beitragseinzug verantwortlich. Die Verteilung der Finanzmittel erfolgt durch das Gesundheitsministerium (Department of Health).

Der NHS hat die Verantwortung für die ambulante und stationäre Versorgung bei Krankheit, Unfall und Pflegebedürftigkeit. Die Gesundheitsbehörden des NHS weisen die Finanzmittel den Leistungserbringern zu.

Die gesamte Bevölkerung ist im NHS versichert. Alle Leistungen werden nach dem Sachleistungsprinzip erbracht. Für bestimmte Leistungen gibt es Zuzahlungen. Nicht alle Leistungen sind im Leistungskatalog enthalten, z. B. Sehhilfen. Die Gesetzesgrundlage ist der „National Health Service and Community Care Act“ von 1990.

Im Prinzip ist die medizinische Versorgung in England, Schottland, Wales und Nordirland ähnlich organisiert. Die ambulante und stationäre Versorgung wird von den regionalen Gesundheitsbehörden geplant, die Gesundheitsleistungen auf kommunaler Ebene erbracht. Im Folgenden wird beispielhaft die Situation in England dargestellt.

Die Gesundheitsversorgung erfolgt durch 95 **Gesundheitsbehörden**, die den kommunalen medizinischen Bedarf bestimmen und die medizinische Versorgung durch ambulante und stationäre Leistungserbringer sicherstellen.

Die Gesundheitsversorgung ist nach dem Hausarztmodell konzipiert. Die Hausärzte sind Anlaufstelle des Patienten. Bei schwerwiegenderen Erkrankungen überweist der Hausarzt zum Facharzt oder in ein Krankenhaus (Sekundär-

versorgung). Bei komplexen und ungewöhnlicheren Krankheiten wird die medizinische Versorgung in regionalen oder nationalen Zentren (Tertiärversorgung) durchgeführt, z. B. bei Herz- oder Lebertransplantation.

Die Primärversorgung erfolgt in **Primärversorgerzentren** (primary care groups, PCG). In England gibt es 480 solcher Zentren. In einem Zentrum sind Hausärzte, Gemeindeschwestern und andere Gesundheitsberufe zusammengefasst. Eine PCG wird von der Gesundheitsbehörde beauftragt, die medizinische Versorgung für ihre Bevölkerung sicherzustellen. Durchschnittlich kommen 100.000 Personen auf eine PCG.

Seit 2000 werden diese Zentren zu Primärversorger-Treuhandfonds (primary care trusts, PCT) umgewandelt. Im Gegensatz zu den Primärversorgerzentren haben sie mehr Befugnisse und werden vor allem mit eigenen Budgets ausgestattet, die sie auch für die stationäre Versorgung verwenden können. Die Umstellung der Versorgung auf die Treuhandfonds soll 2005 abgeschlossen sein.

Die ambulante Versorgung wird durch kommunale Sozialdienste, vorwiegend für ältere und behinderte Personen, unterstützt.

Die **Sekundärversorgung**, d. h. die fachärztliche und stationäre medizinische Versorgung, erfolgt durch öffentliche Krankenhäuser. Da es in den letzten Jahren in der Sekundärversorgung zu Engpässen mit langen Wartezeiten gekommen ist, wurden Leistungen des Nationalen Gesundheitsdienstes auch auf private Krankenhäuser ausgedehnt. Patienten erhalten im Einzelfall auch die Möglichkeit, sich im europäischen Ausland behandeln zu lassen. Voraussetzung ist die Erlaubnis der Gesundheitsbehörde.

Generell ist die medizinische Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern kostenfrei. Wird die Ambulanz eines öffentlichen Krankenhauses aufgesucht, müssen Zuzahlungen geleistet bzw. die vollen Kosten übernommen werden. Nur in Notfällen ist der Ambulanzdienst unentgeltlich.

Im Zuge der 1991 durchgeführten Reform des NHS wurde die Mittelverteilung auf die PCT neu geregelt. Ein PCT erhält seit 1991 nach einem gewichteten Pro-Kopf-Schlüssel mit Bezug auf z. B. Altersprofil und Mortalität der Gemeindebevölkerung Finanzmittel zugeteilt. Die Finanzmitteln werden in den Kommunen zur ambulanten und stationären Versorgung sowie für weitere kommunale Gesundheitsleistungen eingesetzt.

Alle Leistungserbringer sind beim NHS angestellt. Die Besoldung richtet sich nach Qualifikation, Dienstalter und weiteren regionalen Regelungen. Hiervon ausgenommen sind Ärzte in privaten Krankenhäusern. Die Apotheken werden von Krankenhäusern und den PCT betrieben.

Die Leistungen des NHS sind nicht explizit formuliert. Im Gesetz zum NHS heißt es lediglich, dass Leistungen in dem Ausmaß zur Verfügung gestellt werden sollen, wie es erforderlich ist, um alle begründeten Anforderungen zu befriedigen. Das „National Institute for Clinical Excellence“ gibt Empfehlungen, welche Leistungen für die gesamte Bevölkerung, für bestimmte Indikationen oder für bestimmte Bevölkerungsgruppen angeboten werden sollten.

Bei bestimmten Leistungen gibt es eine Zuzahlung. Ausgenommen von Zuzahlungen sind Kinder unter 16 Jahren, Jugendliche von 16 bis 18 Jahren in Vollzeitausbildung, Personen ab 60 Jahren, Schwangere und Frauen, die innerhalb der letzten 12 Monate entbunden haben, Bezieher von Sozial- und Arbeitslosenhilfe sowie weitere einkommensschwache Personen und Personen mit bestimmten Erkrankungen. In Wales sind darüber hinaus auch alle Personen von 18 bis 25 Jahren von Zuzahlungen befreit.

7.2 Gesundheitsversorgung

Bei der **hausärztlichen Versorgung** ist die freie Arztwahl durch die zwingende Einschreibung bei einem Hausarzt eingeschränkt. Der Hausarzt muss der Einschreibung zustimmen.

Es gibt keinen direkten Zugang zum **Facharzt**. Eine Überweisung durch den Hausarzt ist erforderlich. Die fachärztliche Versorgung findet fast ausschließlich im Krankenhaus statt. Patienten müssen keine Zuzahlung leisten.

Für **Zahnbehandlungen** und Kontrolluntersuchungen wird eine Zuzahlung von 20 Prozent gefordert. Insgesamt werden Behandlungskosten bis zu einer Höchstgrenze von 527 € (502 € in Wales) durch den NHS übernommen. Zahnbehandlungen im Krankenhaus sind zuzahlungsfrei. Personen mit geringem Einkommen können einen Zuschuss zu den Behandlungskosten erhalten.

Bei **Zahnersatz** gelten die gleichen Regelungen wie bei der zahnärztlichen Versorgung. Die Zuzahlung beträgt 20 Prozent.

Die **Krankenhausversorgung** erfolgt ausschließlich durch Überweisung des Hausarztes. In der Regel wählt der Hausarzt das am besten geeignete Krankenhaus aus. Es gibt keine Zuzahlung. Klinisch nicht erforderliche und kostenintensive Krankenhausbehandlung ist nicht Teil des Leistungskatalogs. Die Kosten muss der Patient tragen.

1992 wurde eine Garantie eingeführt, welche die maximale **Wartezeit** auf zwei Jahre begrenzt. Dies galt zunächst nur für bestimmte Operationen wie Hüftendoprothese, Knieendoprothese und Kataraktoperation. 1995 wurde die Regelung auf alle Krankenhauseinweisungen ausgedehnt und die maximale Wartezeit auf 18 Monate herabgesetzt. Bis 2005 soll die Wartezeit auf sechs Monate reduziert werden.

Es gibt sowohl eine Positiv- als auch eine Negativliste für **Arzneimittel**. Die Zuzahlung beträgt 9 € je verordnetem Präparat. Es besteht die Möglichkeit, dass der Patient durch Entrichtung einer Jahres- bzw. Quartalsgebühr die Berechtigung erlangt, eine unbegrenzte Zahl ärztlich verordneter Arzneimittel ohne Zuzahlung zu erhalten. Dies bietet denjenigen, die ständig auf Arzneimittel angewiesen sind, finanzielle Vorteile. Die Gebühr für einen solchen Schein beträgt 47 € für ein Quartal und 128 € für ein Jahr.

Physiotherapie gehört zu den Leistungen des NHS. Der Patient muss keine Zuzahlung leisten. Es gibt keine kostenlosen Sehhilfen. Bestimmte Gruppen erhalten jedoch Gutscheine, die zum Erwerb einer Sehhilfe ermächtigen, z. B. Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren. Für Prothesen und Hörgeräte, soweit sie vom NHS als Leistungen anerkannt sind, werden keine Zuzahlungen gefordert. Es erfolgt ein kostenloser Transport ins Krankenhaus oder, wenn medizinisch notwendig, in bestimmten Fällen eine Erstattung der Kosten des Krankentransports. Bei der stationären Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gibt es keine Zuzahlung.

Es gibt weitere zusätzliche Leistungen des NHS oder der örtlichen Behörden. Hierzu gehören z. B. Hausbesuche von Ärzten, Krankenschwestern und Hebammen.

7.3 Versorgung im Pflegefall

Das Angebot an häuslicher und stationärer Pflege wird von den regionalen Gesundheitsbehörden geplant und über Steuern finanziert. Die häusliche Pflege wird von kommunalen Sozialdiensten übernommen. Ist häusliche Pflege nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich, bieten die Gesundheitsbehörden einen teil- oder vollstationären Platz in einem Pflegeheim an.

Bei Pflegebedürftigkeit haben alle Einwohner Großbritanniens Anspruch auf medizinische Leistungen. Vorher wird geprüft, inwieweit genügend finanzielle Mittel zur Eigenfinanzierung der Pflege vorhanden sind. Je höher das Vermögen und / oder die Einkünfte, desto höher die Zuzahlung.

Die regionalen Gesundheitsbehörden stellen häusliche Pflege, Essen auf Rädern, besondere Hilfsmittel und Ausstattung, einen bedarfsgerechten Umbau der Wohnung und die Betreuung in Tagespflegeeinrichtungen bereit. Auch sind sie für die Vermittlung und Finanzierung von Senioren- oder Pflegeheimen verantwortlich.

Alle direkten Kosten der Pflege übernimmt der NHS. Unterkunft- und Verpflegungskosten muss die pflegebedürftige Person tragen. Personen mit niedrigem Einkommen erhalten finanzielle Unterstützung.

7.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Unfallversicherung ist kein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung, sondern liegt in der Zuständigkeit des NHS. Geldleistungen werden durch Steuern finanziert. In der Unfallversicherung sind alle Arbeitnehmer versichert. Es gibt keine Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Selbstständige müssen sich privat versichern.

Durch die Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten abgesichert, Wegeunfälle nicht. Für Berufskrankheiten gibt es eine Liste mit rund 70 Krankheiten, die auf gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen zurückgeführt werden. Eine besondere gesetzliche Regelung gibt es für Pneumokoniose und Byssinose. Für die Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit ist eine gesundheitsgefährdende Tätigkeit erforderlich. Die Mindesteinwirkungsdauer der Krankheitsursachen beträgt 10 Jahre für beruflich bedingte Taubheit und 20 Jahre bei chronischer Bronchitis und Emphysem. Für andere Krankheiten gibt es keine Mindesteinwirkungsdauer.

Zum Leistungskatalog zählen berufliche und soziale Rehabilitation, die durch lokale Träger und durch Ausbildungs- und Unternehmensräte durchgeführt wird.

7.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

Die Gesundheitsberichterstattung ist in Großbritannien bezogen auf Finanzierung und Verwendung der Finanzmittel unbefriedigend. Es können daher nur grobe Daten genannt werden. 2001 beliefen sich die Ausgaben des Gesundheitsministeriums ohne Geldleistungen auf 92,03 Mrd. €. Aufgrund einer modifizierten, plausibleren Gesundheitsberichterstattung werden für 2005 Ausgaben in Höhe von rund 135 Mrd. € erwartet.

Von den 92,03 Mrd. € entfielen auf den NHS 84,35 Mrd. €, 7,68 Mrd. € auf sonstige Ausgaben. Die regionalen Ausgaben der Gesundheitsbehörden beliefen sich auf 16,53 Mrd. €. ³ Die privaten Gesundheitsausgaben (Zuzahlungen, PKV) betragen 2001 rund 20,42 Mrd. €. ⁴

Tabelle 10 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Großbritannien 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	128,98 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	1.587,93 Mrd. €
Bevölkerung	58.789.194
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	8,12 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	2.194 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

Tabelle 10 zeigt, dass die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben insgesamt 128,98 Mrd. € betragen. Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt von 1.587,93 Mrd. € war dies ein Anteil von 8,12 Prozent, pro Kopf 2.194 € (Bevölkerung: 58.789.194).

7.6 Literaturverzeichnis

DOH (2004). Department of Health. Departmental report 2004.

NS (2005). National Statistics. UK output, income and expenditure.

NS (2002a). National Statistics. Government expenditure on the National Health Service.

NS (2002b). National Statistics. Government expenditure on social security benefits.

NS (2003a). National Statistics. Health spending up.

³ Department of Health (2004).

⁴ National Statistics (2003).

NS (2003b). National Statistics. Population.

NS (2005a). National Statistics. Social Protection in: UK 2005 – The Official Yearbook of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland.

NS (2005b). National Statistics. Government expenditure on social security benefits, 1991/92 to 2001/02: Annual Abstract of Statistics.

MISSOC (2000). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Financing of Social Security. MISSOC Info 02/2000.

MISSOC (2002). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Health Care in Europe. MISSOC Info 03/2002.

WHO (1999). European Observatory on Health Care Systems (1999). Health Care Systems in Transition: United Kingdom.

8 Italien

8.1 Struktur und Finanzierung

Das italienische Gesundheitswesen ist ein steuerfinanzierter, **nationaler Gesundheitsdienst**. Das Gesundheitsministerium (Ministero della Salute) übt die Aufsicht aus und verteilt die Mittel auf die Regionen und Gemeinden. Weitere Gremien wie der oberste Gesundheitsrat und das oberste Gesundheitsinstitut überwachen und beraten die Gesundheitsversorgung.

Pflegeleistungen werden durch die Sozialversicherung, insbesondere durch die Invaliditätsversicherung und die Sozialhilfe erbracht. Das Arbeits- und Sozialministerium (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali) ist zuständiges Ministerium, das Nationale Institut für Soziale Sicherheit (Istituto nazionale della previdenza sociale, **INPS**) ist mit der Finanzierung und Leistungserbringung beauftragt.

Auch die Unfallversicherung untersteht dem Arbeits- und Sozialministerium. Beiträge und Leistungen werden vom Nationalen Institut der Versicherung gegen Arbeitsunfälle (Istituto nazionale contro gli infortuni sul lavoro, **INAIL**) verwaltet.

Seit 1980 gibt es den primär steuerfinanzierten Gesundheitsdienst (Servizio Sanitario Nazionale, **SSN**). Die Leistungserbringung wird in den Regionen durch die Landesgesundheitsdienste koordiniert, die auch legislative Zuständigkeiten für die ambulante und stationäre Versorgung haben.

Die Zielsetzung des SSN ist in einem nationalen Gesundheitsplan definiert, der zwischen Bund und Ländern im Rahmen der Wirtschaftsplanung aufgestellt wird. Wesentliches Ziel der Gesundheitsplanung ist die Überwindung des in Italien vor allem in den südlichen Regionen vorhandener Rückstands in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung.

Alle Personen, die beim SSN gemeldet sind, haben Anspruch auf ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung. Um sich beim nationalen Gesundheits-

dienst anzumelden, ist ein persönliches Erscheinen bei der lokalen Sanitätsbehörde (Azienda Sanitaria Locale, **ASL**) erforderlich. Der ASL stellt eine Gesundheitskarte aus, mit der die medizinischen Leistungserbringer in Anspruch genommen werden können. Auf der Gesundheitskarte wird u. a. vermerkt, ob Befreiung von Zuzahlungen besteht.

Der **nationale Gesundheitsplan** wird auf Vorschlag des Ministers für öffentliche Gesundheit von der Regierung erarbeitet und dem Parlament zusammen mit den Modalitäten einer mehrjährigen Finanzierung des Gesundheitswesens vorgelegt. Der Gesundheitsplan wird für drei Jahre erstellt und enthält Maßnahmen, welche die wichtigsten medizinischen Bereiche umfassen, die innerhalb der dreijährigen Laufzeit zu gewährleisten sind. Der Gesundheitsplan enthält die Finanzierung für jedes einzelne Jahr und die Verteilung der Finanzmittel auf die einzelnen Versorgungsstufen und Regionen. Nach Inkrafttreten des nationalen Gesundheitsplans haben die Regionen 150 Tage Zeit, um über Landesgesundheitspläne die Vorgaben umzusetzen.

Ziele des aktuellen Gesundheitsplans sind vor allem die Verkürzung von Wartezeiten, der Ausbau der häuslichen Pflege und die kombinierte soziale und gesundheitliche Versorgung von Invaliden, Forschungsförderung und Investitionsmaßnahmen.

Die Ausgaben des SSN werden zum größten Teil durch Bundes- und Landessteuern, zum Teil über Zuzahlungen finanziert. Die **Steuerfinanzierung** erfolgt über die regionale Produktionssteuer (imposta regionale sulle attività, IRAP), einen regionalen Aufschlag auf die Einkommensteuer (imposta sul reddito delle persone fisiche, IRPEF), Zuweisungen aus Bundessteuern und durch weitere Landes- und Kommunalsteuern. Die Leistungen bei Mutterschaft werden gesondert durch Arbeitgeber finanziert: Die Industrie zahlt gesonderte Beiträge von 0,66 Prozent und der Handel von 0,44 Prozent vom Arbeitsentgelt der Frauen an das Nationale Institut für Soziale Sicherheit.

IRAP wird vom Arbeitgeber gezahlt. Der Steuersatz beträgt 4,25 Prozent des Umsatzes, bei öffentlichen Arbeitgebern 9,6 Prozent der Lohnsumme auf die

ersten 20.660 € und 3,8 Prozent zwischen 20.660 € und 77.480 €. Rund 90 Prozent der IRAP-Steuereinnahmen werden zur Finanzierung des Gesundheitswesens eingesetzt. Die Regionen können die Steuersätze bis zu einem Prozentpunkt erhöhen.

Der regionale Aufschlag auf die Einkommensteuer beträgt 0,5 Prozent. Die Regionen können den Steuersatz bis auf 1 Prozent erhöhen. Die damit erzielten Steuereinnahmen werden zu 100 Prozent zur Finanzierung des Gesundheitswesens verwendet.

Die über diese Einnahmen nicht gedeckten Gesundheitsausgaben trägt der Bund aus allgemeinen Steuermitteln. Die Verteilung der Bundesmittel auf die Regionen ist im nationalen Gesundheitsplan festgelegt. Hierbei kommen regionale Schlüssel zur Anwendung, z. B. differenziert nach Leistungsbereichen und Infrastrukturmaßnahmen.

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung wird durch die **lokalen Sanitätsbetriebe** koordiniert, die für 50.000 bis 200.000 Einwohner zuständig sind. Die lokalen Sanitätsbetriebe sind Einrichtungen des öffentlichen Rechts, haben aber unternehmerische Autonomie. Sie organisieren u. a. die Bereitstellung medizinischer Leistungen, die Prävention, die Pflege und die Rehabilitation. Sie sind zuständig für die Versorgung mit Arzneimitteln in öffentlichen und privaten Apotheken.

Die medizinische Versorgung ist nach einem Hausarztssystem organisiert, wobei sich jede Person für einen Hausarzt entscheiden muss. Der Zugang zur weitergehenden medizinischen Versorgung erfolgt durch Überweisung des Hausarztes, wobei der Patient freie Facharzt- und Krankenhauswahl innerhalb seines Einzugsbereichs hat.

Die **Vergütung** der Hausärzte erfolgt nach Kopfpauschalen der bei ihnen eingeschriebenen Patienten. Diese Pauschalen werden jährlich angepasst, z. B. in Bezug auf Alter und Arbeitszeit des Arztes. Darüber hinaus werden Zulagen in Abhängigkeit vom medizinisch-technischen Aufwand gezahlt. Dies gilt vor allem

auch für die fachärztliche Versorgung, die in privaten und öffentlichen ambulanten und stationären Einrichtungen erfolgt. Diese Einrichtungen haben mit den lokalen Sanitätsbetrieben Versorgungsverträge und zusätzliche Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen.

Die **Krankenhäuser** werden von den Sanitätsbetrieben betrieben, hoch spezialisierte, überregionale Krankenhäuser vom Bund. Die Finanzierung erfolgt durch Steuern. Das Krankenhauspersonal einschließlich der Ärzte ist im Krankenhaus angestellt und wird nach einheitlichen Vergütungsregelungen bezahlt.

Es gibt keine Definition des gesamten **Leistungskatalogs**. Ein Leistungskatalog ist nur für die ambulante Versorgung definiert. Für Arzneimittel gibt es eine Positivliste. Zahnersatz, Fahrtkosten, Hilfsmittel und mit wenigen Ausnahmen auch Heilmittel zählen nicht zum Leistungskatalog des nationalen Gesundheitsdienstes.

Für besondere Leistungen muss der Patient eine Zuzahlung leisten. Für Kinder bis zu sechs Jahren und Personen über 65 Jahre mit einem jährlichen Familieneinkommen unter 36.152 € sind Untersuchungen, Besuche bei Fachärzten und Arzneimittel der Kategorie B kostenlos. Dies gilt auch für einige andere Personengruppen, z. B. für Kriegsversehrte, Empfänger der Mindestrente ab 60 Jahre, Arbeitslose mit einem Jahreseinkommen bis zu 8.263 € bzw. für Verheiratete 11.362 € (zuzüglich 516 € je unterhaltsberechtigtem Kind) und Empfänger einer Sozialrente. Teilweise Kostenbefreiung besteht z. B. für Personen mit chronischen Erkrankungen, die zur Invalidität führen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

8.2 Gesundheitsversorgung

Bei der **hausärztlichen Versorgung** ist die freie Arztwahl durch ein Hausarztssystem begrenzt. Hiernach muss sich der Patient bei einem Vertragsarzt seiner Region einschreiben. Der Hausarzt erhält eine Kopfpauschale für jeden Patienten. Eine Zuzahlung wird nicht geleistet.

Ein **Facharzt** kann nur mit einer Überweisung des Hausarztes aufgesucht werden. Ausgenommen sind Besuche bei Frauen- und Augenärzten. Darüber hinaus ist der Versicherte verpflichtet, Fachärzte der lokalen Gesundheitsdienste aufzusuchen. Der Patient hat eine Praxisgebühr von bis zu 36 € zu zahlen. Je Verordnung dürfen höchstens acht Leistungen der gleichen Fachrichtung bzw. höchstens sechs Leistungen im Rahmen von Sportmedizin oder Rehabilitation in Anspruch genommen werden.

Die **zahnärztliche Versorgung** in Zentren des Nationalen Gesundheitsdienstes bzw. bei Vertragszahnärzten ist zuzahlungsfrei.

Zahnersatz gehört nicht zum Leistungskatalog.

Es besteht freie Wahl des **Krankenhauses** oder der Vertragsklinik. Bei Unterbringung im Mehrbettzimmer ist keine Zuzahlung zu leisten.

2002 wurde vom Gesundheitsministerium ein Pilotprojekt zur nationalen Registrierung von **Wartezeiten** für elektive Operationen gestartet. Bisher liegen nur vereinzelt Daten vor, z. B. zur Wartezeit für ambulante fachärztliche Behandlung und für bestimmte diagnostische Tests. 17,3 Prozent der Patienten mussten mehr als zwei Wochen auf ambulante fachärztliche Behandlung warten (2003), 14 Prozent mehr als zwei Wochen auf diagnostische Tests. Die Reduktion von Wartezeiten wurde ausdrücklich als Ziel in den Nationalen Gesundheitsplan aufgenommen, die Regionen wurden zur Definition von Kriterien zur Bestimmung der maximalen Wartezeiten aufgefordert. Grenzen für eine maximale Wartezeit wurden bisher für drei Hauptkategorien festgelegt: Onkologie, fachärztliche Versorgung und Krankenhausversorgung. Onkologie-Patienten sollen ihren ersten Termin innerhalb von zwei Wochen erhalten. Eine Operation bei bösartigen Neubildungen soll innerhalb von 30 Tagen durchgeführt werden. Dies gilt auch für Chemotherapie und Bestrahlungen. Im fachärztlichen Bereich soll die Wartezeit z. B. für eine Magnetresonanztomographie oder eine Ultraschalluntersuchung nicht mehr als 60 Tage, die Wartezeit für einen Termin beim Kardiologen und beim Augenarzt nicht mehr als 30 Tage betragen. Für Krankenhausversorgung wurde eine maximale Wartezeit auf nationaler Ebene

nur für einige Behandlungen ermittelt, z. B. für Katarakt-Operationen sowie für Hüftendoprothesen, nach der 90 Prozent der Patienten innerhalb von 180 Tagen behandelt werden sollen.

Es gibt eine Positivliste mit einer Einteilung der zugelassenen **Arzneimittel** in drei Kategorien. In jeder Kategorie fällt eine unterschiedliche Zuzahlung an. Arzneimittel der Kategorie A sind grundlegende Arzneimittel für die Behandlung sehr ernster Krankheiten. Mit Ausnahme einer festen Rezeptgebühr sind diese Arzneimittel kostenlos für alle Versicherten. Arzneimittel der Kategorie B (Arzneimittel für die Behandlung ernster Krankheiten) sind kostenlos für bestimmte Personengruppen. Alle anderen Personen müssen 50 Prozent der Kosten zahlen. Arzneimittel der Kategorie C, sonstige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, müssen zu 100 Prozent vom Patienten bezahlt werden.

Bei den **Heilmitteln** zählt die vom Arzt verordnete Physiotherapie zum Leistungskatalog. Die Zuzahlung beträgt bis zu 36 € je Besuch eines Physiotherapeuten. Je Verordnung dürfen höchstens acht Leistungen in Anspruch genommen werden.

Mit Ausnahme der Lieferung von Prothesen für verschiedene Gruppen von Invaliden (Arbeitsunfälle, Kriegsversehrte) durch die lokalen Gesundheitsdienste zählen alle anderen **Hilfsmittel** nicht zum Leistungskatalog. Auch werden Transport- oder Fahrtkosten nicht vom Nationalen Gesundheitsdienst übernommen. Thermalkuren werden nach vorheriger Genehmigung durch den lokalen Gesundheitsdienst bezahlt. Die Zuzahlung beträgt 3,10 € für die Verordnung zuzüglich 50 Prozent der Kosten, höchstens 36 € je Kur.

8.3 Versorgung im Pflegefall

Pflegeleistungen werden durch die Sozialversicherung, insbesondere durch die Invaliditätsversicherung und die Sozialhilfe und durch regionale Programme, in Form von häuslicher Pflege und in Pflegeheimen erbracht.

Die Pflegeleistungen der Invaliditätsversicherung erstrecken sich auf behinderte Personen, die zur Fortbewegung auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, bzw. einer ständigen Pflege bedürfen. Die Mindestsicherung, die über die Sozialhilfe erbracht wird, ist für diejenigen nichterwerbstätigen Personen gedacht, die über geringe Einkünfte und Vermögen verfügen.

Die Regelungen zur häuslichen Pflege sind regional unterschiedlich ausgestaltet, beinhalten aber prinzipiell Haushaltshilfe, Essen auf Rädern, medizinische Versorgung und Krankenpflege. Unterschiedliche regionale Regelungen gibt es auch im Hinblick auf die Hilfsmittel, die den Pflegebedürftigen zur Verfügung gestellt werden. Auch die teil- und vollstationäre Pflege ist im Rahmen der regionalen Programme unterschiedlich geregelt. Zuzahlungen werden in Abhängigkeit von der finanziellen Situation gefordert.

8.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Zuständig für die Unfallversicherung ist das Nationale Institut der Versicherung gegen Arbeitsunfälle. Die Unfallversicherung wird über Beiträge der Arbeitgeber finanziert. Die Höhe der Beiträge ergibt sich aus dem Risikograd der einzelnen Berufszweige. Je nach Risikograd variiert der Beitragssatz zwischen 0,5 und 16 Prozent der Lohnsumme.

Zum versicherten Personenkreis zählen alle Arbeitnehmer sowie bestimmte Selbstständige. Es gibt keine Ausnahme von der Versicherungspflicht. Eine freiwillige Versicherung der nicht pflichtversicherten Personen ist nicht möglich. In der Unfallversicherung werden die Risiken Arbeitsunfälle, unter bestimmten Voraussetzungen auch Wegeunfälle und Berufskrankheiten abgedeckt.

Wegeunfälle sind nur dann versichert, wenn die unvermeidbare Benutzung extrem langer oder schlechter und gefährlicher Wege sowie der Transport von schweren Arbeitsgeräten nötig ist. Es gibt eine Liste von 58 Berufskrankheiten für die Industrie und 27 für die Landwirtschaft. Ferner gibt es eine gesonderte Regelung für Silikose und Asbestose.

Leistungen aufgrund eines Arbeitsunfalls oder aufgrund einer Berufskrankheit werden durch den SSN erbracht. In einigen Regionen hat die Unfallversicherung INAIL eigene Versorgungsstrukturen. Rehabilitationsmaßnahmen werden ebenfalls durch den SSN erbracht, z. B. berufliche Umschulungen und Genesungsaufenthalte in anerkannten Krankenhäusern und Kurheimen.

Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung gelten die gleichen Regelungen wie bei Krankheit. Wenn die entsprechenden Versorgungsstrukturen bestehen, übernimmt das Nationale Institut der Arbeitsunfallversicherung die Grundversorgung, andernfalls erfolgt ein Rückgriff auf den Nationalen Gesundheitsdienst.

8.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

2001 betragen die Ausgaben des SSN 69,88 Mrd. €. Hiervon wurden für Arzneimittel 11,66 Mrd. €, für Allgemeinärzte 4,51 Mrd. €, für Fachärzte 2,72 Mrd. €, für teil- und vollstationäre Pflege 5,78 Mrd. €, für Hilfsmittel (z. B. Prothesen) 3,74 Mrd. €, für weitere Heilmittel und für sonstige Leistungen 1,63 Mrd. €, für stationäre Versorgung 31,36 Mrd. € und für andere stationäre Leistungen 8,48 Mrd. € ausgegeben. Die Ausgaben der Unfallversicherung und anderer Bereiche betragen 6,82 Mrd. €. Insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben des Staates 76,7 Mrd. €.

Die Zuzahlungen und Ausgaben für die nicht im Leistungskatalog enthaltenen Leistungen betragen 20,41 Mrd. €. Die PKV sowie sonstige private Institutionen finanzierten rund 3,9 Mrd. € der Gesundheitsausgaben.

Tabelle 11 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Italien 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	100,31 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	1.220,15 Mrd. €
Bevölkerung	57.894.000
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	8,22 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	1.733 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

Damit wurden 2001 in Italien 100,31 Mrd. € für die Gesundheitsversorgung ausgegeben (Tab. 11). Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt von 1.220,15 Mrd. € waren dies 8,22 Prozent, pro Kopf 1.733 € (Bevölkerung: 57.894.000).

8.6 Literaturverzeichnis

ISTAT (2003). Istituto nazionale di statistica. Raporto annuale In: Annuario statisticaio italiano 2004.

ISTAT (2004a). Istituto nazionale di statistica. Conti economici della protezione sociale. Annuario statisticaio italiano 2004.

ISTAT (2004b). Istituto nazionale di statistica. Italy in figures 2004.

MDS (2003). Ministero della salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

MISSOC (2000). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Financing of Social Security. MISSOC Info 02/2000.

MISSOC (2002b). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Health Care in Europe. MISSOC Info 03/2002.

WHO (2001). World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care System in Transition: Italy.

9 Japan

9.1 Struktur und Finanzierung

Das japanische Gesundheitswesen wird überwiegend durch Beiträge finanziert, aber auch durch Steuern.

Das Gesundheitswesen besteht aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, einer gesetzlichen Pflegeversicherung und einer gesetzlichen Unfallversicherung.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein Krankenkassensystem, in dem die gesamte Bevölkerung pflichtversichert ist. Die Ausgaben der Krankenversicherung werden zu 53 Prozent über Beiträge, zu 32,2 Prozent über Steuern und zu 14,9 Prozent über Zuzahlungen finanziert. Die Krankenkassen finanzieren sich in der Regel über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge. Die Beitragsbemessungsgrenze beläuft sich für alle Krankenkassen auf 9.017 € im Monat.

In der gesetzlichen Pflegeversicherung sind alle Personen ab 65 Jahre sowie der größte Teil der 40 bis 64-Jährigen pflichtversichert. Die Finanzierung erfolgt über Arbeitnehmer und Rentner.

Der Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung erstreckt sich auf alle Erwerbstätigen. Die Finanzierung erfolgt durch risikoabhängige Arbeitgeberbeiträge und durch Beiträge der Selbstständigen.

In der **gesetzlichen Krankenversicherung** werden vier Krankenkassentypen unterschieden, mit Versicherten nach berufsständischen und regionalen Kriterien:

- Betriebskrankenkassen
- Gemeinnützige Krankenkassen
- Nationale Krankenkasse
- Sonstige Krankenkassen.

Die **Betriebskrankenkassen** setzen sich aus einer staatlichen Betriebskrankenkasse und 1.756 privaten Betriebskrankenkassen zusammen. In der staatlichen Betriebskrankenkasse sind diejenigen Arbeitnehmer versichert, die in Unternehmen mit 5 bis 700 Beschäftigten arbeiten, 36,76 Millionen im Jahr 2001, darunter 17,31 Millionen beitragsfrei Mitversicherte. In den privaten Betriebskrankenkassen sind in Unternehmen mit mehr als 700 Beschäftigten 31,68 Millionen versichert, davon 16,50 Millionen beitragsfrei.

Die **gemeinnützigen Krankenkassen** sind für Bundes- und Landesbedienstete und für Bedienstete an Privatschulen zuständig. In den 23 Krankenkassen für Bundesbedienstete sind 2,63 Millionen versichert, davon 1,50 Millionen beitragsfrei. In den 54 Krankenkassen für Landesbedienstete mit 6,54 Millionen Versicherten sind 3,69 Millionen beitragsfrei mitversichert. In der einzigen Krankenkasse für Bedienstete an Privatschulen sind 0,83 Millionen Personen versichert, davon 0,38 Millionen beitragsfrei.

Die **ationale Krankenkasse** ist in Gemeindekrankenkassen und regionale Krankenkassen gegliedert. In der nationalen Krankenkasse sind Selbstständige, Landwirte, Studenten, Arbeitslose und diejenigen Rentner versichert, die im Erwerbsleben in den Betriebskrankenkassen versichert waren. Es gibt keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. In den 3.249 Gemeindekrankenkassen sind 48,33 Millionen versichert, in den regionalen Krankenkassen 4,42 Millionen.

Die **Seekrankenkasse** hat 0,23 Millionen Versicherte, davon 0,15 Millionen beitragsfreie Familienangehörige. In der staatlichen Krankenkasse für sonstige Personen wie z. B. unstetig Beschäftigte sind 0,05 Millionen versichert, davon 0,02 Millionen beitragsfrei.

Die **private Krankenversicherung** spielt in Japan eine untergeordnete Rolle. Weniger als 0,5 Prozent der Ausgaben des Gesundheitswesens werden über die PKV finanziert.

Alle Patienten haben Anspruch auf freie Arztwahl, freie Krankenhauswahl und freie Wahl sonstiger Leistungserbringer. Überweisungen zum Facharzt und in stationäre Einrichtungen sind nicht erforderlich. Die medizinischen Leistungen werden nach dem Sachleistungsprinzip erbracht. Die Abrechnung erfolgt monatlich über eine zentrale Abrechnungsstelle. Die Höhe der Vergütung ist in der amtlichen Gebührenordnung festgelegt, mit einem Leistungskatalog und der Höhe der Einzelleistungsvergütungen. Es gibt keine Globalbudgets.

Der **Beitragssatz** der staatlichen Betriebskrankenkasse beträgt 8,5 Prozent. Die Beiträge werden paritätisch von Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen. Arbeitgeber zahlen zusätzlich einen Beitragssatz von 1,0 Prozent. Der Beitragssatz in den privaten Betriebskrankenkassen liegt durchschnittlich ebenfalls bei 8,5 Prozent, wobei Arbeitnehmer durchschnittlich 3,73 Prozentpunkte und Arbeitgeber durchschnittlich 4,79 Prozentpunkte zahlen.

Die Beiträge der gemeinnützigen Krankenkassen werden paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Die Beitragssätze der Krankenkassen für Bundesbedienstete variieren zwischen 5,02 und 10,00 Prozent. Der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen für Landesbedienstete beträgt 8,52 Prozent, für Lehrer und Angestellte in Privatschulen 8,46 Prozent.

In der nationalen Krankenkasse gibt es keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Die Beiträge werden als Familienbeitrag erhoben. Der durchschnittliche Familienbeitrag lag 2001 bei 120 € im Monat, mit regionalen und kommunalen Unterschieden und mit einem Höchstbeitrag pro Kopf von 406 € im Monat. Die Gesundheitsausgaben der in den Gemeindekrankenkassen versicherten Rentner werden durch Beiträge, zu 50 Prozent über Steuern, über Zuzahlungen und für die 60 bis 70-jährigen Rentner durch Zuweisungen aus den Betriebskrankenkassen, d. h. aus ihren früheren Krankenkassen, finanziert. In den Krankenkassen für Selbstständige, Landwirte, Studenten und Arbeitslose werden zwischen 32 und 50 Prozent der Gesamtausgaben über Steuern finanziert.

Die Seekrankenkasse wird durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge zu jeweils 4,40 Prozentpunkte finanziert.

Der **Leistungskatalog** ist in allen Krankenkassen nahezu identisch.

Patienten müssen bei Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung Zuzahlungen leisten. Die **allgemeinen Zuzahlungsregelungen** belaufen sich auf 20 Prozent der Kosten für Arbeitnehmer und 30 Prozent für Selbstständige und Landwirte. Beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige zahlen bei ambulanter Versorgung 30 Prozent und bei stationärer Versorgung 20 Prozent. Personen ab 70 Jahren müssen 10 bis 20 Prozent Zuzahlungen leisten, in Abhängigkeit von ihrer Einkommenssituation. Die allgemeinen Zuzahlungsregelungen gelten für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung.

Die Zuzahlung ist auf höchstens 585 € im Monat je Person begrenzt und auf 326 € bei Geringverdienern.

9.2 Gesundheitsversorgung

Es besteht freie Arztwahl bei der **hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung**.

Die **zahnärztliche Versorgung** umfasst Prophylaxe, konservierend-chirurgische und kieferorthopädische Behandlung.

Zahnersatz gehört zum Leistungskatalog. Davon ausgenommen ist so genannter „Luxus“-Zahnersatz wie Implantate und Goldinlays.

Es besteht freie Wahl des **Krankenhauses**. Über die Zuzahlung hinaus gibt es eine Beteiligung an den Verpflegungskosten in Höhe von 7 € je Tag bzw. 6 € für Geringverdiener in den ersten drei Monaten und 5 € je Tag (3 € für Geringverdiener und Bezieher von Altersruhegeld) nach drei Monaten.

Es gibt eine Positivliste für **Arzneimittel**. Die Zuzahlung ist je Tagesdosis zu entrichten. Sie ist abhängig davon, ob Arzneimittel eingenommen oder äußerlich angewendet werden und von der Zahl der verordneten Arzneimittel.

Bei einzunehmenden Arzneimitteln beträgt die Zuzahlung je Tagesdosis

- bei einem Arzneimittel 0,00 €
- bei 2 bis 3 Arzneimitteln 0,28 €
- bei 4 bis 5 Arzneimitteln 0,55 €
- bei 6 und mehr Arzneimitteln 0,92 €.

Bei äußerlich anzuwendenden Arzneimitteln beträgt die Zuzahlung je Tagesdosis

- bei einem Arzneimittel 0,46 €
- bei 2 Arzneimitteln 0,92 €
- bei 3 und mehr Arzneimitteln 1,38 €.

Physiotherapeutische Leistungen und andere **Heilmittel**, die im Krankenhaus erbracht werden, gehören zum Leistungskatalog. Es gelten das Sachleistungsprinzip und die allgemeinen Zuzahlungsregelungen.

Hilfsmittel gehören nicht zum Leistungskatalog der Krankenversicherung. Bei Erwerb oder Ersatz von Prothesen, orthopädischen Hilfsmitteln, Seh- und Hörhilfen und sonstigen Hilfsmitteln werden bei Behinderten mit besonders ernsthaften Einschränkungen Zuschüsse über ein spezielles Wohlfahrtsprogramm gewährt. Transport- und Fahrtkosten werden nur bei Notfällen oder bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände von der Krankenversicherung übernommen. Psychotherapeutische Behandlung durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten gehört nicht zu den Leistungen der Krankenversicherung.

9.3 Versorgung im Pflegefall

Die Ausgaben für Pflege haben eine besondere Bedeutung, da die japanische Bevölkerung im Vergleich zu den übrigen Industrieländern die höchste Lebenserwartung hat. Der Gesetzgeber hat diesem Umstand Rechnung getragen und im April 2000 eine gesetzliche Pflegeversicherung eingeführt, mit der vor allem die Kosten der stationären Versorgung finanziert werden.

Zum pflichtversicherten Personenkreis zählen alle Personen über 65 Jahre (Personen der Kategorie I) sowie Personen im Alter zwischen 40 und 64 Jahren (Personen der Kategorie II), die in der staatlichen und den privaten Betriebskrankenkassen versichert sind.

Die Ausgaben werden zu 51 Prozent durch Steuern, zu 37 Prozent durch Beiträge und zu 12 Prozent durch Zuzahlungen finanziert. Die Beiträge werden von Arbeitnehmern und Rentnern getragen. Der Beitragssatz in Kategorie I (Rentner) ist von der Höhe der Rente abhängig und variiert zwischen den Gemeinden. Es wird nach Einkommensklassen differenziert. Der durchschnittliche Beitragssatz beträgt 27 € im Monat. Der Beitragssatz in der Kategorie II beträgt 1 Prozent des Bruttogehalts, Arbeitgeber zahlen keine Beiträge.

Die Versorgung im Pflegefall wird kommunal erbracht. Der Leistungskatalog der Pflegeversicherung umfasst häusliche, teilstationäre und stationäre Pflege sowie die geriatrische Versorgung im Krankenhaus. Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit erfolgt eine Eingruppierung in sechs Pflegestufen. Es gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen.

Es ist geplant, Gesundheitsleistungen um Geldleistungen zu erweitern, um eine Verlagerung der Pflege im häuslichen Bereich durch Selbstorganisation der Versorgung zu unterstützen.

9.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Finanzierung der japanischen Unfallversicherung erfolgt durch die Arbeitgeber. Der Beitragssatz beträgt 0,55 bis 13,5 Prozent des Bruttolohns der Be-

schäftigten in Abhängigkeit von den Unfallrisiken des Unternehmens. Die Unfallraten der letzten Jahre werden zur Berechnung des Beitragssatzes herangezogen. Darüber hinaus wird die Unfallversicherung mit 24 Prozent ihrer Ausgaben über Steuern finanziert.

Der Versicherungsschutz umfasst alle Arbeitnehmer, darüber hinaus alle Erwerbstätigen in der Land- und Forstwirtschaft und in der Fischerei. Die öffentlich Beschäftigten haben eine eigene Unfallversicherung. Abgedeckt sind die Risiken Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Die Leistungen umfassen berufliche Rehabilitation, dazu ambulante und stationäre Versorgung, Pflege, Zahnbehandlung, Arzneimittel und Transport.

9.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

2001 betragen die Leistungsausgaben der japanischen Krankenversicherung 262,89 Mrd. €, zuzüglich Verwaltungskosten in Höhe von 16,58 Mrd. €. Die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung betragen 37,70 Mrd. € zuzüglich der Verwaltungskosten von 3,41 Mrd. €. Die Ausgaben der PKV beliefen sich 2001 auf 1,14 Mrd. €. Die Zuzahlungen und sonstigen Gesundheitsausgaben der Patienten betragen 65,47 Mrd. €. In der Unfallversicherung wurden 2,50 Mrd. € für die Gesundheitsversorgung und 2,63 Mrd. € für die Verwaltung einschließlich Geldleistungen verausgabt.

Insgesamt beliefen sich die Ausgaben des Gesundheitswesens auf 392,32 Mrd. € (Tab. 12), bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt von 3.775,20 Mrd. € ein Anteil von 10,39 Prozent. Die Pro-Kopf-Ausgaben betragen 3.082 € (Bevölkerung: 127.291.000).

Tabelle 12 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Japan 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	392,32 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	3.775,20 Mrd. €
Bevölkerung	127.291.000
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	10,39 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	3.082 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

9.6 Literaturverzeichnis

IPSS (2003a). National Institute of Population and Social Security Research. Health Insurance. Social Security in Japan 2002-2003.

IPSS (2003b). National Institute of Population and Social Security Research. Long-Term Care. Social Security in Japan 2002-2003.

IPSS (2004). National Institute of Population and Social Security Research. The Cost of Social Security in Japan. Fiscal Year 2001. Statistical Report No. 14.

Japan Stat (2003). Statistics Bureau. Japan Statistical Yearbook 2003.

Japan Stat (2004) Social Security, Health Care, and Public Hygiene. Statistical Handbook of Japan 2004.

Japan Stat (2005). Statistics Bureau. Social Security. Japan Statistical Yearbook 2005.

JIL (2001). Japan Institute for Labor Policy and Training. Workers' Accident Compensation Insurance Law.

JIL (2004a). Japan Institute for Labor Policy and Training. Japan's Social Security System. Labor Situation in Japan and Analysis 2004/2005.

Masuda et al. (2001). Masanobu Masuda, Katsuhisa Kojima. Japanese Social Security for the Elderly from a Viewpoint of Life Cycles. Review of Population and Social Policy, No. 10, S. 37-54.

MHLW (1999). Ministry of Health, Labor and Welfare. Annual Report of Health and Welfare 1999.

- OECD (2000). Organisation for Economic Co-operation and Development. Country Study Japan aus der Reihe: SHA-based Health Accounts in 13 OECD Countries, Paris.
- OECD (2001). Organisation for Economic Co-operation and Development. An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System. Labour Market and Social Policy, Occasional Papers No. 56, Paris.
- OIA (2005). Okazaki International Association. National Health Insurance Guidebook.

10 Kanada

10.1 Struktur und Finanzierung

Das kanadische Gesundheitswesen ist in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung im Pflegefall primär steuerfinanziert und heißt Medicare. Für ausgewählte Bevölkerungsgruppen gibt es besondere Gesundheitsprogramme, z. B. für Ureinwohner, Streitkräfte und Veteranen. Die Unfallversicherung wird durch Arbeitgeberbeiträge finanziert. Mit der Durchführung der Gesundheitsversorgung und der Unfallversicherung sind die Provinzen betraut.

Medicare ist mit steuerfinanzierten Krankenversicherungen anderer Länder vergleichbar. Die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung werden von der kanadischen Bundesregierung vorgegeben und kontrolliert. Verwaltung und Bereitstellung sind Aufgabe der Provinzen. Die Gesundheitsministerien der Provinzen überwachen die Versorgung.

Die bundesstaatlichen Rahmenbedingungen sind seit 1984 im „**Canada Health Act**“ zusammengefasst. Sie definieren eine für alle Provinzen einheitliche Grundlage sowohl für die medizinische Versorgung als auch für die Finanzierung.

1. „Public Administration“: Der Versorgungsplan muss auf gemeinnütziger Basis von einer öffentlichen Behörde der Provinz verwaltet werden.
2. „Comprehensiveness“: Der Versorgungsplan muss alle medizinisch notwendigen Leistungen umfassen. Die Leistungen werden von Krankenhäusern, Ärzten und Zahnärzten erbracht.
3. „Universality“: Die Gesundheitspläne sind allgemeingültig, d. h. die gesamte Bevölkerung kann die versicherten medizinischen Leistungen zu gleichen Bedingungen in Anspruch nehmen.
4. „Portability“: Einwohner haben Anspruch auf Gesundheitsversorgung in allen Provinzen, z. B. wenn sie umziehen oder wenn sie innerhalb Kana-

das reisen. In allen Provinzen gibt es Einschränkungen bezüglich der Kostenübernahme von außerhalb Kanadas erbrachter Gesundheitsversorgung, z. B. in den USA.

5. „Accessibility“: Versicherte Personen dürfen nicht durch hohe Zuzahlungen oder Zusatzgebühren vom notwendigen Zugang zu ärztlicher, zahnchirurgischer und stationärer Versorgung abgehalten werden.

Mit den von den Provinzen zu erstellenden **Jahresplänen** soll der notwendige Umfang der Gesundheitsversorgung und die sich daraus ergebenden Kosten bestimmt werden. Der gesundheitspolitische Erfolg der Jahrespläne wird vom Bund überwacht. Konferenzen der Gesundheitsminister und Beratungsausschüsse unterstützen die Planung.

Die **Finanzierung** von Medicare erfolgt in den Provinzen durch eigene Steuermittel, vor allem aus Anteilen der Einkommen-, Körperschaft- und Verbrauchsteuer. Zudem erhalten die Provinzen Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt. So werden rund 70 Prozent der Gesundheitsausgaben über Bundes- und Provinzsteuern finanziert. Die Patienten tragen rund 16 Prozent der Ausgaben über Zuzahlungen und Direktkäufe, rund 10 Prozent werden über die PKV und 4 Prozent über sonstige Quellen finanziert.

In den Provinzen Alberta, British-Columbia und Ontario werden zusätzlich **Kopfpauschalen** zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung erhoben. In Alberta beläuft sich die Kopfpauschale für allein Stehende auf 32 € monatlich, die Familienpauschale auf 64 €, in British-Columbia für allein Stehende auf 39 €, auf 69 € für eine 2-Personen-Familie und auf 78 € für eine Familie mit drei oder mehr Personen. In beiden Provinzen erhalten Einkommensschwache einen Zuschuss zur Kopfpauschale. In Ontario wird eine einkommensabhängige Kopfpauschale erhoben, voraussichtlich 1,7 Mrd. € im Jahr 2005. Einkommensteuerpflichtige mit Einkünften unter 12.579 € (2005) sind von der Kopfpauschale befreit. Bei Einkünften zwischen 12.580 und 22.642 € beträgt die monat-

liche Kopfpauschale 16 €. Bis zu steuerpflichtigen Einkünften von 125.786 € wird die Kopfpauschale bis zu monatlich 47 € erhöht.

Die medizinischen Leistungen werden nach dem Sachleistungsprinzip erbracht. Die Vergütung erfolgt nach einer amtlichen Gebührenordnung, die von den Provinzen für einzelne Versorgungsbereiche modifiziert wird. Im ambulanten Bereich erfolgt die Gesundheitsversorgung überwiegend durch privat tätige Ärzte und Zahnärzte, unterstützt durch kommunal tätiges Pflegepersonal. Im Krankenhaus sind die Ärzte angestellt. Rund 95 Prozent der Krankenhäuser sind gemeinnützig. Im Krankenhaus gibt es Wartezeiten.

Darüber hinaus haben die Provinzen eigene Gesundheitsprogramme für ausgewählte Personengruppen wie Kinder und Rentner, durch die aus dem Leistungskatalog von Medicare ausgeschlossene Leistungen wie z. B. Zahnersatz und Prothesen kostenfrei bereitgestellt werden. Für die konkrete Ausgestaltung der Gesundheitsleistungen sind die Provinzen verantwortlich. Die Leistungskataloge der Provinzen sind positiv definiert. Ebenso werden bestimmte Leistungen explizit ausgeschlossen.

10.2 Gesundheitsversorgung

Bei der **hausärztlichen Versorgung** besteht freie Arztwahl. Es gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip. Die Patienten müssen keine Zuzahlung leisten. Hausärzte kontrollieren den Zugang zu den Fachärzten, verschreiben Heil- und Hilfsmittel, überweisen den Patienten in das Krankenhaus und zu diagnostischen Untersuchungen.

Ein **Facharzt** kann nur mit Überweisung des Hausarztes aufgesucht werden. Es gilt das Sachleistungsprinzip. Zuzahlungen werden nicht gefordert.

Für Kinder umfasst die **zahnärztliche Versorgung** Prophylaxe, konservierend-chirurgische Behandlung und kieferorthopädische Behandlung. Erwachsene tragen die Kosten der zahnärztlichen Versorgung selbst bzw. müssen sich privat absichern.

Zahnersatz zählt nur bei Kindern zum Leistungskatalog.

Es besteht freie Wahl unter den zugelassenen **Krankenhäusern** innerhalb der eigenen Provinz. Der Patient muss keine Zuzahlung leisten.

Im Oktober 2002 wurde in dem Bericht „The Health of Canadians - The Federal Role“ des Senate Committee's eine „Behandlungsgarantie“ formuliert, die dem Patienten den Zugang zu der von ihm benötigten Behandlung innerhalb einer bestimmten Zeit zusagt. Für jede bedeutende Operation und Behandlung soll eine bedarfsgerechte **Wartezeit** definiert und veröffentlicht werden. Sobald diese Wartezeit überschritten wird, kann der Patient sich in einer anderen Provinz und, wenn notwendig, auch in einem anderen Land wie z. B. den USA behandeln lassen.

Einige Provinzen veröffentlichen die Wartelisten für elektive Operationen nach Fachgebiet bzw. nach Art der Operation im Internet. Tabelle 13 zeigt beispielhaft eine Warteliste mit Angabe der durchschnittlichen Wartezeit und Zahl der wartenden Patienten für die Provinz British Columbia nach Fachgebiet.

Tabelle 13 Wartezeiten für elektive Operationen nach Fachgebiet in British Columbia im März 2005

Fachgebiet	Durchschnittliche Wartezeit in Tagen	Zahl der Patienten auf der Warteliste
Orthopädie	65,1	20 101
Augenheilkunde	60,2	13 836
Herzchirurgie	60,2	301
Zahnchirurgie	49,7	1 673
Plastische Chirurgie	46,2	4 541
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	37,8	5 111
Urologie	32,9	5 689
Frauenheilkunde	30,1	5 860
Neurochirurgie	28,0	1 293
Allgemeine Chirurgie	23,8	12 314
Gefäßchirurgie	18,9	932

Quelle: HMS (2005).

Die Wartezeiten für elektive Operationen liegen je nach Fachgebiet zwischen 3 und 9 Wochen.

Es gibt Positivlisten für **Arzneimittel** in den Provinzen. Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln beträgt die Zuzahlung bis zu 100 Prozent.

Eine zuzahlungsfreie Abgabe von Arzneimitteln ist nur im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes vorgesehen. Für alle im ambulanten Bereich verordneten Arzneimittel werden Zuzahlungen erhoben, die in den einzelnen Provinzen bezüglich der Höhe unterschiedlich sind. Obwohl die meisten Kanadier eine private oder öffentliche Zusatzversicherung für Arzneimittel haben, z. B. in Form von speziellen Programmen der Provinzen, über ihre Arbeitgeber oder über die PKV, müssen rund 25 Prozent der Bevölkerung Arzneimittel direkt kaufen.

Seit einigen Jahren werden in den Provinzen „Pharmacare“-Programme umgesetzt, um Personen mit sehr hohen Arzneimittelausgaben abzusichern. Da es

bisher jedoch keine national einheitliche Definition von „sehr hoch“ gibt⁵, variieren die von den Patienten zu tragenden Arzneimittelkosten zwischen den Provinzen. Für Personen mit geringem Einkommen und hohem Arzneimittelverbrauch bieten alle Provinzen spezielle Programme zur Versorgung mit Arzneimitteln an. Die Pharmacare-Programme werden über einkommensabhängige Prämien der Versicherten und über Steuern finanziert.

Tabelle 14 gibt einen Überblick über die Pharmacare-Programme in den Provinzen Kanadas, die Finanzierung und versicherte Personenkreise. Der versicherte Personenkreis erstreckt sich vor allem auf Einkommensschwache und auf Rentner.

⁵ CFH (2002).

Tabelle 14 Pharmacare-Programme in den Provinzen Kanadas

Provinz	Name des Programms	Allgemeine Regelungen	Sozialhilfeempfänger
Alberta	Alberta Health and Wellness supplementary health plans; HAW (2005a).	Mit Ausnahme von Rentnern (und Sozialhilfeempfängern) muss eine vierteljährliche Prämie von 38 € bis 76 € gezahlt werden. Darüber hinaus fällt eine Zuzahlung von 30 % für jede Verordnung an. Es gibt keine Höchstzahlungsgrenze.	Zuzahlung von 1 € je Verordnung bis zu einer Höchstgrenze von 51 € im Jahr.
British Columbia	Fair Pharmacare; MHS (2005a).	30 % der Arzneimittelkosten müssen vom Patienten getragen werden. Die Franchise beträgt 2 bis 3 % des Nettoeinkommens, bei einem jährlichen Einkommen über 18.556 € 4 %. Entscheidendes Kriterium ist das Einkommen, nicht das Alter.	Kostenlose Versorgung mit Arzneimitteln.
Manitoba	Manitoba Pharmacare Program; Manitoba (2005).	Es gibt drei Franchise-Kategorien: Haushalte mit einem Einkommen von weniger als 9.278 €, mit einem Einkommen von mehr als 9.278 € und Sozialhilfeempfänger.	Kostenlose Versorgung mit Arzneimitteln.
New Brunswick	New Brunswick Prescription Drug Insurance Plan; NB (2005).	Programm ist bisher nur für Rentner und Sozialhilfeempfänger; Änderungen sind jedoch im Gange. Für Rentner mit einem Einkommen über 10.638 € besteht eine erhebliche Versicherungslücke: sie müssen eine Prämie von 36 € im Monat zahlen und 9 € je Verordnung.	Personen über 18 Jahre zahlen 3 € je Verordnung, Personen bis 18 Jahre 1 €. Die jährliche Höchstgrenze je Familie liegt bei 155 €.
Newfoundland	Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program; Newfoundland (2005).	Programm ist nur für Rentner, die eine staatliche Unterstützung erhalten und Sozialhilfeempfänger. Dies ist das einzige Programm, das keine generelle Versicherung für alle Rentner anbietet.	Kostenlose Versorgung mit Arzneimitteln.

Fortsetzung Tabelle 14

Provinz	Name des Programms	Allgemeine Regelungen	Sozialhilfeempfänger
Nova Scotia	Nova Scotia Pharmacare; NS (2004).	Programm ist nur für Rentner und Sozialhilfeempfänger. Rentner müssen eine Zuzahlung von 2 € bis 19 € je Verordnung leisten. Vermögende Rentner müssen darüber hinaus eine einkommensabhängige Prämie zahlen.	Zuzahlung von 3 € je Verordnung ohne jährliche Höchstgrenze.
Ontario	Ontario Drug Benefit; MHL (2004).	Alle Familien mit hohem Arzneimittelausgaben können in das Programm aufgenommen werden. Es muss keine Prämie gezahlt werden, aber die Franchise ist relativ hoch. Bei Überschreiten der Franchise belaufen sich die Zuzahlungen auf 1 € bis 4 €.	Zuzahlung von 1 € je Verordnung, auf die die Apotheken jedoch verzichten können.
Prince Edward Island	PEI Drug Cost Assistance Forulary; PEI (2004).	Programm für Rentner und Familien mit niedrigem Einkommen. Unabhängig vom Einkommen müssen Rentner 6 € je Verordnung zuzahlen, zuzüglich einer Gebühr von 3 € bis 5 €. Es gibt keine Höchstzuzahlungsgrenze.	Kostenlose Versorgung mit Arzneimitteln; es muss jedoch eine Apotheke der Provinz aufgesucht werden.
Quebec	The Public Prescription Drug Insurance Plan; RAMQ (2005).	Jede Person ohne private Arzneimittelversicherung ist verpflichtet, sich in das Programm einzuschreiben. Es handelt sich hierbei um das umfassendste, aber auch komplizierteste Programm, das sowohl Prämien als auch Franchise und Zuzahlungen mit sich bringt.	Kostenlose Versorgung mit Arzneimitteln.
Saskatchewan	The Saskatchewan Drug Plan; Saskatchewan (2003).	Für Berufstätige mit niedrigem Einkommen, die die Bedingungen für Unterstützungsmaßnahmen für Familien erfüllen. Es muss eine Prämie in Abhängigkeit vom Alter und vom Einkommen gezahlt werden.	Zuzahlung von 1 € je Verordnung ohne jährliche Höchstgrenze.

Heilmittel gehören zum Leistungskatalog von Medicare. Wird Physiotherapie in anerkannten Einrichtungen durchgeführt, muss der Patient eine Zuzahlung von 11 € bis 22 € für die erste Behandlung und bis zu 11 € für die folgenden Behandlungen leisten. Lässt der Patient die Physiotherapie in privaten Einrichtungen durchführen, muss er die Kosten voll tragen.

Hilfsmittel stellen keine Pflichtleistung dar. Einige Hilfsmittel für bestimmte Indikationen werden in Abhängigkeit von Alter und Einkommenshöhe gewährt, z. B. die Kosten von Sehhilfen bei extremer Sehschwäche und Hörhilfen bei Kindern unter 19 Jahren (Zuzahlung 25 Prozent). Einkommensschwache Erwachsene können bei Hörhilfen Zuschüsse über „Assistive Device Programs“ erhalten. Für Prothesen müssen Zuzahlungen bis zu 25 Prozent geleistet werden.

Für bestimmte Personengruppen gibt es Programme zur Übernahme der Transportkosten, die je nach Provinz unterschiedlich sind. In diesem Fall muss der Patient eine Zuzahlung in Form einer festen Gebühr leisten. Häusliche Krankenpflege gehört zum Leistungskatalog, nicht aber psychotherapeutische Behandlung durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten.

Eine **private Zusatz-Krankenversicherung** wird von privaten Versicherungsunternehmen und von privaten Betriebskrankenkassen angeboten. Es werden Zuzahlungen und Leistungsausschlüsse abgesichert, vor allem für Arzneimittel.

10.3 Versorgung im Pflegefall

Die Pflege ist kein eigenständiges Versicherungssystem. Pflegeleistungen werden durch die Medicare-Programme der Provinzen erbracht und durch Bundessteuer und Zuzahlungen finanziert. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesamte Bevölkerung.

Die häusliche Pflege wird zu 99,6 Prozent durch den Bund und zu 0,4 Prozent durch Zuzahlungen finanziert. Die Ausgaben für Tagespflegeeinrichtungen trägt der Bund zu 93,3 Prozent, die restlichen 6,7 Prozent werden über Zuzahlungen

aufgebracht. Programme für häusliche Pflege werden von den Lokalzentren für Gemeindepflegedienste verwaltet.

10.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Rahmengesetzgebung zur Unfallversicherung erlässt der Bund. Rechtsgrundlage ist der „Workers Compensation Act“. Die Umsetzung erfolgt in den Provinzen durch die „Workers Compensation Boards“ bzw. durch die „Work Safety Commissions“.

Die Ausgaben werden durch risikoabhängige Arbeitgeberbeiträge finanziert. Einige sehr große Unternehmen haben eine eigene Unfallversicherung.

Der versicherte Personenkreis umfasst nahezu alle Arbeiter in der Industrie. Angestellte können sich freiwillig über ihren Arbeitgeber versichern. Es sind rund 85,2 Prozent der Arbeiter und Angestellten versichert. Abgesichert sind Arbeits- und Berufsunfälle. Von den Trägern der Unfallversicherung werden die Kosten der medizinischen Versorgung wie Behandlung, Pflege, Krankenhausversorgung und Arzneimittel vollständig getragen.

10.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt von 776,05 Mrd. € betrug der Anteil der Ausgaben des Gesundheitswesens 9,85 Prozent (Tab. 15). Pro Kopf wurden 2.548 € für die Gesundheitsversorgung ausgegeben (Bevölkerung: 30.007.094).

Tabelle 15 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Kanada 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	76,45 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	776,05 Mrd. €
Bevölkerung	30.007.094
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	9,85 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	2.548 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. a) Ohne Geldleistungen (Band II).

2001 betragen die Ausgaben des Gesundheitswesens 76,45 Mrd. €. Hiervon entfielen auf Krankenhäuser 23,37 Mrd. €, auf die Pflege 7,2 Mrd. €, auf die ambulante Versorgung 19,16 Mrd. €, auf Arzneimittel 12,03 Mrd. € und auf Sonstiges wie Verwaltungskosten und Krankentransporte 14,69 Mrd. €.

Die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens von 76,45 Mrd. € (ohne Geldleistungen) wurden wie folgt finanziert: Bund und Territorien tragen zusammen 70,1 Prozent der Ausgaben (53,59 Mrd. €). Hiervon wurden 91,6 Prozent durch Provinzsteuern finanziert (49,08 Mrd. €), 5,4 Prozent durch direkte Steuerzuweisungen des Bundes (2,88 Mrd. €), 2 Prozent durch die Unfallversicherung (1,06 Mrd. €) und 1,1 Prozent aus sonstigen provinziellen Quellen (0,58 Mrd. €).

Der private Sektor finanzierte 29,8 Prozent (22,86 Mrd. €). Die Ausgaben des privaten Sektors nach Verwendung sind in Tabelle 16 dargestellt. Zum privaten Sektor zählen Zuzahlungen und Direktkäufe (11,57 Mrd. €), die private Zusatzkrankenversicherung (9,18 Mrd. €) und sonstige private Ausgaben (2,12 Mrd. €), wie z. B. Investitionen in private Krankenhäuser.

Tabelle 16 Ausgaben des privaten Sektors in Kanada nach Verwendung in Mrd. € 2001

Beschreibung	Zuzahlungen / Direktkäufe	Private Zusatz-Versicherung	Sonstige	Insgesamt
Stationäre Versorgung	0,42	0,59	0,96	1,97
Häusliche / stationäre Pflege	2,02	-	-	2,02
Allgemeinärzte	0,11	0,01	-	0,11
Zahnärzte	2,29	3,02	-	5,31
Augenärzte	1,41	0,40	-	1,81
Andere ambulante Leistungserbringer	0,62	0,43	-	1,05
Verschreibungspflichtige Arzneimittel	1,89	3,24	-	5,13
Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	1,30	-	-	1,30
Sonstige Leistungen	1,19	-	-	1,19
Investitionen	-	-	0,76	0,76
Verwaltungskosten	-	1,41	-	1,41
Forschungsausgaben	-	-	0,40	0,40
Andere Gesundheitsgüter	0,11	0,05	-	0,16
Andere Gesundheitsleistungen	0,21	0,04	-	0,25
Insgesamt	11,57	9,18	2,12	22,87

Quelle: Canadian Institute for Health Information CIHI (2003). National health expenditure trends, 1975 – 2003.

10.6 Literaturverzeichnis

CFH (2002). Commission on the Future of Health Care in Canada. Statistical History of Health Expenditures and Transfers in Canada, 1968 to 2002. Building on values, The Future on Health Care in Canada.

CIHI (2001). Canadian Institute for Health Information (2001). Health Care in Canada 2001: A First Annual Report.

CIHI (2003). Canadian Institute for Health Information. Health Care in Canada 2003.

CIHI (2004). Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Trends 1975-2004.

HAW (2005a). Alberta Government: Health and Wellness. Prescription drug programs in: Health Care Insurance Plan and Services.

- HAW (2005b). Alberta Government: Health and Wellness. Stats and Facts.
- HMS (2005). Health Media Site: Government of British Columbia.
- Manitoba (2005). Province Manitoba. Manitoba Pharma Care Program.
- MHL (2004). Ministry of Health and Long-Term Care: Ontario. Ontario Drug Benefit.
- MHS (2005a). Ministry of Health Services. Fair Pharmacare.
- MHS (2005b). Ministry of Health Services. Premium Assistance.
- NB (2005). New Brunswick: Department of Health and Welfare. New Brunswick Prescription Drug Program.
- Newfoundland (2005). Government of Newfoundland and Labrador: Health and community services. Newfoundland and Labrador Interchangeable Drug Products.
- NS (2004). Government of Nova Scotia. Drug programs and funding – Pharmacare.
- PEI (2004). Government of Prince Edward Island. PEI Drug Cost Assistance Formulary.
- OECD (1999). Organisation for Economic Co-operation and Development. Country Study Canada aus der Reihe: SHA-based Health Accounts in 13 OECD Countries, Paris.
- Ontario (2003). Government of Ontario, Canada. Employer Health Tax. Guide for Employers.
- Ontario (2004). Ministry of Finance. Information Notice 1-04 Ontario Budget 2004.
- RAMQ (2005). Régie de l'assurance de maladie Quebec. Prescription Drug Insurance.
- Saskatchewan (2003). Government of Saskatchewan. The Saskatchewan Drug Plan.
- SDC (2003). Department of Social Development. Employment Insurance 2002 Monitoring and Assessment Report.

11 Niederlande

11.1 Struktur und Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt durch zwei Versicherungssysteme, die Krankenversicherung für außergewöhnliche Krankheitskosten, im Folgenden **stationäres System** genannt, und die Krankenversicherung für die nicht kostenintensive medizinische Versorgung, im Folgenden **ambulantes System** genannt. Die Gesundheitsversorgung wird durch die Krankenkassen abgewickelt.

Die Aufsicht üben das Ministerium für Soziales und Arbeit (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) und das Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) aus.

Es gibt keine eigenständige Pflege- und Unfallversicherung.

Das **ambulante System** wird durch gesetzliche, private und andere Krankenkassen verwaltet, in denen bis auf 300.000 Personen die gesamte Bevölkerung versichert ist. Der Versicherungsschutz umfasst die nicht kostenintensive Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich wie z. B. hausärztliche Versorgung und Arzneimittel.

62,6 Prozent der Bevölkerung (10,2 Millionen) sind in den 40 gesetzlichen Krankenkassen nach dem Gesetz **ZFW** (Ziekenfondswet) versichert (2004). Zum pflichtversicherten Personenkreis gehören Arbeitnehmer mit Einkünften unter 33.000 € im Jahr (2005), Bezieher von Invaliditätsrenten und Schwangere. Pflichtversichert sind auch Selbstständige, deren jährliches zu versteuerndes Einkommen geringer als 20.800 € ist (2004). Rentner ab dem 65. Lebensjahr, die zuvor nach ZFW versichert waren, können freiwillig versichert bleiben. Personen, die ursprünglich nicht nach ZFW versichert waren, können sich ab dem 65. Lebensjahr nach ZFW versichern, wenn ihr jährliches Einkommen geringer als 20.750 € ist. Ehe- und Lebenspartner sowie Kinder sind beitragsfrei mitversichert, wenn sie nicht selbst einkommensteuerpflichtiges Einkommen haben, 2005 weniger als 16.893 €.

In den 47 privaten Krankenkassen sind 31,9 Prozent der Bevölkerung versichert (5,2 Millionen). Zum pflichtversicherten Personenkreis zählen alle Personen, die nicht in den gesetzlichen Krankenkassen und nicht in den Krankenkassen der Staatsbediensteten versichert sind, dazu ein Teil der Rentner (0,7 Millionen), die sich nach dem Gesetz **WTZ** (Wet op de toegang tot Ziektekostenverzekeringen) privat krankenversichern müssen. Nach dem WTZ gehören auch Einwanderer, Arbeitnehmer mit Einkünften über 33.000 € und Selbstständige mit Einkommen höher als 20.800 € zum pflichtversicherten Personenkreis. Durch die PKV werden u. a. diejenigen Leistungen abgesichert, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen und in den Krankenkassen für Staatsbedienstete enthalten sind (Zusatzversicherung).

Die Vorschriften der Krankenversicherung für Staatsbedienstete, z. B. Beamte und Polizisten, sind im **ZVO** (Regeling Ziektekostenvoorziening Overheidspersoneel) enthalten. In der Krankenkasse für Staatsbedienstete sind ca. 5,5 Prozent der Bevölkerung versichert (900.000).

Die Regelungen des **stationären Systems** sind im Gesetz **AWBZ** (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) zusammengefasst. Die Verwaltung der Gesundheitsversorgung nach AWBZ obliegt den Krankenkassen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesamte Bevölkerung sowie auf Ausländer, die in den Niederlanden mit Einkommenssteuern belastet sind sowie auf Personengruppen mit Wohnsitz außerhalb der Niederlande. Der Leistungskatalog umfasst kostenintensive stationäre Behandlungen und Pflegeleistungen.

Seit 2005 beträgt der **Beitragssatz der AWBZ** 13,45 Prozent. Die Beitragsbemessungsgrenze beträgt 30.357 € im Jahr. Die Beiträge werden von den Versicherten, d. h. von Arbeitnehmern und Selbstständigen, getragen. Arbeitgeber zahlen keine Beiträge. Von Beitragszahlungen befreit sind Personen unter 15 Jahre sowie Personen über 15 Jahre ohne zu versteuerndes Einkommen. Neben den einkommensabhängigen Beiträgen werden Ausgaben nach AWBZ über Zuzahlungen, Steuern und sonstige Einkünfte finanziert.

Die **Finanzierung nach ZFW** erfolgt primär über einkommensabhängige Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 30.357 €. 2005 beträgt der Beitragssatz 8,2 Prozent. Hiervon zahlen Arbeitnehmer bzw. Arbeitslose 1,45 Prozent und Arbeitgeber bzw. Zahlstelle der Entgeltersatzleistung 6,75 Prozent. Rentner zahlen ihren Krankenversicherungsbeitrag von 8,2 Prozent selbst. Darüber hinaus müssen Rentner einen Beitragssatz von 6 Prozent auf sonstige Renten und Arbeitseinkünfte zahlen. Der Beitragssatz der Selbstständigen beträgt 8,2 Prozent, die Beitragsbemessungsgrenze 20.800 €.

Ein Teil der Ausgaben nach ZFW wird durch Steuern und Zuzahlungen finanziert. Es gibt einen Risikostrukturausgleich (RSA), dessen Grundlage das „Gesetz zur Regelung der gemeinsamen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge von Rentnern“ (Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden, MOOZ) ist. Die RSA-Beiträge werden von privat krankenversicherten Personen geleistet, um die unterschiedliche Risikostruktur zwischen PKV und gesetzlichen Krankenkassen auszugleichen, da die PKV-Beiträge der Rentner geringer ausfallen als die Rentner-Beiträge nach ZFW. Der jährliche RSA-Beitrag belief sich 2004 auf 60 € für die unter 20-Jährigen, auf 120 € für die 20- bis 65-Jährigen und auf 96 € für die über 65-Jährigen.

1986 beschloss die niederländische Regierung die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung für Rentner nach ZFW verbunden mit einer Pflichtversicherung in der PKV. Diese Regelung galt bis 1998, d. h. seit 1998 müssen sich Rentner ab dem 65. Lebensjahr nicht mehr in der PKV versichern. Sie können freiwillig nach ZFW versichert bleiben. Um einen für alle Rentner gleichen Zugang zur PKV zu gewährleisten, wurde das WTZ-Gesetz eingeführt, durch das die privaten Krankenkassen verpflichtet werden, eine Standardkrankenversicherung in ihre Angebotspalette aufzunehmen. Zu den Regularien der PKV für Rentner gehören Kontrahierungszwang, Leistungskatalogdefinition und die Festlegung der Prämienhöhe. Für eine Standardversicherung betrug die monatliche Prämie der unter 65-Jährigen für ursprünglich ZFW-Versicherte höchstens 122 €, für über 65-Jährige höchstens 152 € (2004). Für Kinder bis zu 18 Jahren sowie für Personen zwischen 18 und 27 Jahren in Ausbildung

musste eine Prämie von 21 € im Monat gezahlt werden. Die Studentenprämie betrug 37 € im Monat. Da die Prämieeinnahmen der Standardversicherung die Leistungsausgaben nicht decken, wird von der PKV eine zusätzliche RSA-Prämie erhoben. Alle privat Krankenversicherten unter 20 Jahren müssen eine jährliche RSA-Prämie von 197 € zahlen, Personen zwischen 20 und 65 Jahren 394 €. Personen ab dem 66. Lebensjahr sind beitragsfrei.

Die Krankenversicherung für Staatsbedienstete (**ZVO**) wird durch Beiträge der Erwerbstätigen und ihrer Dienstherrn sowie über Steuern und durch Einkünfte aus Vermögensanlagen finanziert. Die Höhe des Beitragssatzes wird jedes Jahr durch Gesetz festgelegt. Der Beitragssatz variiert je nach Region zwischen 6,85 und 8,4 Prozent (2005), wobei der Dienstherr durchschnittlich 60 Prozent des Beitrags zu tragen hat. Die Beitragsbemessungsgrenze schwankt zwischen 46.872 € und 54.800 € und errechnet sich aus dem durchschnittlichen Gehalt eines Vollzeitbeschäftigten in Vergütungsgruppe 10. Kinder und Ehepartner müssen in der PKV versichert werden. Für Kinder fällt eine jährliche PKV-Prämie zwischen 132 € und 150 € an, bei Ehepartner liegt die Prämie zwischen 264 € und 327 € und für die über 65-Jährigen müssen zwischen 540 € und 627 € gezahlt werden.

Gesundheitsleistungen werden in den gesetzlichen Krankenkassen und im stationären System (AWBZ) nach dem Sachleistungsprinzip erbracht, in den anderen Versicherungsbereichen nach dem Kostenerstattungsprinzip.

Die ambulante Versorgung ist nach dem Hausarztmodell organisiert, wonach der Hausarzt die erste Anlaufstelle des Patienten ist und die Überweisung in fachärztliche oder stationäre Versorgung vornimmt. Zwischen den Hausärzten kann der Patient frei wählen. Rund die Hälfte der freiberuflich tätigen Hausärzte arbeitet in Einzelpraxen, die andere Hälfte in Gemeinschaftspraxen und Gesundheitszentren. Die Vergütung der ambulanten Leistungserbringer regeln Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern. Hierbei dürfen bundeseinheitlich vorgeschriebene Höchstbeträge der amtlichen Gebührenordnung nicht überschritten werden. Die amtliche Gebührenordnung wird

durch eine Zentralstelle (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, COTG) festgelegt.

Die Krankenhausversorgung erfolgt überwiegend durch gemeinnützige und selbstverwaltete Krankenhäuser und liegt in der Zuständigkeit der Provinzen. Die stationär erbrachten Leistungen werden nach Einzelleistungen abgerechnet, mit fachabteilungsbezogenen Globalbudgets nach Kostenintensität. Die Krankenhausärzte werden ähnlich wie die ambulant tätigen Ärzte nach Einzelleistungen über die amtliche Gebührenordnung vergütet.

11.2 Gesundheitsversorgung

Die freie Arztwahl bei der **hausärztlichen Versorgung** ist durch ein Primärarzt-system eingeschränkt. Es wird keine Zuzahlung erhoben.

Für den Besuch eines **Facharztes** ist eine Überweisung durch den Hausarzt erforderlich. Die fachärztliche Behandlung findet fast ausschließlich in Krankenhäusern statt. Es gibt keine Zuzahlung des Patienten.

Für Kinder umfasst die **zahnärztliche Versorgung** die Prophylaxe, höchstens zwei Fluoridanwendungen im Jahr (ab sechs Jahre), Versiegelungen, regelmäßige Zahnpflege und chirurgische Eingriffe. Für Erwachsene zählen nur spezielle chirurgische Eingriffe zum Leistungskatalog. Bei Zahnprothesen fällt eine Zuzahlung des Patienten in Höhe von 25 Prozent an.

Es besteht freie Wahl unter den zugelassenen **Krankenhäusern** und Einrichtungen. Die Aufnahme muss von der Krankenkasse genehmigt werden. Bei Standardunterbringung fällt keine Zuzahlung des Patienten an.

2001 warteten rund 185.000 Patienten auf Krankenhausversorgung in den Fachgebieten Orthopädie, allgemeine Chirurgie, Augenheilkunde und plastische Chirurgie.⁶ Seit 2000 werden Wartezeiten vom Gesundheitsministerium umfassend und regelmäßig dokumentiert und im Internet veröffentlicht. Kranken-

⁶ WHO (2002).

häuser, Ärzte und Krankenkassen versuchen zu erreichen, dass 80 Prozent der Patienten im ambulanten Bereich innerhalb von fünf Wochen und 80 Prozent im stationären Bereich innerhalb von sieben Wochen behandelt werden.

Es gibt sowohl eine Positiv- als auch eine Negativliste für **Arzneimittel**. Der Patient muss sich bei einer Vertragsapothekende der Krankenkasse einschreiben. Es werden keine Zuzahlungen erhoben. Arzneimittel, die nicht auf der Positivliste stehen, werden von der Krankenkasse bis zur Höhe des Durchschnittspreises der entsprechenden Standardpackung eines vergleichbaren Medikaments (Festbetrag) des klassifizierten Sortiments erstattet.

Heilmittel gehören zum Leistungskatalog der Krankenkasse. Bei physiotherapeutischen Leistungen muss der Patient eine Zuzahlung von 20 Prozent für die ersten neun Behandlungen leisten. Ab der zehnten Behandlung muss der Patient die Behandlungskosten zu 100 Prozent übernehmen.

Hilfsmittel müssen von der Krankenkasse genehmigt werden. Die Zuzahlung bei Hilfsmitteln ist auf wenige Produkte wie z. B. orthopädische Schuhe und Hörhilfen beschränkt. Brillen und Kontaktlinsen zählen nicht zum Leistungskatalog. Nur bei bestimmten medizinischen Indikationen werden Sehhilfen erstattet. Bei Hörhilfen erfolgt eine Kostenübernahme für den 463 € übersteigenden Betrag bis zum Alter von sechs Jahren, den 553 € übersteigenden Wert im Alter von sechs bis sieben Jahren und den 644 € übersteigenden Wert im Alter von sieben Jahren und mehr. Rollstühle zählen nicht zum Leistungskatalog. Bei den meisten medizinischen Hilfsmitteln müssen die Versicherten keine Zuzahlung leisten. Lediglich bei orthopädischen Schuhen beträgt die Zuzahlung 58 € je Paar bis zum Alter von 16 Jahren bzw. 116 € ab 16 Jahren. Hilfsmittel als Leihgabe, Versorgungsmittel (z. B. Stützstrümpfe), nicht orale Kontrazeptiva, Mobilitätshilfen und Hilfsmittel bei Diabetes (Blutzuckermessgerät) erfordern keine Zuzahlung. Bei bestimmten Hilfsmitteln besteht jedoch eine mengenmäßige Beschränkung (z. B. Inkontinenzartikel, Blutzuckerteststreifen) oder eine periodische Beschränkung (z. B. Blutzuckermessgeräte). Liegt der Preis des Hilfsmittels über dem Festpreis, muss der Patient die Differenz selbst zahlen. Die Erstattung von Schulter-, Arm-, Hand-, Bein- und Fußprothesen erfolgt für

Patienten, die älter als 16 Jahre sind, in der Regel nur alle drei Jahre. Orthesen werden alle zwei Jahre bzw. im Fall eines Bruchbands nach einem Jahr gewährt.

Zum Leistungskatalog zählen die Übernahme der Transport- bzw. Fahrtkosten für Krankenwagen, Taxi oder Privatwagen. Die Zuzahlung beträgt höchstens 66 € in einem Zeitraum von 12 Monaten. Die Kosten der stationären Versorgung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden vom Patienten getragen.

Psychotherapeutische Behandlung durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten gehört zu den Leistungen der Krankenversicherung, verbunden mit einer Zuzahlung je Sitzung.

11.3 Versorgung im Pflegefall

Es gibt keine eigenständige Pflegeversicherung. Die Ausgaben für Pflege werden nach dem Gesetz AWBZ durch Beitragseinnahmen finanziert, die Organisation ist Aufgabe der Träger der Krankenkassen. Leistungsberechtigt ist die gesamte Bevölkerung ohne Altersgrenzen und ohne Vorversicherungszeit.

Die Versorgung im Pflegefall umfasst im Wesentlichen Leistungen der häuslichen, teil- und vollstationären Pflege. Es gibt keine Geldleistungen.

Die häusliche Pflege beinhaltet die notwendige Pflege und Betreuung, die Unterstützung und Beratung der Pflegebedürftigen, auch in Verbindung mit Krankheit, Behinderung, Alter und Tod oder bei psychosozialen Problemen. Die Zuzahlung des Pflegebedürftigen beträgt 12 € je Pflegestunde, höchstens 528 € monatlich. Dies gilt auch bei einem Kurzaufenthalt in einer Pflegeeinrichtung für geistig behinderte Personen.

Sofern die Versorgung in der häuslichen Umgebung nicht möglich ist, kann eine Tagespflege in einem Pflegeheim für geistig und körperlich behinderte Personen erfolgen. Die stationäre Pflege in einem Pflegeheim oder in einem Heim für

Körperbehinderte beinhaltet medizinische Rehabilitation, Physiotherapie und Beschäftigungstherapie. Ob eine Zuzahlung zu den stationären Pflegekosten gefordert wird, hängt von den Einkünften des Betroffenen ab. Die Zuzahlung für Versicherte über 18 Jahren kann bis zu 1.700 € monatlich betragen. Darüber hinaus gibt es besondere Leistungen für bestimmte Kategorien von Patienten, z. B. psychiatrische Behandlung, Versorgung Gehörloser und Hörgeschädigter und Versorgung Blinder und Sehbehinderter.

11.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Es gibt keine eigenständige Unfallversicherung. Bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Arbeitsunfalls oder aufgrund einer Berufskrankheit werden Geldleistungen über die Lohnfortzahlung der Arbeitgeber, das Krankengeld, die Invaliditätsversicherung oder über die Krankenversicherung erbracht (Band II). Die medizinische Versorgung bei Arbeitsunfällen, eingeschränkt auch bei Wegeunfällen und bei Berufskrankheiten wird durch die Krankenkassen finanziert. Darüber hinaus führen Krankenkassen und die Invaliditätsversicherung Rehabilitationsmaßnahmen durch. Zum Leistungskatalog zählen ambulante und stationäre Versorgung, Pflege und Arzneimittel.

11.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

Die Ausgaben des Gesundheitswesens betragen 2001 47,03 Mrd. €. Die Finanzierung erfolgte über Steuern (2,35 Mrd. €), Krankenkassenbeiträge (29,86 Mrd. €), PKV (6,06 Mrd. €), Zuzahlungen und Direktkäufe (4,73 Mrd. €) und über sonstige Einnahmequellen (4,03 Mrd. €).

Auf die Krankenversicherung entfielen 29,75 Mrd. € (Ausgaben für Krankenhäuser: 11,36 Mrd. €), auf die Pflege 15,64 Mrd. €. Die Verwaltungskosten beliefen sich auf 1,64 Mrd. €.

Tabelle 17 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in den Niederlanden 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	47,03 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	429,20 Mrd. €
Bevölkerung	16.105.285
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	10,96 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	2.920 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (429,2 Mrd. €) betrug der Anteil der Ausgaben des Gesundheitswesens 10,96 Prozent (Tab. 17). Pro Kopf wurden 2.920 € ausgegeben (Bevölkerung: 16.105.285).

11.6 Literaturverzeichnis

- BBT (2005). Bedrijfstak Boeken- en Tijdschriftuitgeverijbedrijf. Wet op de toegang to ziektekostenverzekeringen 1998.
- CBS (2004). Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistical Yearbook of the Netherlands 2004.
- MINVWS (2001). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Health Care, Health Policies and Health Care Reforms in the Netherlands, International Publication Series Health, Welfare and Sport nr. 7.
- MINVWS (2002). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). Health Insurance in the Netherlands, International Publication Series Health, Welfare and Sport nr. 15.
- MINVWS (2004). Ministry of Health, Welfare and Sport (2004). Health Insurance in the Netherlands. International Publication Series Health, Welfare and Sport no. 1E. Niederlande.
- MISSOC (2000). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Financing of Social Security. MISSOC Info 02/2000.
- MISSOC (2002b). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Health Care in Europe. MISSOC Info 03/2002.

OECD (2004). Organisation for Economic Co-operation and Development. Social Expenditure database (SOCX), 1980-2001: Netherlands, Paris.

WHO (2004). World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care System in Transition: Netherlands.

ZN (2005a). Zorgverzekeraars Nederland. Facts and figures in: Dutch Healthcare System and issues.

ZN (2005b). Zorgverzekeraars Nederland. Finance. Dutch Healthcare System and issues.

12 Österreich

12.1 Struktur und Finanzierung

Das Gesundheitswesen in Österreich wird von 27 Sozialversicherungsträgern verwaltet, selbstverwaltete, öffentlich-rechtliche Körperschaften, zuständig für die Gesundheitsversorgung in den Krankenkassen sowie die Unfall- und Rentenversicherung. Eine eigenständige Pflegeversicherung gibt es nicht. 1997 wurden neun Landesfonds eingerichtet, welche die Aufgabe als Krankenhauspflege übernommen haben.

Die Leistungsausgaben für Krankheit und Pflege werden über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanziert, die Ausgaben für die Krankenhausversorgung zum Großteil über Steuern. Die Unfallversicherung wird durch Arbeitgeber finanziert.

Die **Krankenversicherung** ist für das gesamte Staatsgebiet und verpflichtend für 98 Prozent der Bevölkerung (2004) durch Bundesgesetz geregelt und untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Die rechtlichen Grundlagen für die Krankenversicherung sind:

- Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) für abhängig Beschäftigte
- Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (GSVG) für Selbstständige, Handeltreibende und Gesellschafter
- Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz (FSVG) für Ärzte, Apotheker und Patentanwälte
- Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) für Beschäftigte in der Landwirtschaft
- Beamten Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG).

Nicht versichert sind ausgewählte Personengruppen der Freiberufler, z. B. Notare (2 Prozent der Bevölkerung), die sich in der PKV versichern können. Die Versicherungspflicht in einer Krankenkasse ergibt sich aus der Zugehörigkeit zu

einem Sozialversicherungsträger. Ausnahmen sind acht Betriebskrankenkassen großer Unternehmen und neun Gebietskrankenkassen. Zwischen den Krankenkassen gibt es keine Wahlfreiheit.

Kinder sind beitragsfrei mitversichert, Ehepartner seit 2001 nur dann, wenn sie Kinder erziehen, in der Vergangenheit mindestens vier Jahre für die Kindererziehung verantwortlich waren, wenn sie eine krankenversicherte Person pflegen oder selbst pflegebedürftig sind. Ehepartner ohne Erziehungsaufgaben müssen Beiträge zur Krankenversicherung zahlen.

Die Krankenkassen führen auch den Einzug der Beiträge für die Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung durch. Der Leistungskatalog ist für alle Krankenkassen bis auf geringe Unterschiede einheitlich geregelt.

Die Krankenkassen finanzieren sich über **Beitragseinnahmen**. Beitragspflichtig sind alle Erwerbstätigen mit Einkünften oberhalb der monatlichen Geringfügigkeitsgrenze von 324 €. Einkünfte werden bis zur monatlichen Beitragsbemessungsgrenze von 3.630 € belastet, Sonderzahlungen, z. B. Weihnachtsgeld und Abfindungen, bis zu 7.260 € jährlich (2005).

Ehepartner ohne Erziehungsaufgabe müssen einen Beitrag in Höhe von 3,4 Prozent der Beitragsbemessungsgrundlage des Ehepartners zahlen, wenn das Familieneinkommen 1.015 € im Monat übersteigt (2004). Es gibt Sonderregelungen für die freiwillige Versicherung von Ehepartnern bei Gebietskrankenkassen.

Die Beiträge werden paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. In einigen Sozialversicherungen zahlt der Arbeitnehmer einen größeren Anteil, z. B. Arbeiter und Beamte. Neben dem normalen Beitragssatz zur Krankenversicherung, der sich 2005 auf 6,9 bis 8,6 Prozent beläuft, gibt es drei weitere Zusatz- und Ergänzungsbeitragssätze in Höhe von zusammen 0,7 Prozent, die je nach Berufszugehörigkeit erhoben werden.

Pflichtversicherte Selbstständige, z. B. Gewerbetreibende, Werkvertragsnehmer, freie Berufe und Bauern tragen ihren Beitrag selbst. Die Ausgaben für

Wochengeld bei Mutterschaft werden zu 70 Prozent durch den Familienlastenausgleichsfonds finanziert, der ausschließlich durch Beiträge der Arbeitgeber gespeist wird, die restlichen 30 Prozent werden aus Bundessteuern finanziert.

Die **ambulante Versorgung** erfolgt durch selbstständig tätige Ärzte, wobei rund 75 Prozent der Ärzte Vertragsärzte sind, durch krankenkasseneigene Ambulatorien und durch Ambulanzen in Krankenhäusern. Die Patienten haben freie Arzt- und Facharztwahl, wobei sie sich bei einem Hausarzt einschreiben müssen. Die Vergütung der ambulanten Leistungen ergibt sich aus Gesamtverträgen, die zwischen den Sozialversicherungen bzw. Krankenkassen und den Standes- und Berufsvertretern der Ärzte abgeschlossen werden. Es gilt das Sachleistungsprinzip.

Im Krankenhaus werden seit 1997 die Leistungen nach einem Fallpauschalen-System vergütet. Die neun Bundesländer sind für die Organisation der Krankenhausversorgung und die Verteilung der Finanzmittel über Landesfonds zuständig. Rund 39 Prozent der Ausgaben werden von den Krankenkassen übernommen, vor allem für die laufenden Kosten der Krankenhäuser. Bund, Länder, Gemeinden und andere öffentliche Träger tragen rund 44 Prozent der Ausgaben, die PKV 3 Prozent und über Zuzahlungen werden 2 Prozent der Leistungsausgaben finanziert. Damit wird die Krankenhausversorgung über Steuern, z. T. aber auch durch Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Dies erklärt auch die geringen Beitragssätze der Krankenkassen von rund 7,6 Prozent. In den amtlichen Statistiken zu den Ausgaben des Gesundheitswesens werden diese Beträge ungenügend dokumentiert.

In fast allen Leistungsbereichen muss der Patient eine festgeschriebene **Zuzahlung** leisten. Nur für Hilfsmittel gibt es eine prozentuale Zuzahlungsregelung. Kinder und Rentner sind von Zuzahlungen befreit. Von der Rezeptgebühr, von der Krankenscheingebühr und von sonstigen Zuzahlungen befreit sind Personen, deren monatliches Nettoeinkommen 663 € (Alleinstehende) bzw. 1.030 € (Ehepaare) nicht übersteigt. Bei chronisch Kranken belaufen sich die Einkommensgrenzen auf 762 bzw. 1.185 €. Die Einkommensgrenzen erhöhen sich für jedes Kind um 71 €.

12.2 Gesundheitsversorgung

In der **hausärztlichen Versorgung** besteht freie Wahl unter den Ärzten, die einen Vertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Die Vergütung erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip. Bei hausärztlicher Versorgung ist einmal im Quartal eine Krankenscheingebühr in Höhe von 3,63 € zu entrichten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, einen Arzt aufzusuchen, der nicht Vertragsarzt ist. In diesem Fall erstattet die Krankenkasse 80 Prozent der Kosten, die beim Besuch eines Vertragsarztes angefallen wären.

Ein freier Zugang zu **Fachärzten** ist möglich, eine Überweisung ist jedoch erwünscht. Bei Vorliegen einer Überweisung ist keine Krankenscheingebühr zu entrichten. Anderenfalls ist bis zu dreimal im Quartal eine Krankenscheingebühr in Höhe von 3,63 € fällig. Darüber hinaus wird je Ambulanzbesuch im Krankenhaus bei ärztlicher Überweisung ein Beitrag von 10,90 €, ohne ärztliche Überweisung von 18,17 € bis höchstens 72,67 € im Jahr erhoben. Von dieser Gebühr sind u. a. Kinder, Waisen, Notfälle, Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapiepatienten, Patientinnen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Organ-, Blut- und Plasmaspender befreit. Der ärztlichen Behandlung gleichgestellt sind im Rahmen der Krankenbehandlung diagnostische Leistungen eines klinischen Psychologen sowie psychotherapeutische Versorgung, wobei eine Zuzahlung in Höhe von 20 Prozent des Vertragshonorars zu entrichten ist. Bei Versorgung durch einen Facharzt, der nicht Vertragsarzt ist, erstattet die Krankenkasse 80 Prozent der Kosten.

Zahnärztliche Versorgung wird nach Maßgabe der Satzungen gewährt. Die Versorgung umfasst konservierende, chirurgische und kieferorthopädische Behandlung. Für kieferorthopädische Behandlung beträgt die Zuzahlung 25 bis 50 Prozent. Je Zahnbehandlungsschein ist, mit Ausnahme von Kindern, Rentnern und Bedürftigen, eine Zuzahlung in Höhe von 3,63 € erforderlich. Für außervertragliche Leistungen beträgt der Kostenzuschuss des Versicherungsträgers 24 € bis 215 € je Einheit.

Medizinisch notwendiger **Zahnersatz** wird nach Maßgabe der Satzungen gewährt. Für herausnehmbaren Zahnersatz beträgt die Zuzahlung 25 bis 50 Prozent.

Es besteht freie Wahl unter den öffentlichen **Krankenhäusern**. Für die Versorgung in öffentlichen oder privaten Vertragskrankenhäusern müssen Zuzahlungen in Höhe von höchstens 15,75 € je Tag für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr geleistet werden. Mitversicherte Angehörige müssen zusätzlich 10 Prozent der Kosten des Pflegesatzes für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr tragen.

Für zugelassene und im Heilmittelverzeichnis angeführte **Arzneimittel** erfolgt eine Kostenübernahme, wenn die Arzneimittel verschrieben wurden. Die Rezeptgebühr beträgt 4,35 € je Medikament. Bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten oder Bedürftigkeit fällt keine Rezeptgebühr an.

Der Leistungskatalog der **Heilmittel** umfasst u. a. physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädisch-phoniatriisch-audiometrische Versorgung. Bei Versorgung durch einen nicht-ärztlichen Gesundheitsberuf gilt der gleiche Leistungskatalog. Hat der Leistungserbringer keinen Vertrag mit der Krankenkasse, erhält der Versicherte einen festgesetzten Kostenzuschuss.

Die Zuzahlung des Versicherten bei **Hilfsmitteln** besteht aus einer Kombination von prozentualer Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent und einem Mindestbetrag von 23 € im Jahr (2004)⁷. Bei Bedürftigkeit ist keine Zuzahlung erforderlich. Die Kosten für Brillen werden von der Krankenkasse nur dann übernommen, wenn sie einen bestimmten Mindestbetrag übersteigen. In diesem Fall muss der Patient die allgemeine Zuzahlung für Hilfsmittel tragen. Auch die Kosten für Hörgeräte werden nur dann von der Krankenkasse übernommen, wenn sie einen bestimmten Mindestbetrag übersteigen. In diesem Fall muss der Patient die oben genannte Zuzahlung leisten. Die Kosten für Rollstühle werden von der Krankenkasse übernommen. Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent. Die Kosten für

⁷ HSV (2005b).

orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder und sonstige Hilfsmittel werden von der Krankenkasse ab einer bestimmten Höhe übernommen, verbunden mit 10-prozentiger Zuzahlung. Der Höchstbetrag, der von der Krankenkasse übernommen wird, beträgt nach den Satzungen der Versicherungsträger bis zu 920 €, für Prothesen bis zu 2.300 €. Weiter werden Transport- und Reisekosten übernommen.

Kuraufenthalt kann bei medizinischer Erforderlichkeit gewährt werden. Die Versorgung erfolgt in eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, in Vertragseinrichtungen oder in Form von Zuschüssen. Die Zuzahlung des Patienten beträgt zwischen 6,19 € und 15,75 € je Tag. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen können ebenfalls gewährt werden. Die Zuzahlung beträgt dann 6,19 € je Tag und wird für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr erhoben. Bei Inanspruchnahme von Leistungen von Psychotherapeuten bzw. klinischen Psychologen ist eine Zuzahlung von 20 Prozent des Vertragshonorars zu entrichten.

Ausgewählte Personengruppen der Freiberufler schließen eine Vollversicherung mit **privaten Krankenkassen** ab. Rund ein Drittel der Bevölkerung hat eine private Zusatzkrankenversicherung. Zum Leistungskatalog der Zusatzkrankenversicherung zählen eine komfortable stationäre Unterbringung und die Kostenübernahme ambulanter Gesundheitsversorgung, die nicht in Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen enthalten ist, z. B. für Zahnersatz. Die PKV finanziert rund 7 Prozent der ambulanten und rund 8 Prozent der stationären Versorgung.

12.3 Versorgung im Pflegefall

Die Pflege ist Länderaufgabe. Die Leistungsausgaben werden über Steuern finanziert. Gesetzliche Grundlage ist das Bundespflegegesetz und Pflegegeldgesetze der Länder. Für die Gewährung von Leistungen gibt es zahlreiche Rechtsgrundlagen wie z. B. Sozialhilfe- und Behindertengesetze der Länder, Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern über gemeinsame Maßnahmen

für pflegebedürftige Personen. Die Leistungen werden durch private und öffentliche Anbieter erbracht.

Es gibt keine Altersgrenzen oder Vorversicherungszeiten. Eine Ausnahme besteht bei Wohnsitzwechsel in ein anderes Bundesland. Je nach Bundesgesetz muss eine Mindestaufenthaltsdauer erfüllt sein, um Anspruch auf stationäre Unterbringung zu haben. Anspruch auf Pflegeleistungen haben alle pflegebedürftigen Personen. Die Pflege wird im Ausmaß des Pflegebedarfs als ambulante, häusliche, teilstationäre und stationäre Leistung erbracht.

Der Leistungskatalog der häuslichen Pflege umfasst Heimhilfe, Fachpflegehilfe, Besuchsdienst, organisierte Nachbarschaftshilfe, mobile therapeutische Dienste, Familienhilfe, Angehörigenberatung, Verleih von Pflegebehelfen, Wäschepflegedienst, Reinigungsdienst, Reparaturdienst, Fahrdienst, persönliche Assistenz, Beratung und Information. Möglich ist die Unterbringung in einer teilstationären Einrichtung, z. B. in einem Tagesheim oder in einer stationären Einrichtung, z. B. in einem Pflegeheim. Die Pflege ist mit Zuzahlung verbunden, die denen der Gesundheitsversorgung entspricht. Darüber hinaus müssen sich die Pflegebedürftigen an den Unterkunftskosten beteiligen. In einigen Bundesländern ist ein Rückgriff auf die Angehörigen zur Finanzierung der Zuzahlungen möglich.

12.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Unfallversicherung wird durch Arbeitgeberbeiträge und durch Beiträge der Selbstständigen finanziert. Der Beitragssatz beläuft sich auf 1,4 Prozent bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3.630 € monatlich. Für das 13. und 14. Gehalt liegt die Bemessungsgrenze bei 7.260 € jährlich. Arbeitnehmer über 60 Jahre sind beitragsfrei. Rechtsgrundlage ist das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Krankenanstaltsgesetz des Bundes sowie Krankenanstaltsgesetze der Länder.

In der Unfallversicherung sind alle Arbeitnehmer versichert. Darüber hinaus erstreckt sich die Versicherungspflicht auf Gewerbetreibende und deren mit-

helfenden Familienangehörige sowie auf Selbstständige und den Selbstständigen gleichgestellte Arbeitsgruppen wie z. B. Lehrer, Musiker und Artisten. Der Versicherungsschutz gilt auch für freie Dienstnehmer, Schüler und Studenten. Von der Versicherungspflicht gibt es keine Ausnahme. Versicherungsfreie Selbstständige und ihre mithelfenden Familienangehörige können sich freiwillig in der Unfallversicherung versichern.

Zu den abgedeckten Risiken gehören Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten. Die Erstversorgung bei Unfällen oder Berufskrankheiten wird im Rahmen der Gesundheitsversorgung der Krankenkassen durchgeführt. Den Unfallversicherungsträgern steht es frei, ob sie eigene Versorgungsstrukturen anbieten.

Es gibt keine Zuzahlung des Versicherten mit Ausnahme eines geringfügigen Kostenbeitrags bei Krankenhauspflege, für Kranken- und Zahnbehandlungsscheine sowie für Arzneimittel. Die Leistungen werden für unbegrenzte Zeit gewährt.

In den ersten vier Wochen werden die Leistungsausgaben von der Krankenkasse übernommen, ab der fünften Krankheitswoche vom Unfallversicherungsträger.

Eine Anerkennung als Berufskrankheit ist nur für bestimmte Krankheiten, die in der Liste der Berufskrankheiten aufgeführt sind, vorgesehen (52 Krankheitskategorien). Eine Mindesteinwirkungsdauer der Krankheitsursachen ist nur bei Meniskusschäden festgelegt (drei Jahre).

Auch Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation werden von den Unfallversicherungsträgern durchgeführt. Darüber hinaus sind die Unfallversicherungsträger zur Kostenübernahme für Heil- und Hilfsmittel verpflichtet.

12.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

2001 beliefen sich die Ausgaben des Gesundheitswesens ohne Geldleistungen auf 17,45 Mrd. € (Tab. 18). Der Anteil der Ausgaben des Gesundheitswesens am Bruttoinlandsprodukt (211,9 Mrd. €) betrug 8,24 Prozent, die Gesundheitsausgaben pro Kopf betragen 2.170 € (Bevölkerung: 8.043.000).

Tabelle 18 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Österreich 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	17,45 Mrd. € ^{b)}
Bruttoinlandsprodukt	211,90 Mrd. €
Bevölkerung	8.043.000
Quotient	
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	8,24 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	2.170 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II). ^{b)} Die Ausgaben werden von offizieller Seite um rund 6 Mrd. € zu niedrig ausgewiesen.

Tabelle 19 zeigt die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in Österreich nach Ausgabenträger und Verwendung 2001.

Tabelle 19 Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in Österreich nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001

Beschreibung	Mrd. €
Gesundheitsversorgung	12,69
Stationäre Versorgung	6,57
Ambulante Versorgung	5,71
Sonstige Gesundheitsversorgung	0,41
Unfallversicherung	0,81
Versorgung im Pflegefall	0,79
Sozialhilfeausgaben für Pflegeheime	0,79
Private Krankenversicherung	0,92
Patienten	2,24
Zuzahlungen	1,27
- davon: Rezeptgebühren	0,31
Direktkäufe	0,97
Insgesamt	17,45

Quellen: Statistik Austria (2005a), Statistisches Jahrbuch 2005. Statistik Austria (2005b), Gesundheitsausgaben in Österreich. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2003). Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen. Ausgabe 2003. BASYS (2004). Zuzahlungen im internationalen Vergleich.

Allerdings sind in den 17,45 Mrd. €, die als Gesamtausgaben des österreichischen Gesundheitswesens von offizieller Seite ausgewiesen sind, nicht alle Ausgaben enthalten, die üblicherweise als Gesundheitsausgaben in den amtlichen Statistiken verbucht werden. So sind in den österreichischen offiziellen Statistiken z. B. die Ärztegehälter der Universitätskliniken, der klinische Mehraufwand, Aufwendungen für Heeres- und Justizspitäler, Aufwendungen für Kranken- und Hauskrankenpflege und Aufwendungen für die Ausbildung im Gesundheitswesen nicht enthalten. Diese Ausgaben werden vielmehr unter anderen Bereichen wie Wissenschaft, Forschung, Justiz und Verteidigung geführt.

Schätzungen gehen davon aus,⁸ dass damit der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt um bis zu 3 Prozentpunkte unterschätzt werden, rund 6 Mrd. €. Werden diese 6 Mrd. € zu den 17,45 Mrd. € hinzugerechnet, so ergeben sich Gesundheitsausgaben von 23,45 Mrd. €, das sind 11,07 Prozent am Bruttoinlandsprodukt und 2.916 € pro Kopf.

12.6 Literaturverzeichnis

- BMGF (2005). Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Die Funktionsweise des österreichischen LKF-Systems.
- Europäische Union (2002). Employment and social affairs. Wichtigste Daten über Sozialausgaben in Österreich.
- HSV(2002). Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Leistungsrechtlicher Teil.
- HSV(2004). Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Leistungsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2004.
- HSV(2005a). Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Beitragsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2005.
- HSV(2005b). Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Leistungsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2004.
- HSV (2005c). Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen.
- HSV (2005d). Krankenanstaltenfinanzierung 2005.
- IPF (2005). Institut für Pharmaökonomische Forschung. Das Gesundheitswesen im OECD/VGR Modell.
- MISSOC (2000). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Financing of Social Security. MISSOC Info 02/2000.
- MISSOC (2002b). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Health Care in Europe. MISSOC Info 03/2002.
- Öbig (2002). Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Selbstbeteiligung – Internationaler Vergleich und Implikationen für Österreich. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen.

⁸ ITF (2005).

Statistik Austria (2005). Statistik Austria. Soziale Sicherheit. Statistisches Jahrbuch 2005.

WHO (2001). World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care System in Transition: Austria.

13 Schweden

13.1 Struktur und Finanzierung

Für das Gesundheitswesen ist das Ministerium für Gesundheit und soziale Angelegenheiten (Socialdepartementet) zuständig. Der Aufgabenbereich umfasst die Gesundheitsversorgung, die Versorgung im Pflegefall und die Unfallversicherung. Die zentrale Verwaltung erfolgt durch die nationale Sozialversicherungsanstalt (Riksförsäkringsverket). Das Zentralamt für Gesundheits- und Sozialwesen (Socialstyrelsen) ist die zentrale Aufsichtsbehörde.

Die Gesundheitsversorgung wird durch 21 Sozialversicherungsämter der Landkreise, die den Provinziallandtagen unterstehen, und durch 290 Versicherungsämter der Gemeinden erbracht. Die Zahl der Einwohner der 21 Landkreise liegt zwischen 60.000 bis 1,7 Millionen.

Die Finanzierung erfolgt zum überwiegenden Teil über Steuern. Die Pflege von älteren oder behinderten Personen liegt im Zuständigkeitsbereich der Gemeinden, mit einer Finanzierung durch Gemeindesteuern. Die Unfallversicherung wird über Arbeitgeberbeiträge und Beiträge der Selbstständigen finanziert.

Jede **Ebene**, d. h. Bundesebene, Provinz und Gemeinde, hat das Recht, ihre Aktivitäten im Gesundheitswesen über selbst festgesetzte Steuern und Gebühren zu finanzieren.

Da sich der Bund seit einigen Jahren aus der zentralen Planung des Gesundheitswesens zurückgezogen hat und sich nunmehr verstärkt auf die Überwachung der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung konzentriert, liegt die wesentliche Verantwortung für die Gesundheitsversorgung bei den Provinzen. Zu den Aufgaben der Provinzen gehören Planung der Gesundheitsversorgung und Verteilung der Finanzmittel auf die Leistungserbringer. Hierzu zählen auch **Gesundheitszentren** sowie, in Abstimmung mit den Gemeinden, der Betrieb von Krankenhäusern. Neben den neun Regionalkrankenhäusern gibt es 80 Provinz- und Gemeindekrankenhäuser und 900 Gesundheitszentren.

Die Kosten der Gesundheitsversorgung werden zu 96 Prozent über **Steuern** finanziert. Die Provinzen finanzieren rund 71 Prozent der Gesundheitsausgaben über eigene Steuern.

Bundessteuern decken 25 Prozent der Gesundheitsausgaben, 4 Prozent werden über Zuzahlungen generiert. Da die Gesundheitsversorgung fast vollständig durch Steuermittel finanziert wird, führen sinkende Steuereinnahmen zu einer Verschlechterung insbesondere der Krankenhausversorgung, was sich vor allem in einer Zunahme von Wartezeiten ausdrückt.

Ambulante Versorgungsverträge werden zwischen Provinzen und selbstständig tätigen Ärzten, Krankengymnasten, Pflegeeinrichtungen und anderen Leistungserbringern abgeschlossen. Diese Berufsgruppen, zu denen z. B. auch Krankenschwestern und Hebammen zählen, sind in Gesundheitszentren zusammengefasst.

Eine wichtige Rolle haben die Bezirksschwestern, die häusliche Krankenbehandlung durchführen.

Der Patient hat freie Wahl zwischen Krankenhäusern, Gesundheitszentren und ambulant tätigen Ärzten. Dies gilt allerdings nur für den eigenen Landkreis. Zur Behandlung in anderen Landkreisen ist eine Überweisung durch den Hausarzt erforderlich.

Alle verordnungsfähigen Arzneimittel müssen beim staatlichen Amt für Arzneimittelwesen (Läkemedelsverket) registriert werden. Der Preis für ein Arzneimittel wird durch Verhandlungen zwischen Staat und pharmazeutischer Industrie festgelegt. Arzneimittel werden durch die schwedische Apotheken-Aktiengesellschaft (**Apoteket AB**) vertrieben, die sich im Besitz des Bundes befindet. Der Arzneimittelverkauf erfolgt durch rund 900 Apotheken, über die der Staat den Verkauf von Arzneimitteln an Patienten und an Krankenhäuser reguliert.

Den **Gemeinden** ist die Zuständigkeit für die Versorgung im Pflegefall übertragen. Kann die Gemeinde den im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung benötigten Pflegeplatz nicht bereitstellen, muss sie die Kosten der weiteren

Krankenhausunterbringung übernehmen. Gleiches gilt seit 1995 für Wohnungen, die von den Gemeinden für psychisch Langzeiterkrankte eingerichtet werden müssen.

Zur hoch spezialisierten medizinischen Versorgung haben sich die Provinzen in sechs Regionen zusammengeschlossen, die 0,9 bis 1,9 Millionen Einwohner umfassen. In jeder Region gibt es ein Universitätskrankenhaus. Die Provinzen haben einen Provinziallandtagsverband (Landstingsförbundet) gegründet, um eine bundesweite Krankenhausversorgung mit möglichst geringer Wartezeit bereit zu stellen.

Es gibt keine Auflistung der wesentlichen bzw. erforderlichen Leistungen in Form eines **Leistungskatalogs**. Die Prioritätensetzung im Gesundheitssektor erfolgt nach den Prinzipien Menschenrechte, Bedürftigkeit, Solidarität und Wirtschaftlichkeit.

Die **Zuzahlung** für ambulante und stationäre Versorgung besteht aus festen Gebühren, verbunden mit Höchstzuzahlungsgrenzen: Innerhalb von 12 Monaten ist die Zuzahlung für ärztliche Versorgung auf höchstens 98 € begrenzt. Für Arzneimittel müssen zusätzlich bis zu 98 € zugezahlt werden. Zuzahlungen, die darüber hinausgehen, werden prozentual erstattet.

Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren müssen keine Zuzahlung leisten. Bei geringen Einkommen werden die Zuzahlungen reduziert.

13.2 Gesundheitsversorgung

Es besteht freie Wahl unter den öffentlich beschäftigten Ärzten sowie unter den privaten Vertragsärzten in der **hausärztlichen Versorgung**. Die Zuzahlung des Patienten liegt je nach Region zwischen 11 € und 28 € je Arztbesuch.

Ein freier Zugang zu **Fachärzten** ist möglich. Die Zuzahlung beträgt je nach Region 16 € bis 33 € je Facharztbesuch. Auch bei fachärztlicher Versorgung in einer Krankenhausambulanz muss eine Zuzahlung geleistet werden.

Die allgemeine **zahnärztliche Versorgung** umfasst die Grundversorgung wie z. B. Kontrolluntersuchungen, Füllungen, Wurzelbehandlung und Notfallversorgung sowie Kieferorthopädie. Für die Grundversorgung werden den Zahnärzten Festbeträge gezahlt. Der Patient zahlt die Kosten, die über den Festbetrag hinausgehen.

Zahnersatz ist im Leistungskatalog enthalten. Erstattet werden Festbeträge.

Die Zuzahlung des Patienten für **Krankenhausversorgung** beträgt 9 € je Tag. Bei Bedürftigkeit kann die Zuzahlung reduziert werden. Seit 1996 wird versucht Wartezeiten zu messen. So sind seit 2000 die Wartezeiten aller Krankenhäuser für elektive Operationen im Internet veröffentlicht. Die Berichterstattung umfasst 25 verschiedene Fachgebiete, sechs diagnostische Prozeduren und 27 stationäre Behandlungsformen.

1991 war eine garantierte maximale **Wartezeit** von drei Monaten eingeführt worden, die jedoch 1997 wieder aufgegeben wurde. Sie wurde ersetzt durch eine Garantie für Besuche beim Hausarzt und beim Facharzt. Der Patient soll nicht länger als acht Tage auf einen Termin beim Hausarzt und bei Überweisung an einen Facharzt nicht länger als 30 Tage warten. Bei eindeutiger Diagnose verlängert sich diese Zeit auf 90 Tage.

Es gibt eine Positivliste mit 6.000 registrierten **Arzneimitteln**. Der Patient trägt sämtliche Arzneimittelkosten bis zu einer Höhe von 98 € innerhalb von 12 Monaten seit dem ersten Kauf. Kosten von 98 € bis 186 € werden zu 50 Prozent, Kosten von 186 € bis 361 € zu 75 Prozent, Kosten von 361 € bis 470 € zu 90 Prozent und Kosten über 470 € vollständig erstattet.

Für **Heilbehandlungen**, die auf Verordnung eines zugelassenen Arztes von Mitarbeitern innerhalb und außerhalb von Gesundheitszentren ausgeführt werden, muss der Patient eine regional unterschiedliche Zuzahlung von etwa 6 € je Behandlung zahlen.

Bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen zählen **Hilfsmittel** zum Leistungskatalog. Brillen sind kein Bestandteil des Leistungskatalogs, außer bei Kindern.

Für Kinder unter 18 Jahre sind 33 € zur Anschaffung einer Brille zu zahlen. Hörgeräte zählen zum Leistungskatalog. Die Zuzahlung beträgt 66 € je Verschreibung sowie bis zu 11 € bei einer einfachen Reparatur. Unter bestimmten Voraussetzungen werden Rollstühle vom Gesundheitszentrum kostenlos zur Verfügung gestellt. Patienten mit verschriebenen Orthesen zahlen 20 Prozent der Gesamtkosten, mindestens 66 € und höchstens 109 €. Prothesen sind von der Zuzahlung befreit. Unter bestimmten Voraussetzungen werden die Kosten von Beförderungen übernommen. Vorsorgekuren werden nicht gewährt. Bei stationärer Rehabilitation gelten die gleichen Regelungen wie beim Krankenhausaufenthalt. Psychotherapeutische Behandlung durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten zählt zum Leistungskatalog.

13.3 Versorgung im Pflegefall

Es gibt keine eigenständige Pflegeversicherung. Die Versorgung im Pflegefall wird durch die Sozialdienste der Gemeinden, insbesondere durch Pflegegeschwestern, erbracht. Seit 1992 ist den Gemeinden neben der häuslichen Pflege auch die Zuständigkeit für Pflegeheime und Langzeitpflege von den Provinzen übertragen worden. Die Ausgaben werden über Gemeindesteuern, Zuweisungen aus Bundesmitteln und über Zuzahlungen finanziert.

Anspruchsberechtigt sind alle Einwohner, die Pflege bedürfen, ohne Altersbegrenzung und ohne Vorversicherungszeit. Zum Leistungskatalog gehören alle medizinischen und sonstigen Leistungen, die zur Pflege und zur Betreuung notwendig sind. Zuzahlungen sind an das Einkommen der pflegebedürftigen Person gebunden. Es werden keine Geldleistungen gezahlt.

Zuzahlungen sind einkommensabhängig und dürfen für die häusliche und teilstationäre Pflege 166 € und für die stationäre Pflege 172 € nicht übersteigen.⁹ Für Einkommensschwache entfällt nach Bedürftigkeitsprüfung die Zuzahlung.

⁹ Socialstyrelsen (2002b).

13.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Unfallversicherung (arbetsskadeförsäkring) wird durch das Arbeitsunfallversicherungsgesetz geregelt. Die Finanzierung erfolgt durch Arbeitgeberbeiträge und Beiträge der Selbstständigen. Der Beitragssatz beträgt 1,38 Prozent.

Zum versicherten Personenkreis zählen alle Arbeitnehmer. Selbstständige müssen sich freiwillig versichern. Abgedeckt sind Risiken, die im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten stehen. Eine besondere Liste von Berufskrankheiten gibt es nicht. Die medizinische Versorgung aufgrund eines Arbeitsunfalls oder aufgrund einer Berufskrankheit erfolgt durch die allgemeine Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus werden von den lokalen Sozialversicherungskassen Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt.

13.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

Tabelle 20 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Schweden 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	20,85 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	244,79 Mrd. €
Bevölkerung	8.909.788
Quotient	
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	8,52 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	2.340 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

2001 beliefen sich die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens ohne Geldleistungen auf 20,85 Mrd. €, bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt von 244,79 Mrd. € ein Anteil von 8,52 Prozent (Tab. 20). Die Pro-Kopf-Ausgaben betragen 2.340 € (Bevölkerung: 8.909.788).

Von den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens entfielen 14,02 Mrd. € auf die Gesundheitsversorgung einschließlich der Versorgung im Pflegefall,¹⁰ davon auf die ambulante Versorgung 6,1 Mrd. €, auf die Krankenhausversorgung 5,65 Mrd. €, auf Arzneimittel 1,97 Mrd. € und auf andere Leistungen 0,3 Mrd. €.

Im Rahmen der Unfall- und Invaliditätsversicherung wurden 3,81 Mrd. € zur Gesundheitsversorgung ausgegeben. Die privaten Ausgaben für Zuzahlungen und Direktkäufe betragen 3,02 Mrd. €.

13.6 Literaturverzeichnis

MISSOC (2000). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Financing of Social Security. MISSOC Info 02/2000.

MISSOC (2002a). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Evolution of the social protection in the EU and EFTA member States. MISSOC Info 02/2002.

MISSOC (2002b). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Health Care in Europe. MISSOC Info 03/2002.

SCB (2004). Statistics Sweden. Social Insurance in: Yearbook 2004.

Schwedische Institut (2003). Das schwedische Gesundheitswesen. Tatsachen über Schweden, Stockholm.

Socialstyrelsen (2002a). The National Board of Health and Welfare. Sweden's Health Care Report 2001.

Socialstyrelsen (2002b). The National Board of Health and Welfare. The Social Services Act.

WHO (2001). World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care System in Transition: Sweden.

¹⁰ Statistiska Centralbyran (2005), Eurostat (1996), BASYS (1998), OECD (2004b).

14 Schweiz

14.1 Struktur und Finanzierung

Das Gesundheitswesen der Schweiz untersteht in der Kranken- und Unfallversicherung der Aufsicht des **Bundesamtes für Gesundheit** (BAG). In der Krankenversicherung ist die gesamte Bevölkerung versichert. Die Krankenversicherung erfolgt durch öffentliche und anerkannte private Krankenkassen. Ergänzend gibt es die Tagegeldversicherung (Band II), die freiwillig für Krankengeld als Einkommensersatz im Krankheitsfall abgeschlossen werden kann.

Krankenhäuser (Spitäler) und Pflegeheime berichten an Bundesbehörden über Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung und über ihren Kostendeckungsgrad.

Es gibt keine eigenständige Pflegeversicherung. Die Finanzierung von Pflegeleistungen erfolgt über die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung und über weitere Gesetze.

Die Unfallversicherung wird von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) sowie durch öffentliche und private Versicherungen durchgeführt und ist verpflichtend für Arbeitnehmer und freiwillig für Selbstständige.

Das **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)** regelt die Krankenversicherung sowie die Krankengeldversicherung. Die Bevölkerung kann zwischen den Krankenkassen wählen. Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts.

Die Krankenkassen dürfen keine Gewinnerzielungsabsicht verfolgen, müssen hauptsächlich als Krankenversicherung tätig und vom eidgenössischen Departement des Innern anerkannt sein. Auch Arbeitgeber, Arbeitnehmerverbände oder ein Dienstherr können eine Krankenversicherung anbieten. In diesen Fällen müssen die Krankenkassen diesen besonderen Krankenversicherungen

eine Entschädigung für die versicherten Personen zahlen. Hierzu legt der Bundesrat Höchstgrenzen für die Entschädigung fest.

Private Krankenkassen müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, z. B. Finanzmittel in eine gemeinsame Stiftung einzahlen, mit denen beispielsweise Zahlungsausfälle beglichen werden. Die privaten Krankenkassen werden vom Bundesamt für Privatversicherungswesen beaufsichtigt. Das Bundesamt gibt den privaten Krankenkassen Weisungen, um eine einheitliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Zwischen den Krankenkassen wird ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, der berücksichtigt, wie viele Frauen und ältere Personen eine Krankenkasse eines Kantons im Vergleich zu anderen Krankenkassen versichert.

Die Krankenkassen werden über **Kopfpauschalen** nach dem Umlageverfahren finanziert. Die Krankenkassen müssen Rückstellungen bilden.

Jede Krankenkasse legt die Kopfpauschale für ihre Versicherten fest. Soweit das KVG keine Ausnahmen oder weitere Vorschriften vorsieht, erhebt eine Krankenkasse von allen Versicherten die gleiche Kopfpauschale. Die Krankenkasse kann die Kopfpauschale nach kantonalen und regionalen Besonderheiten der medizinischen Versorgung abstufen. Maßgebend hierfür ist der Wohnort des Versicherten. Das Bundesamt legt die Regionen für alle Krankenkassen einheitlich fest.

Für Kinder unter 18 Jahren werden geringere Kopfpauschalen erhoben. Dies gilt auch für Versicherte bis zum 25. Lebensjahr. Die Kopfpauschalentarife müssen durch den Bundesrat genehmigt werden.

2004 betrug die durchschnittliche monatliche Kopfpauschale für Erwachsene rund 184 €. Zwischen den Kantonen variierte die monatliche Kopfpauschale zwischen 121 € und 261 €.

Die Krankenkasse kann unterschiedliche Kopfpauschalen erheben, wenn der Versicherte auf eine freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses verzichtet.

Der Bundesrat kann weitere Versicherungsarten zulassen, z. B. Kopfpauschalentarife, die mit höheren Zuzahlungen verbunden sind.

Alle Versicherten müssen sich an den Kosten der Gesundheitsversorgung direkt beteiligen. Die Beteiligung erfolgt über einen festen Jahresbetrag (**Franchise**) in Höhe von 197 €, der nur von Erwachsenen zu zahlen ist, und über einen Selbstbehalt. Der **Selbstbehalt** beträgt 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten, höchstens jährlich 460 € je Erwachsenen und 230 € je Kind. Für alle Kinder einer Familie sind zusammen höchstens 460 € als Selbstbehalt zu zahlen. Es ist nicht zulässig, die 10-prozentige Zuzahlung privat zu versichern. Franchise und Selbstbehalt werden im Folgenden „**allgemeine Zuzahlungsregelung**“ genannt.

Für einkommensschwache Versicherte werden von den Kantonen Prämienverbilligungen als Zuschüsse zur Kopfpauschale gewährt. Mit der Prämienverbilligung soll gewährleistet werden, dass der Krankenkasse für jeden Versicherten die volle Kopfpauschale zur Verfügung steht.

2002 erhielten 33,1 Prozent der Bevölkerung einen Zuschuss zur Kopfpauschale. Die Zuschüsse beliefen sich 2001 auf 1,76 Mrd. €.

Um einen **Zuschuss zur Kopfpauschale** zu erhalten, muss beim Kanton ein Antrag gestellt und die Anspruchsvoraussetzungen anhand eines aktuellen Einkommensteuerbescheids und anhand der Familienverhältnisse nachgewiesen werden.

Die Finanzierung der Zuschüsse erfolgt über Steuern der Kantone, wobei der Bund einen Zuschuss an die Kantone zahlt. Welchen Betrag ein Kanton vom Bund erhält, ist abhängig von der Entwicklung der Leistungsausgaben im Kanton und von der Finanzlage des Bundes. Die Höhe des Bundeszuschusses ergibt sich aus einem Finanzausgleich, der über die Wohnbevölkerung, die Finanzkraft und die Zahl der Versicherten im Kanton durchgeführt wird. Durch Gesetz ist vorgeschrieben, dass die Kantone mindestens die Hälfte der Kopfpauschalenzuschüsse selbst tragen müssen.

Patienten können zwischen den zugelassenen **Leistungserbringern** wählen. Bei der ambulanten Versorgung muss die Krankenkasse allerdings nur diejenigen Kosten tragen, die am Wohn- und Arbeitsort des Patienten gelten. Gleiches gilt für die stationäre oder teilstationäre Versorgung.

Nimmt ein Patient aus medizinischen Gründen einen Leistungserbringer außerhalb des Wohnorts in Anspruch, muss die Krankenkasse die vollen Kosten übernehmen. Medizinische Gründe liegen z. B. bei einem Notfall vor oder wenn die erforderliche Leistung im Kanton oder in der Gemeinde nicht angeboten wird. Nimmt ein Patient aus medizinischen Gründen ein Krankenhaus außerhalb seines Wohnkantons in Anspruch, muss der Wohnkanton die Differenz der Kosten tragen, wenn die Versorgung außerhalb des Wohnkantons teurer ist als im Wohnkanton selbst. Die Einzelheiten regelt der Bundesrat.

Die Leistungserbringer werden nach mehreren Methoden vergütet. Zur Anwendung kommen Pauschaltarife, Einzelleistungstarife oder andere Tarife, die zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbart werden. Die Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vereinbart. Nur in Einzelfällen werden Tarife und Preise durch die Behörde festgesetzt.

Beim Pauschaltarif wird eine pauschale **Vergütung** für die Behandlung je Patient oder für die Versorgung je Versichertengruppe gezahlt. Die Patienten- oder Versichertenpauschalen werden über ein Globalbudget geregelt, das entsprechend der erwarteten Leistungen auf Grundlage der in der Vergangenheit beobachteten Leistungsausgaben festgesetzt wird. Neben diesen vor allem für die ambulante Versorgung vorgesehenen Vergütungsmodalitäten gibt es Sondertarifverträge mit Ärzteverbänden für Krankenhäuser, Pflegeheime, Laboruntersuchungen, Arzneimittel und Heilmittel. Bei außerordentlichen Ausgabensteigerungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen können die Krankenkassen eine Zusatzfinanzierung durch die Kantone beantragen.

In Ausnahmefällen können die Genehmigungsbehörden die Tarife für die Vergütung der medizinischen Versorgung festsetzen, z. B. wenn die durchschnitt-

lichen Kosten je Versicherten für die ambulante und stationäre Versorgung doppelt so stark ansteigen wie die Inflationsrate bzw. die Lohnsteigerungsrate. In diesen Fällen kann die Behörde anordnen, dass die Vergütungstarife und Preise für sämtliche medizinischen Leistungen nicht erhöht werden dürfen.

Leistungskatalog und Zuzahlungsregelungen werden vom Bundesrat bestimmt.

Grundsätzlich sind alle medizinischen Güter und Dienstleistungen mit den allgemeinen Zuzahlungsregelungen belegt. Leistungen im Rahmen der Mutterschaft sind von der Zuzahlung ausgenommen. Ebenso muss für gewisse Präventionsmaßnahmen im Rahmen landesweiter oder kantonaler Programme keine Franchise entrichtet werden. Bei Vorliegen einer Versicherung mit beschränkter Wahl der Leistungserbringer, z. B. HMO, kann der Versicherte völlig oder teilweise auf die Erhebung der Zuzahlung und der Franchise verzichten. Personen, die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhalten, wird die Beteiligung an den Kosten bis zu einem Höchstbetrag rückvergütet.

14.2 Gesundheitsversorgung

In der **hausärztlichen Versorgung** besteht freie Arztwahl. Sofern nichts anderes zwischen Krankenkasse und Patient vereinbart wurde, wird das Arzthonorar von dem Versicherten bezahlt und durch die Krankenkasse erstattet, abzüglich Franchise und Selbstbehalt.

Es besteht freier Zugang zu **Fachärzten**. Es gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen.

Die Kostenübernahme bei **zahnärztlicher Behandlung** durch die Versicherungsträger beschränkt sich auf Behandlungsfälle, die durch eine schwere Erkrankung bedingt sind oder durch einen Unfall verursacht wurden, der nicht durch die Unfallversicherung gedeckt ist. Prinzipiell werden nur medizinische Indikationen erstattet (Positivliste).

Ebenso werden die Kosten vom **Zahnersatz** nur aus medizinisch notwendigen Gründen durch die Krankenkasse übernommen.

Es besteht freie Wahl unter den **Spitälern**, die auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Es kommen die allgemeinen Zuzahlungsregelungen zur Anwendung. Hinzu kommt ein Kostenbeitrag von 6,40 € je Tag.

Für erstattungsfähige **Arzneimittel** gibt es eine Positivliste. Die Zuzahlung entspricht den allgemeinen Zuzahlungsregelungen.

Verordnete physiotherapeutische Maßnahmen und weitere **Heilmittel** werden von den Krankenkassen übernommen. Es gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen.

Für erstattungsfähige **Hilfsmittel** gelten ebenfalls die allgemeinen Zuzahlungsregelungen. Für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gewährt die Krankenversicherung jährlich und für Erwachsene alle fünf Jahre eine Brille. Die Kostenbeteiligung der Krankenkasse beträgt jeweils 129 €. Bei Hörhilfen erfolgt eine Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Hörgeräte nur dann, wenn eine medizinische Notwendigkeit vorliegt und die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung nicht erfüllt sind. Rollstühle zählen ohne Zuzahlungen zum Leistungskatalog. Körperersatzstücke werden durch die Invalidenversicherung finanziert. Es gibt jedoch eine Beteiligung der Krankenversicherung bei bestimmten Körperersatzstücken.

Die Krankenkassen tragen die Kosten von medizinisch notwendigen Transporten. Sie beteiligen sich mit einem Zuschuss von 6,81 € je Tag an Badekuren, wobei der Zuschuss für höchstens 21 Tage gezahlt wird. Stationäre Rehabilitationskuren sind im Leistungskatalog enthalten ebenso wie die häusliche Krankenpflege und psychotherapeutische Behandlung durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten. Es gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen. Weitere Leistungen sind berufliche Eingliederungsmaßnahmen, die nicht von der Invalidenversicherung übernommen werden.

14.3 Versorgung im Pflegefall

Es gibt keine eigene Pflegeversicherung. Die Versorgung im Pflegefall erfolgt durch mehrere Bereiche der sozialen Sicherung. Pflegebedingte Leistungen sind Inhalt der Gesetze zur Krankenversicherung (KVG),¹¹ Unfallversicherung (UVG), Invalidenversicherung (IVG), Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG), Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) und bundesgesetzlicher Vorschriften des allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

Anspruch auf Krankenpflege haben pflegebedürftige Personen nach dem KVG und dem UVG ohne Altersbegrenzung, nach dem IVG bis zum Rentenalter, bei Geburtsgebrechen bis zum 21. Lebensjahr. Die Pflegeleistungen der Hilflosenentschädigung bis zum Rentenalter sind im IVG geregelt, ab dem Rentenalter im AHVG und ohne Altersbegrenzung im UVG. Besondere Pflegekosten werden durch das ELG geregelt für Rentner, für Invalide ab dem 18. Lebensjahr und für Hinterbliebene.

Zur Versorgung im Pflegefall zählen Untersuchung, Behandlung und Pflegemaßnahme durch Ärzte, Chiropraktiker, Krankenpflegepersonen und private Anbieter, sowohl in Form häuslicher Pflege als auch in teil- und vollstationären Einrichtungen.

Als weitere Leistungen werden den Pflegebedürftigen Hilfsmittel in einfacher und zweckmäßiger Ausführung, die in einer Liste verzeichnet sind, bereitgestellt. Sie gehen entweder in das Eigentum der pflegebedürftigen Person über oder werden leihweise abgegeben. Die Krankenkasse übernimmt bis zu einem Höchstbetrag die Kosten. Die Invalidenversicherung trägt die Kosten von Hilfsmitteln, die zur Fortbewegung und zur Herstellung des Kontakts mit der Umwelt

¹¹ KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung), UVG (Bundesgesetz über die Unfallversicherung), IVG (Bundesgesetz über die Invalidenversicherung), AHVG (Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung), ELG (Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung), ATSG (Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts).

wichtig sind. Die Unfallversicherung trägt die Kosten von Hilfsmitteln zum Ausgleich körperlicher Schädigungen oder von Funktionsausfällen.

14.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Unfallversicherung wird über Beiträge der Arbeitgeber und der Selbstständigen finanziert. Die Beitragssätze werden in Abhängigkeit vom Arbeitsrisiko erhoben und variieren zwischen 0,041 und 17,19 Prozent. Die Beitragsbemessungsgrenze beläuft sich auf 68.396 € im Jahr. Gesetzliche Grundlage ist das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und das Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

Zum pflichtversicherten Personenkreis zählen u. a. alle Arbeitnehmer, Heimarbeiter, Lehrlinge und Praktikanten. Freiwillig können sich Selbstständige und mitarbeitende Familienangehörige versichern. Durch die Unfallversicherung abgedeckt sind Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten.

Gegen Unfälle, die sich außerhalb des Arbeitsplatzes ereignen, sind Arbeitnehmer mit einer Beschäftigungsdauer von mindestens acht Stunden je Woche sowie Bezieher von Tagegeld der Arbeitslosenversicherung versichert. Unfälle, die dem Versicherten zustoßen bei Arbeiten, die er auf Anordnung des Arbeitgebers oder in dessen Interesse ausführt, sowie Unfälle, die während einer Arbeitspause oder vor oder nach der Arbeit eintreten, wenn der Versicherte sich auf der Arbeitsstätte oder im Bereich der mit seiner beruflichen Tätigkeit zusammenhängenden Gefahren aufhält, sind ebenfalls gedeckt. Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschließlich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht wurden, sind gemäß Verzeichnis versichert, ebenso weitere Krankheiten, für die nachgewiesen werden kann, dass sie ausschließlich oder überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind (Generalklausel).

Bei der Unfallversorgung besteht freie Arzt- und Krankenhauswahl. Die Kosten trägt die Unfallversicherung. Es gibt keine Zuzahlung. Die Leistungen werden für unbegrenzte Zeit gewährt. Zusätzlich werden die Kosten für Hilfsmittel, aber

auch Kosten für Schäden an Sachen, Reisetransport- und Rettungskosten sowie Leichentransportkosten übernommen. Leistungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation werden durch die Invalidenversicherung erbracht.

14.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

In Tabelle 21 sind die Ausgaben des Gesundheitswesens für die Gesundheitsversorgung ohne Geldleistungen dargestellt. Die Gesundheitsausgaben beliefen sich 2001 auf 22,35 Mrd. €. An den Gesamtausgaben waren die Krankenversicherung mit 45 Prozent, Zuzahlungen und Direktkäufe mit 37 Prozent (ohne Kopfpauschalen) und andere Bereiche mit 18 Prozent beteiligt.

Tabelle 21 Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in der Schweiz nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001

Beschreibung	Mrd. €
Gesundheitsversorgung	10,01
Ambulante Versorgung	6,42
- Arzneimittel	2,00
- Ärztliche Versorgung	3,68
- Sonstige Behandlungskosten	0,74
Stationäre Versorgung	2,88
Verwaltung	0,60
Zinsen	0,11
Unfallversicherung	0,85
Private Krankenversicherung ^{a)}	3,11
Patienten ^{b)}	8,38
Zuzahlungen	3,09
Direktkäufe	5,29
Insgesamt	22,35

Quelle: a) OECD (2004). b) BASYS (2004), BFS (2005). Bundesamt für Statistik (2004, 2005).

Tabelle 22 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in der Schweiz 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	22,35 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	274,58 Mrd. €
Bevölkerung	7.255.600
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	8,14 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	3.080 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

Tabelle 22 zeigt, dass der Anteil der Leistungsausgaben des Gesundheitswesens am Bruttoinlandsprodukt 274,58 Mrd. € betrug (8,14 Prozent), pro Kopf wurden 3.080 € ausgegeben (Bevölkerung: 7.255.600).

14.6 Literaturverzeichnis

- BAG (2002). Bundesamt für Gesundheit. Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen 1996 bis 1999 (Publikation BFS). Krankenversicherung Statistiken.
- BfS (2002). Bundesamt für Statistik. Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2002.
- BfS (2003). Bundesamt für Statistik. Gesamtschweizerische Eckdaten.
- BSV (2002). Bundesamt für Sozialversicherung. Statistik der Krankenversicherung 2001.
- BSV (2004). Bundesamt für Sozialversicherung (2004). Sozialversicherung der Schweiz 2004.
- Conf (2005). Confoederatio Helvetica. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 22. Februar 2005).
- Interpharma (2002). Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz. Das Gesundheitswesen in der Schweiz, Leistungen, Kosten, Preise.
- MISSOC (2002c). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Health Care in Europe. MISSOC Info 03/2002.

OBSAN (2002). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Panorama Gesundheit - Die Schweiz im europäischen Vergleich.

WHO (2000). World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care System in Transition: Switzerland.

15 Vereinigte Staaten von Amerika

15.1 Gesundheitswesen im Überblick

15.1.1 Struktur

Das Gesundheitswesen der Vereinigten Staaten von Amerika (USA) ist ein **marktwirtschaftlich** ausgestalteter Krankenversicherungsmarkt. Ein Teil der Bevölkerung hat über die staatlichen Gesundheitssysteme Medicare und Medicaid einen Basisschutz gegen Krankheit.

Medicare ist zuständig für die Gesundheitsversorgung von Altersrentenempfängern über 65 Jahre sowie Personen unter 65 Jahre mit bestimmten Behinderungen oder mit terminaler Niereninsuffizienz. Im Jahr 2000 waren dies rund 40 Millionen Personen (14 Prozent der Bevölkerung). Medicare wird über Arbeitnehmer- und Versichertenbeiträge finanziert.

Unter dem Begriff **Medicaid** wird für 43 Millionen nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger (15 Prozent der Bevölkerung) ein vom Umfang her eingeschränkter Leistungskatalog zur Verfügung gestellt. Kindern aus einkommensschwachen Familien wird über das „State Children’s Health Insurance Program“ ein gegenüber Medicaid erweiterter Leistungskatalog geboten. Medicaid und das Programm für Kinder werden über Steuern finanziert.

Rund drei Viertel der Bevölkerung haben eine **private Krankenversicherung**, z. B. als Zusatz- oder Vollversicherung. Versicherungsschutz wird von privaten Krankenkassen, von gemeinnützigen und staatlichen Institutionen, von kommerziellen Unternehmen, aber auch von Unternehmen in Form von privaten Betriebskrankenkassen angeboten. Zum Leistungskatalog der PKV zählen unterschiedliche Vertragskonstellationen. Gesetzliche Vorschriften über eine Mindestsicherung gibt es nicht, so dass nicht alle in der PKV Versicherten über eine Vollversicherung verfügen.

Militärangehörige haben eine eigene Krankenversicherung (3 Prozent der Bevölkerung), deren Leistungskatalog umfassend ist.

Es gibt keine eigenständige Pflegeversicherung. Die Versorgung im Pflegefall wird über die Krankenversicherung oder privat finanziert.

Im Gegensatz zur Krankenversicherung ist die Unfallversicherung (Workers Compensation) eine überwiegend einheitlich gesetzlich geregelte Versicherung, die durch Arbeitgeberbeiträge finanziert wird.

15.1.2 Medicare

Medicare ist eine Krankenversicherung für **Altersrentenempfänger** über 65 Jahren und Personen unter 65 Jahren mit bestimmten **Behinderungen** oder mit terminaler Niereninsuffizienz. Die Zuständigkeit für Medicare liegt beim „Department of Health and Human Services“; die Gesundheitsversorgung erfolgt in den Bundesstaaten durch lokale Einrichtungen.

Medicare ist nach dem Sachleistungsprinzip organisiert. Der Medicare Gesundheitsplan umfasst den Original Medicare Plan sowie erweiterte Medicare-Pläne (Medicare Advantage Plan) mit einem umfassenderen Leistungskatalog. Erweiterte Medicare-Pläne beinhalten Managed Care Plans, Preferred Provider Organization (PPO) Plans, Private Fee-for-Service Plans sowie Speciality Plans. Eine weitere Möglichkeit für Patienten, die im Original Medicare Plan ausgeschlossenen Leistungen abzudecken, besteht im Abschluss einer ergänzenden privaten Medigap-Versicherung, die die „Lücken“ in der Krankenversicherung schließen soll. In der Medigap-Versicherung kann zwischen zehn standardisierten Versicherungsplänen, deren Prämie vom jeweiligen Leistungsumfang abhängig ist, gewählt werden. Patienten mit einem erweiterten Medicare-Plan benötigen keine ergänzende Versicherung.

Der Original Medicare Plan besteht aus einer Krankenhausversicherung (Hospital Insurance, HI) und einer ergänzenden medizinischen Versicherung

(Supplementary Medical Insurance, SMI). Der Original Medicare Plan beinhaltet keine freie Arzt- und Krankenhauswahl.

Die Krankenhäuser werden bei Medicare-Patienten nach einem Fallpauschalen-System vergütet. In der ambulanten Versorgung wird nach amtlichen Gebührenordnungen abgerechnet. Zusätzlich gibt es amtliche Vergütungssysteme für die häusliche und stationäre Pflege und die Rehabilitation.

Zum Leistungskatalog der **Krankenhausversicherung** zählen:

- Stationäre Versorgung
- Pflege dann, wenn zuvor ein dreitägiger Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat
- Häusliche Pflege dann, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird
- Stationäre Pflege bei einer Lebenserwartung von sechs oder weniger Monaten. In diesen Fällen übernimmt die Krankenhausversicherung die gesamten Kosten der Versorgung.

Werden medizinische Leistungen im Krankenhaus in Anspruch genommen, so übernimmt die Krankenhausversicherung nur einen Teil der Kosten. Für die ersten 60 Krankenhaustage muss der Patient je Tag 16 €, von Tag 61 bis Tag 90 täglich 244 € und von Tag 90 bis Tag 150 täglich 489 € zuzahlen. Danach muss der Patient die Kosten in voller Höhe selbst tragen. Dies gilt jeweils für einen Krankenhausaufenthalt.

Werden im Rahmen der Krankenhausversicherung Pflegeleistungen in Anspruch genommen, übernimmt Medicare die vollen Kosten für die ersten 20 Tage. Für den 21. bis zum 100. Tag eines Jahres muss der Patient Zuzahlungen in Höhe von 122 € je Tag leisten. Ab dem 101. Pfl egetag müssen die Kosten selbst getragen werden.

Bei einem Krankenhausaufenthalt über 90 Tage erhält der Patient zusätzlich eine so genannte „lifetime reserve“ von zusätzlich 60 Krankenhaus- bzw.

Pflegetagen mit einer Zuzahlung von 489 € je Tag, die einmalig gewährt wird und über die gesamte Lebenszeit aufgebraucht werden kann.

Die Krankenhausversicherung übernimmt zeitlich begrenzt die Kosten der häuslichen Pflege, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird. Die Kosten werden für die 100 ersten Besuche übernommen. Die für die häusliche Pflege notwendigen Gerätschaften werden zu 80 Prozent von der Krankenhausversicherung getragen, 20 Prozent muss der Pflegebedürftige zahlen.

Für einige Patienten können die Zuzahlungen von einem durch den Arbeitgeber finanzierten Renten-Gesundheitsplan oder von einer privaten Medigap-Versicherung getragen werden. Die Zuzahlung von Sozialhilfeempfängern übernimmt Medicaid.

Alle Personen, die in der Krankenhausversicherung versichert sind, haben auch Zugang zur **ergänzenden medizinischen Versicherung**. Zum Leistungskatalog zählen u. a.:

- Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung
- Notfallambulanz
- Häusliche Pflege
- Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen u. a.
- Ambulante Rehabilitation nach Krankheit und Unfall
- Verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Nicht zum Leistungskatalog zählen Zahnersatz, Sehhilfen, Hörgeräte und die meisten Arzneimittel. Die Zuzahlungen belaufen sich bei ambulanter Versorgung auf 20 Prozent der Kosten, bei psychologischer / psychotherapeutischer Versorgung auf 50 Prozent.

Die Krankenhausversicherung wird über Beiträge der Erwerbstätigen und über Arbeitgeberbeiträge finanziert. Der Beitragssatz beträgt 2,9 Prozent des Brutto-

gehalts, bei Selbstständigen des Gewinns. Darüber hinaus werden Beiträge auf Kapitaleinkünfte erhoben.

Rund 25 Prozent der Ausgaben der ergänzenden medizinischen Versicherung werden über Kopfpauschalen finanziert. Im Gegensatz zur Krankenhausversicherung werden die Kopfpauschalen von den Anspruchsberechtigten in Höhe von 112 € im Monat gezahlt. 75 Prozent der Ausgaben werden durch den Bund finanziert.

15.1.3 Medicaid

Medicaid wurde 1965 für **einkommensschwache Personen und Familien** eingeführt. Die Finanzierung erfolgt über Steuern. Mindestens 50 Prozent, aber höchstens 83 Prozent werden durch Bundessteuern finanziert. Jeder Bundesstaat führt ein eigenes Medicaid-Programm durch und bestimmt Zuzahlungen, Versorgungseinrichtungen und die Dauer der Versorgung. Zum anspruchsberechtigten Personenkreis zählen Personen, die unterhalb der Armutsgrenze leben. Für andere Einkommensschwache haben einige Bundesstaaten freiwillige Gesundheitsprogramme, z. B. für Neugeborene bis zum Alter von einem Jahr oder für deren Mütter, für Kinder bis zum Alter von 21 Jahren, für Pflegebedürftige, Blinde und andere Hilfsbedürftige.

Die Gesundheitsversorgung umfasst u. a.

- Krankenhausversorgung
- Ambulante Versorgung in Ambulanzen
- Mutterschaftsvorsorge
- Impfungen für Kinder
- Familienplanung
- Häusliche Pflege
- Laboruntersuchungen.

Darüber hinaus können die Bundesstaaten weitere Leistungen auch ohne Zahlungen anbieten, z. B. diagnostische Leistungen, verschreibungspflichtige Arzneimittel, Prothesen und Transporte. Alle Bundesstaaten begrenzen die Krankenhaustage und die Zahl der Arztkontakte. Die Patienten haben keine freie Arzt- und Krankenhauswahl.

15.1.4 Private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung spielt in den USA eine besondere Rolle. Fast drei Viertel der Bevölkerung sind in einer privaten Krankenkasse versichert. Der private Krankenversicherungsschutz reicht von Zusatzversicherungen über Teilversicherungen bis zur Vollversicherung. Der größte Teil der PKV ist marktwirtschaftlich organisiert, wobei private Krankenversicherungen jede Rechtsform annehmen können. Die Prämien zur PKV sind zu 60 Prozent vom eigenen zu versteuernden Einkommen absetzbar. Selbstständige können 85 Prozent der Prämien und Unternehmen 100 Prozent vom Gewinn abziehen.

Die PKV kann in vier Gruppen eingeteilt werden:

- Medigap-Krankenkassen
- Managed Care-Krankenkassen
- Gemeinnützige „Blue Cross“- und „Blue Shield“-Krankenkassen
- Kommerzielle Krankenkassen.

In den **Medigap-Krankenkassen** können sich Medicare-Versicherte versichern, wovon rund zwei Drittel Gebrauch machen. Einkommensschwache haben prinzipiell keine Medigap-Versicherung. Darüber hinaus können Zusatzversicherungen abgeschlossen werden, mit denen die Leistungsausschlüsse in Medicare abgedeckt werden. Medigap-Krankenkassen sind überwiegend gemeinnützige Blue Cross- und Blue Shield-Krankenkassen, aber auch kommerzielle und staatliche Krankenkassen.

Leistungskatalog, Versicherungsmodalitäten und Finanzierung durch Kopfpauschalen sind staatlich reguliert. Je nach Versicherungsschutz beträgt die monatliche Kopfpauschale 211 € bis 383 €. Die staatliche Regulierung beinhaltet z. B., dass den Medigap-Krankenkassen vorgeschrieben ist, standardisierte Policen zu verkaufen, bisherige Policen zu erneuern und den Zugang zu diesen Policen allen Medicare-Versicherten zu gewährleisten. Die Medicare-Versicherten können 10 standardisierte Policen wählen, die mit A bis J gekennzeichnet sind. A bedeutet den geringsten und J einen fast vollständigen Versicherungsschutz.

Die Gesetze der Bundesstaaten regeln den Leistungskatalog der 10 Policen, mit Ausnahme der Bundesstaaten Massachusetts, Minnesota und Wisconsin. In 20 weiteren Bundesstaaten gibt es zusätzliche Leistungen in den 10 Policen.

Die **Managed Care-Krankenkassen** organisieren die Gesundheitsversorgung durch Health Maintenance Organizations (HMO). Diese Krankenkassen haben sich seit Beginn der 70er Jahre entwickelt. Die Managed-Care Krankenkassen werden von staatlichen Einrichtungen, gemeinnützigen Organisationen, kommerziellen Krankenkassen und von Unternehmen betrieben.

Die Versicherten haben keine freie Arzt- und Krankenhauswahl, da die Patienten durch vorgegebene Behandlungswege geführt werden. Die Gesundheitsversorgung wird durch angestellte Ärzte, Gruppenarztpraxen und ausgewählte Krankenhäuser erbracht. Die ambulant tätigen Ärzte erhalten für jeden Patienten eine Kopfpauschale (capitation).

Die Gesundheitsversorgung ist durch die Begriffe gelenkte Gesundheitsversorgung (Managed Care), Krankheitsmanagement (Disease Management) und Fallmanagement (Case Management) geprägt. Über Managed Care wird versucht, durch systematische Steuerung der Versorgungsprozesse die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Disease Management verfolgt das Ziel einer besseren, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere bei chronischen Erkrankungen. Der Schwerpunkt liegt auf der Vorbeugung und der Vermeidung von Folgeerkrankungen. Case Management

versucht die Gesundheitsversorgung in der Krankheitsperiode so zu steuern, dass die individuell notwendige Versorgung zeitnah und ohne Wartezeiten bereitgestellt wird. Alle Verfahren sollen Kosten sparen.

Die **Blue Cross und Blue Shield-Krankenkassen** werden in allen Bundesstaaten von gemeinnützigen Organisationen angeboten. Die „blauen“ Krankenkassen bieten individuellen Versicherungsschutz, aber auch Versicherungsschutz in Form von Betriebskrankenkassen, der von Unternehmen gekauft werden kann. Die Gesundheitsversorgung erfolgt überwiegend als managed care.

Die **kommerziellen Krankenkassen** finanzieren ihre Leistungsausgaben über risikoabhängige Prämien. Der Leistungskatalog umfasst alle denkbaren Konstellationen, von einer Grundversicherung bis zur Vollversicherung. Versicherte haben freie Arztwahl. Es sind Managed-Care-Versorgungsstrukturen möglich. Wie bei den blauen Krankenkassen werden die Versicherungspolicen Personen und Unternehmen angeboten.

Kommerzielle Krankenkassen sind marktwirtschaftlich ausgerichtet. Dennoch werden die Versicherungsmodalitäten zum Teil durch staatliche Vorschriften wie bei privaten Lebens- und Unfallversicherungen reguliert. Hierzu zählen z. B. Vorschriften zur Übertragbarkeit von Altersrückstellungen.

In den meisten Bundesstaaten gibt es ein „community rating“, wonach die Prämien als Kopfpauschalen über die Gesundheitsrisiken der Gemeinde ermittelt wird. Einige Staaten haben zwischen kommerziellen, gemeinnützigen und staatlichen Krankenkassen einen Risikostrukturausgleich, der zum Teil auch durch Steuern finanziert wird („high risk pools“).

15.2 Gesundheitsversorgung

Bei der **hausärztlichen Versorgung** unter Medicare, Medicaid, Medigap, Managed Care und HMO besteht keine freie Arztwahl. Grundsätzlich gilt das Sachleistungsprinzip. Nur bei einem Teil der kommerziellen privaten Krankenkassen gibt es freie Arztwahl und das Kostenerstattungsprinzip.

Auch bei der **fachärztlichen Versorgung** besteht mit Ausnahme der kommerziellen privaten Krankenversicherung kein freier Zugang zu Fachärzten.

Die **zahnärztliche Versorgung** und der **Zahnersatz** gehören im Allgemeinen nicht zum Leistungskatalog. Ausnahmen gibt es für Zahnbehandlung und Zahnersatz, der aus zwingenden medizinischen Gründen durchgeführt werden muss. Im Übrigen muss zahnärztliche Versorgung und Zahnersatz durch private Krankenversicherung oder durch Direktkäufe finanziert werden.

Patienten, die durch Versicherungsprogramme außerhalb der kommerziellen Krankenversicherungen versichert sind, haben im Allgemeinen **keine freie Krankenhauswahl**. Die Modalitäten der Zuzahlung im Krankenhaus sind nur für Medicare gesetzlich geregelt. Leistungsumfang und Zuzahlung ergeben sich aus dem jeweiligen Versicherungsvertrag.

In den staatlichen Programmen Medicare und Medicaid gibt es sowohl eine Positivliste für erstattungsfähige **Arzneimittel** als auch eine Negativliste. Auch in den übrigen Versicherungssystemen müssen die meisten Arzneimittel vom Patienten selbst bezahlt werden. Zu den wenigen Arzneimitteln, die von Medicare übernommen werden, gehören z. B. Erythropoetin, Immunsuppressiva sowie Medikamente zur Krebstherapie. Für diese Arzneimittel muss der Patient eine Zuzahlung von 20 Prozent leisten.

Ein großer Teil der **Heilmittel**, wie z. B. Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie, gehört zum Leistungskatalog der staatlichen Gesundheitsversorgung, verbunden mit den jeweiligen Zuzahlungsregelungen. **Hilfsmittel** gehören bis auf wenige Ausnahmen nicht zum Leistungskatalog. Zu den Ausnahmen zählen beispielsweise Prothesen, die ein Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, eine Brille bzw. Kontaktlinsen nach einer Kataraktoperation, Ostomie-Sammelbeutel und anderes Zubehör sowie Brustprothesen nach Brustamputation. Rollstühle werden unter der Bedingung, dass der Patient „an Bett oder Stuhl gefesselt“, d. h. nicht gehfähig ist, bei Verordnung durch einen Arzt gestellt. Ein elektrischer Rollstuhl wird übernommen, wenn der Patient nicht in der Lage ist, einen anderen Rollstuhl manuell zu bedienen.

15.3 Versorgung im Pflegefall

Es gibt keine eigenständige Pflegeversicherung. Die Versorgung im Pflegefall erfolgt für die über 65-Jährigen durch Medicare, für Einkommensschwache gibt es eine eingeschränkte Versorgung durch Medicaid und für privat Krankenversicherte durch das gewählte Versorgungsprogramm einer privaten Krankenversicherung. Alle Personen ohne bzw. mit eingeschränktem Versicherungsschutz müssen die Versorgung im Pflegefall selbst finanzieren.

15.4 Versorgung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Unfallversicherung (workers compensation) war in den USA die erste landesweit eingeführte Sozialversicherung. In allen Bundesstaaten gibt es Unfallversicherungen, durch Arbeitgeberbeiträge finanziert, wobei die Höhe der Beiträge von den Arbeitsplatzrisiken abhängt. Arbeitgeber können entweder private oder staatliche Unfallversicherungen abschließen oder ab einer bestimmten Unternehmensgröße eigene Unfallversicherungen betreiben.

2002 waren rund 45 Prozent der Bevölkerung (127 Millionen) in einer betrieblichen oder staatlichen Unfallversicherung versichert. Hierzu zählen auch Heimarbeiter, Beschäftigte der Landwirtschaft, Bahnangestellte, Seeleute und Selbstständige. Abgedeckt sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Die Unfallversorgung umfasst die medizinisch notwendige Versorgung und Rehabilitation. In der Regel müssen die Versicherten keine Zuzahlung leisten. In einigen Bundesstaaten gibt es geringe Zuzahlungen für stationäre und ambulante Versorgung.

15.5 Zusammenfassende Statistik der Gesundheitsleistungen

Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt von 11.183,00 Mrd. € betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben 14,4 Prozent (Tab. 23). Pro Kopf wurden 5.665 € ausgegeben (Bevölkerung: 285.102.075).

Tabelle 23 Zusammenfassende Statistik der Ausgaben für Gesundheitsleistungen in den USA 2001

Bezeichnung	Kennzahlen
Ausgaben für Gesundheitsversorgung ^{a)}	1.616,00 Mrd. €
Bruttoinlandsprodukt	11.183,00 Mrd. €
Bevölkerung	285.102.075
Quotient	Kennzahlen
Ausgaben / Bruttoinlandsprodukt	14,44 %
Ausgaben / Bevölkerung (Pro-Kopf-Ausgaben)	5.665 €

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. ^{a)} Ohne Geldleistungen (Band II).

Die Leistungsausgaben von Medicare beliefen sich 2001 auf 268,82 Mrd. €. ¹² Hiervon entfielen auf die Krankenhausversicherung 157,59 Mrd. € und auf die ergänzende medizinische Versicherung 111,23 Mrd. €. Die Verwaltungskosten betragen 4,36 Mrd. €. Die Leistungsausgaben von Medicaid betragen 207,93 Mrd. €. ¹³

Tabelle 24 zeigt die Ausgaben des Gesundheitswesens nach Ausgabenträger und Ausgabenbereich. 2001 wurden 1.616,00 Mrd. € für die Gesundheitsversorgung ausgegeben. 34 Prozent der Leistungsausgaben entfielen auf die PKV, 32 Prozent auf den Bund, 14 Prozent auf Zuzahlungen, 13 Prozent auf die Bundesstaaten, 5 Prozent auf Direktkäufe der Patienten und 2 Prozent auf die Unfallversicherung.

¹² SSA (2002).

¹³ DOH (2004).

Tabelle 24 Leistungsausgaben des Gesundheitswesens in den USA nach Ausgabenträger und Versorgungsbereich in Mrd. € 2001

Beschreibung	Insgesamt in Mrd. €	Personen			Öffentliche Finanzierung			
		Gesamt	Davon		Gesamt	Davon		
			Zuzahlungen	PKV		Andere	Bund	Länder und Gemeinden
Stationäre Versorgung	498	204	15	167	22	294	237	57
Ambulante Versorgung	425	302	69	208	25	123	101	22
Sonstige ambulante Versorgung	93	40	14	18	8	53	32	22
Häusliche Pflege	38	16	7	8	1	22	16	6
Stationäre Pflege	113	45	32	9	4	68	47	21
Arzneimittel	157	122	48	75	-	35	20	15
Heil- und Hilfsmittel	55	46	42	4	-	8	8	-
Verwaltung	101	67	-	66	1	34	19	15
Weitere Ausgaben	53	-	-	-	-	53	6	47
Forschung, Investitionen	59	20	-	-	20	39	30	9
Unfallversicherung	24	-	-	-	-	24	-	24
Insgesamt	1.616	861	226	554	82	755	518	237

Quellen: a) CMS (2005a). Tabelle 3. b) US Census (2005b). Tabelle 541.

15.6 Literaturverzeichnis

- CDC (2003). Centers for Disease Control and Prevention. Expenditures for health services and supplies and percent distribution, by type of payer: United States, selected calendar years 1987-2000.
- CMS (2005a). Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Tables USA.
- CMA (2005b). Center for Medicare Advocacy, Incorporation. Medicare Supplement Insurance "Medigap".
- DOH (2002a). U.S. Department of Health and Human Services. Health, United States, 2002.
- DOH (2002b). U.S. Department of Health and Human Services. Medigap Policies and Protections.
- DOH (2004). U.S. Department of Health and Human Services. Health.
- DOL (2003). U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. General Statistics.
- Feder (2000). Feder, J., Komisar, HL und Niefeld M. Long-Term Care in the United States. An Overview.
- OECD (2003). Organisation for Economic Co-operation and Development. The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform Economics Department Working Papers No. 350. Paris.
- US Census (2005b). U.S. Census Bureau. Social Insurance in: Statistical Abstract of the United States 2004-2005.
- SSA (2004). U.S Social Security Administration. Annual Statistical Supplement to the Social Security.

16 Gesundheitsleistungen im Vergleich

16.1 Vorbemerkung

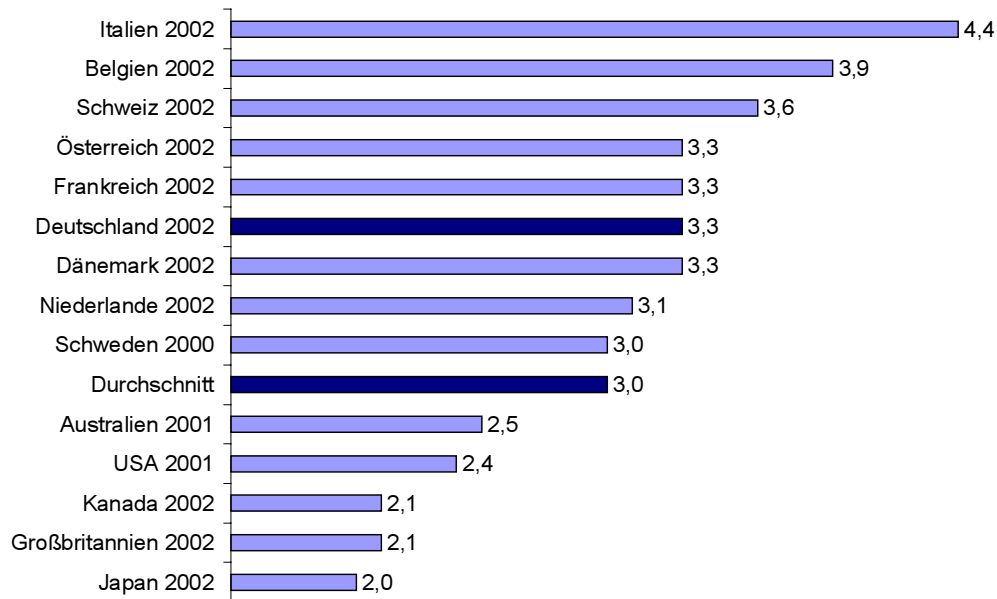
Gesundheitsleistungen werden von Leistungserbringern im Gesundheitswesen erbracht, von Personen und von Institutionen. Es sind Indikatoren der Gesundheitsversorgung. Zunächst wird die Versorgung mit Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern dargestellt. Es folgt der Vergleich von ausgewählten Gesundheitsleistungen.

16.2 Versorgungsdichte und Inanspruchnahme

16.2.1 Versorgung mit Ärzten

Die Versorgung mit Ärzten wird durch die **Arztdichte** beschrieben. Arztdichte ist die Zahl der berufstätigen Ärzte je 1.000 Einwohner. Die Arztdichte in den Vergleichsländern ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1 Berufstätige Ärzte je 1.000 Einwohner (Arztdichte) in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand

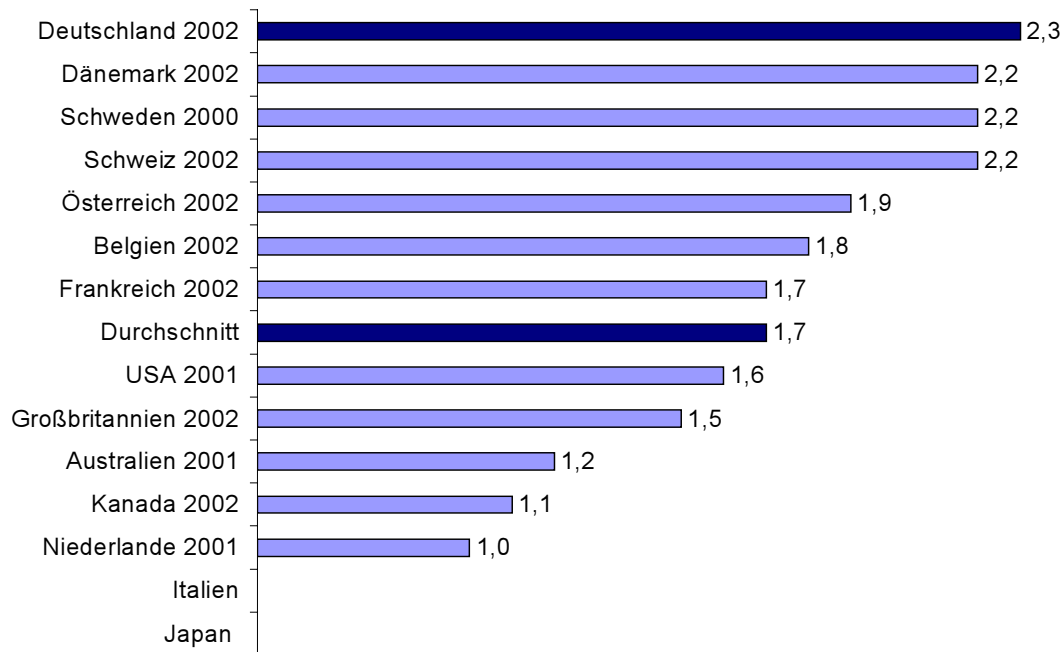


Quelle: OECD Health Data 2004, Version 3; in Großbritannien nur Ärzte des Nationalen Gesundheitsdienstes

Abbildung 1 zeigt, dass die Arztdichte in Deutschland mit 3,3 Ärzten je 1.000 Einwohner über dem Durchschnitt der Vergleichsländer von 3,0 Ärzten liegt. Die höchste Arztdichte weist Italien mit 4,4 Ärzten auf, gefolgt von Belgien mit 3,9, der Schweiz mit 3,6 sowie Österreich und Frankreich mit jeweils 3,3 Ärzten. Eine relativ geringe Arztdichte haben Australien mit 2,5, die USA mit 2,4, Kanada mit 2,1, Großbritannien mit 2,1 und Japan mit 2,0 Ärzten.

Neben der Arztdichte insgesamt ist die **Facharztdichte**, d. h. die Zahl der berufstätigen Fachärzte je 1.000 Einwohner, ein Indikator für die ärztliche Versorgung (Abb. 2).

Abbildung 2 Berufstätige Fachärzte je 1.000 Einwohner (Facharztdichte) in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand



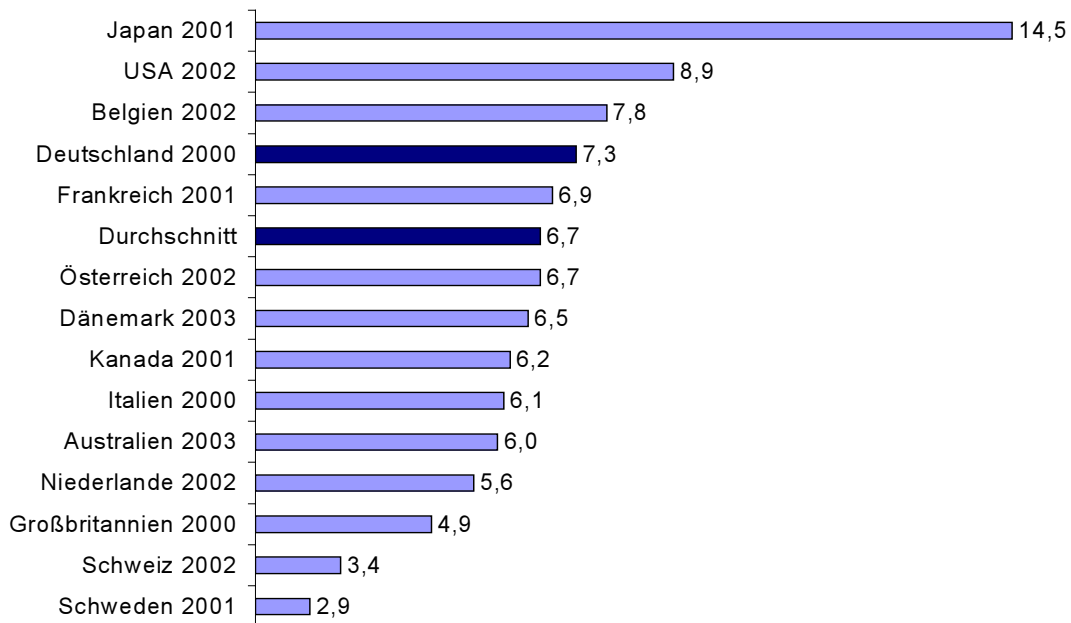
Quelle: OECD (2004a), WHO (2005).

Aus Abbildung 2 geht hervor, dass Deutschland mit 2,3 Fachärzten je 1.000 Einwohner die höchste Facharztdichte hat. Durchschnittlich stehen in den Vergleichsländern ohne Italien und Japan (keine Angaben) 1,7 Fachärzte je 1.000 Einwohner zur Verfügung. Dänemark, Schweden und die Schweiz liegen mit 2,2, Österreich mit 1,9 und Belgien mit 1,8 Fachärzten über dem Durchschnitt, die USA mit 1,6, Großbritannien mit 1,5, Australien mit 1,2, Kanada mit 1,1 und die Niederlande mit 1,0 Fachärzten unter dem Durchschnitt. Die Facharztdichte in Frankreich entspricht mit 1,7 Fachärzten dem Durchschnitt.

In Deutschland ist die hohe Facharztdichte, verbunden mit der Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Fachärzte, der wesentliche Grund für die im internationalen Vergleich geringsten Wartezeiten auf eine fachärztliche Versorgung einschließlich der Wartezeiten auf eine hoch spezialisierte Versorgung, die in Deutschland ebenfalls durch niedergelassene Fachärzte erbracht wird.

Abbildung 3 zeigt, wie häufig in den Vergleichsländern ein Arzt je Einwohner und Jahr aufgesucht wird (**Arztkontakte**).

Abbildung 3 Arztkontakte je Einwohner und Jahr in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand



Quelle: OECD (2004a), WHO (2005).

Die durchschnittliche Zahl der Arztkontakte im Jahr beträgt 6,7. Deutschland liegt mit 7,3 Arztkontakten über dem Durchschnitt. Die höchste Zahl von Arztkontakten hat Japan mit 14,5, die niedrigste Zahl Schweden mit 2,9.

Isoliert betrachtet lassen weder Arzt- und Facharztdichte noch Zahl der Arztkontakte eine Schlussfolgerung auf die ambulante ärztliche Versorgung zu. Die Zahl der Arztkontakte wird u. a. auch bestimmt durch die Möglichkeit der freien Arztwahl, den Zugang zu Fachärzten, den Abrechnungsmodus (Sachleistungsprinzip, Kostenerstattungsprinzip) und Art und Höhe von Zuzahlungen.

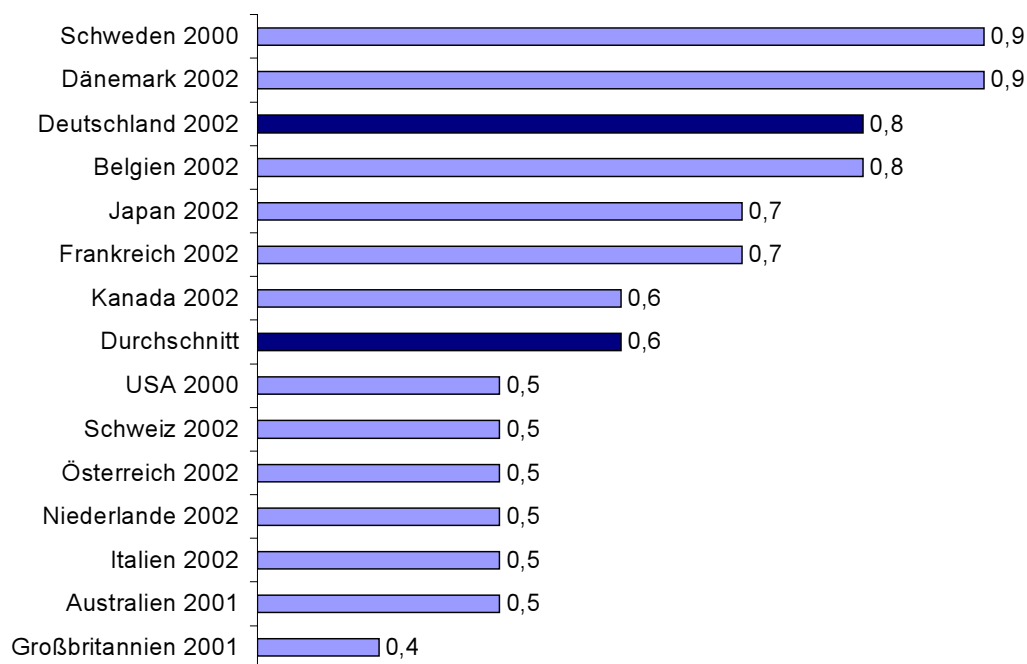
Beispiel hierfür ist Schweden, das mit 2,9 Arztkontakten die geringste Zahl von Arztkontakten je Einwohner und Jahr aufweist. Um eine bedarfsgerechte und damit auch wohnortnahe und schnelle Versorgung der Bevölkerung bei Notfällen, aber auch um die dauerhafte Versorgung von chronisch kranken Patienten

ten sicherzustellen, werden in Schweden dünn besiedelte Regionen mit Bezirksschwestern versorgt. Dies führt zwangsläufig dazu, dass die Zahl der Arztkontakte geringer ist als in anderen Ländern.

16.2.2 Versorgung mit Zahnärzten

Wie die Arztdichte ein Indikator für die ärztliche Versorgung ist, weist die **Zahnarztdichte** die Versorgung mit Zahnärzten aus, ebenfalls bezogen auf berufstätige Zahnärzte je 1.000 Einwohner. Die Zahnarztdichte in den Vergleichsländern ist in Abbildung 4 dargestellt.

Abbildung 4 Berufstätige Zahnärzte je 1.000 Einwohner (Zahnarztdichte) in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand



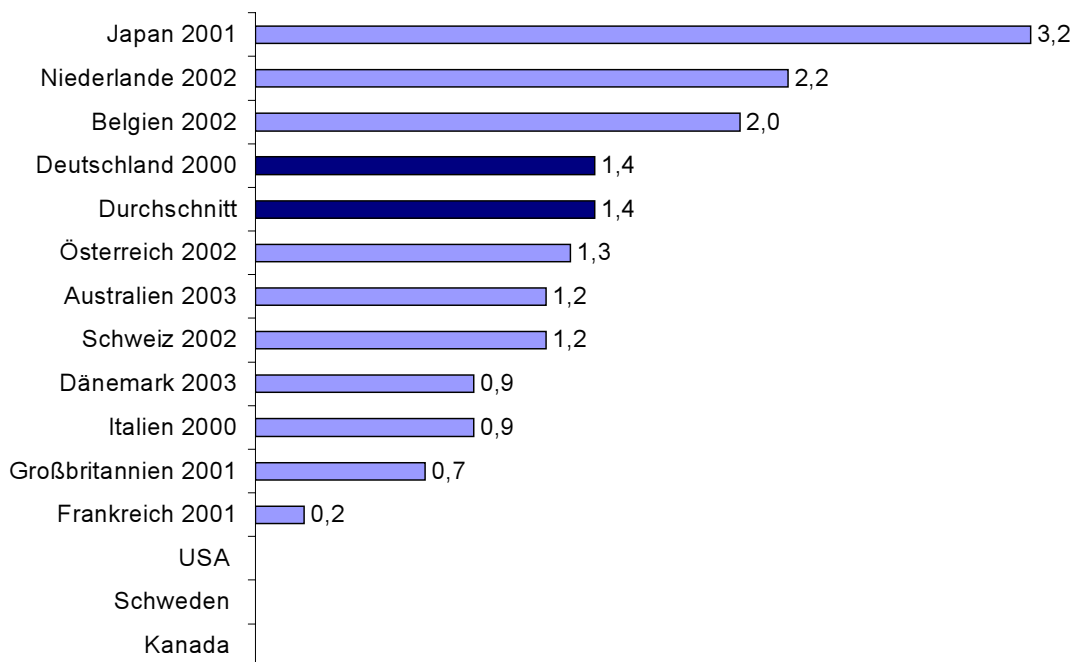
Quelle: OECD Health Data 2004, Version 3

Aus Abbildung 4 geht hervor, dass im Durchschnitt der Vergleichsländer 0,6 Zahnärzte je 1.000 Einwohner zur Verfügung stehen. Die höchste Zahnarztdichte haben Schweden und Dänemark mit 0,9 Zahnärzten. Deutschland und Belgien liegen mit 0,8 sowie Japan und Frankreich mit 0,7 Zahnärzten über

dem Durchschnitt. Die niedrigste Zahnärztdichte hat Großbritannien mit 0,4 Zahnärzten je 1.000 Einwohner.

Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen ergibt sich aus den Zahnarztkontakten je Einwohner und Jahr (Abb. 5).

Abbildung 5 Zahnarztkontakte je Einwohner und Jahr in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand



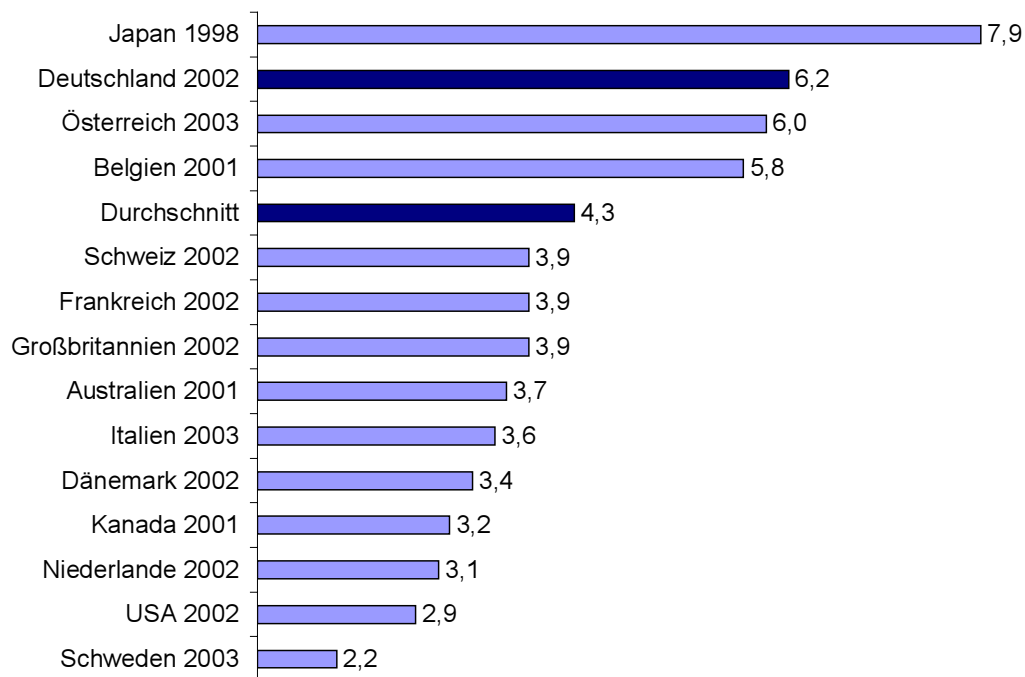
Quelle: OECD Health Data 2004, Version 3; für USA, Schweden und Kanada liegen keine Daten vor.

Die durchschnittliche Zahl der Zahnarztkontakte je Einwohner und Jahr in den Vergleichsländern liegt ohne die USA, Schweden und Kanada (keine Angaben) bei 1,4 Kontakten. Deutschland liegt genau im Durchschnitt. Die höchste Zahl von Zahnarztkontakten hat Japan mit 3,2, die niedrigste Zahl Frankreich mit 0,2.

16.2.3 Versorgung mit Krankenhäusern

Indikatoren für die Krankenhausversorgung sind die **Bettenziffer**, d. h. die Zahl der akutstationären Betten je 1.000 Einwohner, und die **durchschnittliche Verweildauer** (Abb. 6 und 7).

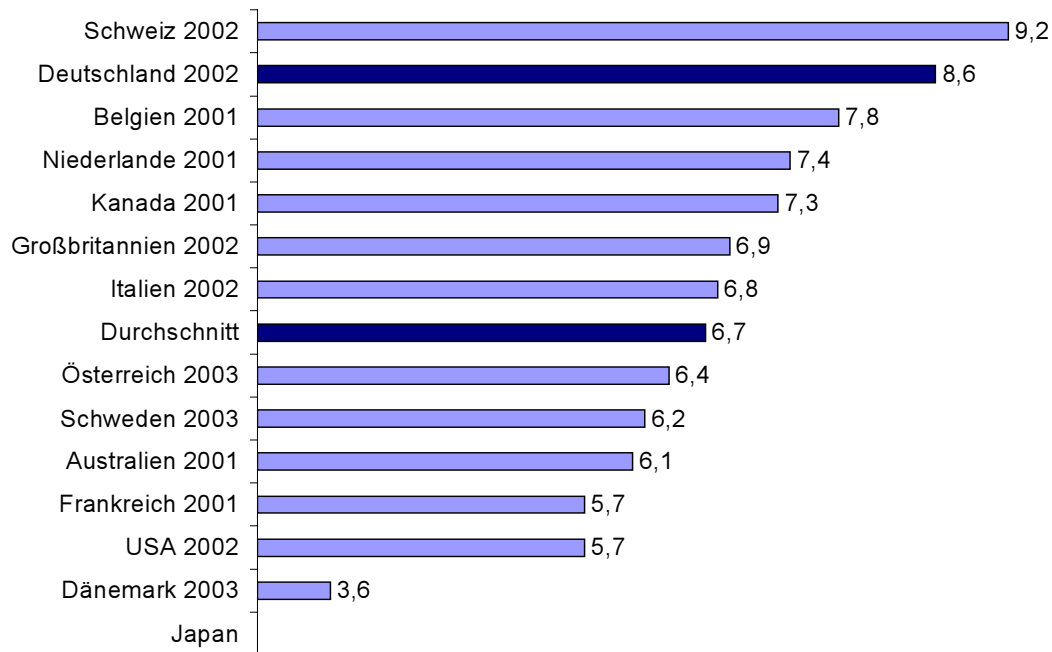
Abbildung 6 Akutstationäre Betten je 1.000 Einwohner in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand



Quelle: WHO (2005), OECD (2004a).

Abbildung 6 zeigt, dass Deutschland mit einer Bettenziffer von 6,2 über dem Durchschnitt der Vergleichsländer von 4,3 liegt. Mehr akutstationäre Betten je 1.000 Einwohner hat nur Japan mit 7,9 Betten. In allen anderen Ländern stehen weniger Betten zur Verfügung. Die geringste Zahl hat Schweden mit 2,2 Betten.

Abbildung 7 Durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung im Krankenhaus in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand

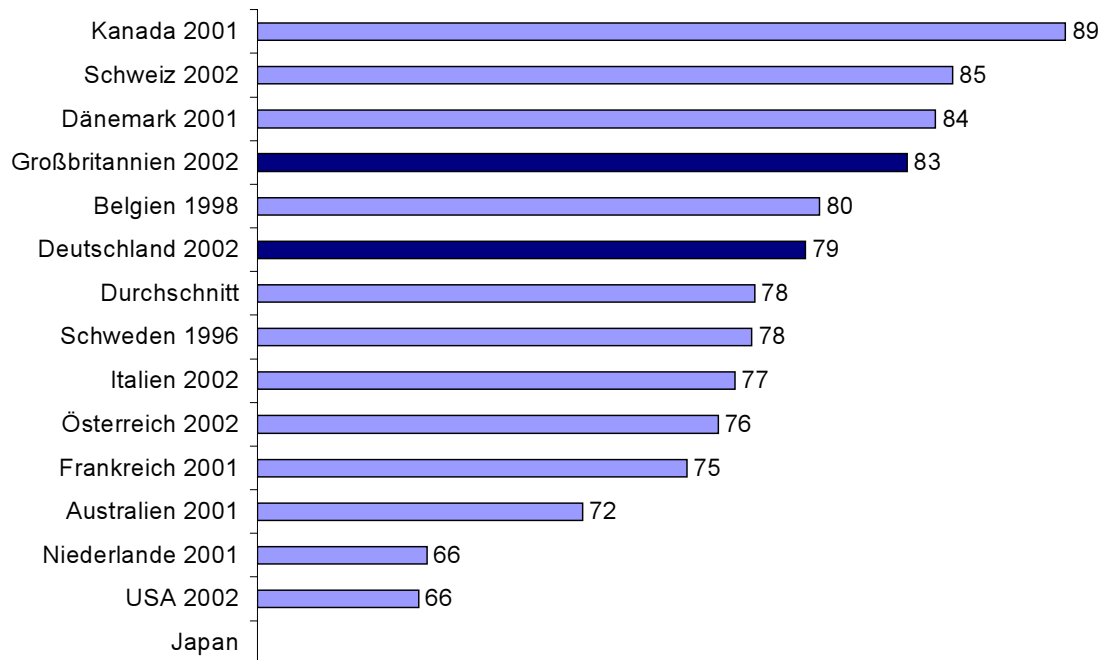


Quelle: WHO (2005).

Die durchschnittliche Verweildauer beträgt nach Abbildung 7 in Deutschland 8,6 Tage, 1,9 Tage mehr als im Durchschnitt der Vergleichsländer. Nur in der Schweiz ist die Verweildauer mit 9,2 Tagen länger als in Deutschland. Die niedrigste Verweildauer hat Dänemark mit 3,6 Tagen. Für Japan liegen keine Angaben vor.

Abbildung 8 zeigt die prozentuale Auslastung in der akutstationären Versorgung (**Bettenauslastung**).

Abbildung 8 Bettenauslastung in der akutstationären Versorgung in Prozent in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand

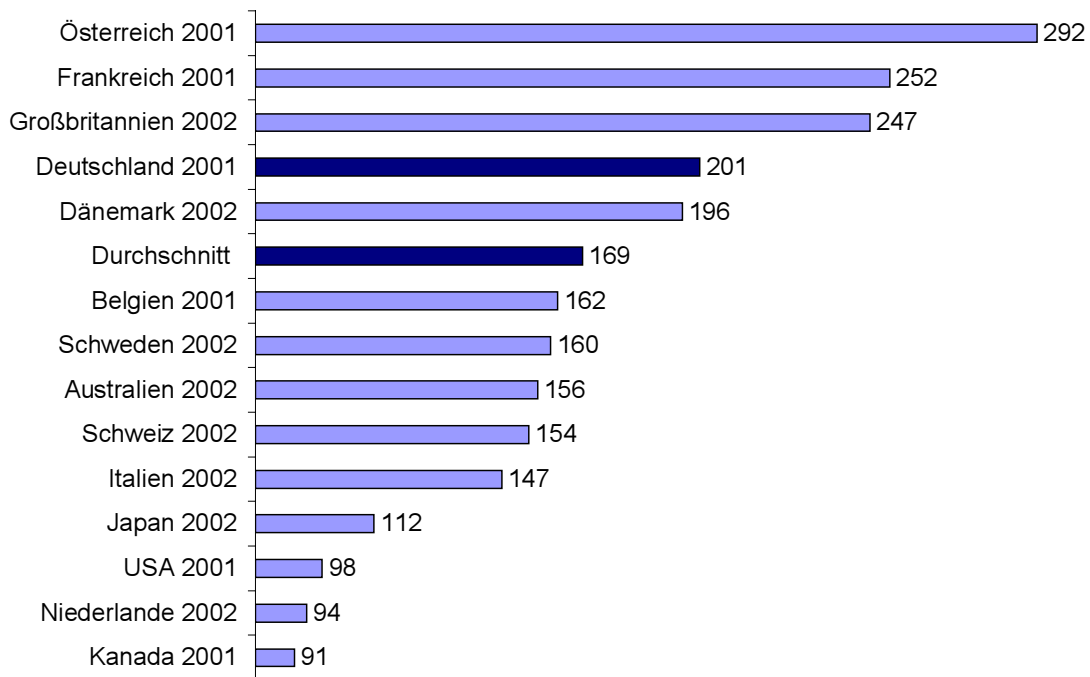


Quelle: OECD Health Data 2004, Version 3; WHO/Europe, HFA Database, Januar 2005. Für Japan lagen keine Daten vor.

Die Bettenauslastung steht in engem Zusammenhang mit der Bettenziffer und der durchschnittlichen Verweildauer. Je höher die Bettenziffer und je länger die durchschnittliche Verweildauer, desto niedriger die Bettenauslastung. Abbildung 8 zeigt, dass die durchschnittliche Bettenauslastung im Ländervergleich 78 Prozent beträgt. Deutschland liegt mit 79 Prozent geringfügig über dem Durchschnitt. In einigen Ländern wie z. B. in Kanada und in der Schweiz liegt die Bettenauslastung mit 89 Prozent bzw. mit 85 Prozent höher. Am niedrigsten ist die Bettenauslastung mit 66 Prozent in den USA. Für Japan liegen keine Angaben vor.

Die **Krankenhaushäufigkeit**, die Zahl der Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner und Jahr, ist in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9 Zahl der Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner und Jahr (Krankenhaushäufigkeit) in den 14 Vergleichsländern, aktueller Stand



Quelle: OECD Health Data 2004, Version 3

Im Durchschnitt werden nach Abbildung 9 jährlich 169 von 1.000 Einwohnern stationär behandelt. In Deutschland liegt die Krankenhaushäufigkeit mit 201 über dem Durchschnitt. Eine höhere Krankenhaushäufigkeit als Deutschland haben Österreich mit 292, Frankreich mit 252 und Großbritannien mit 247. Am niedrigsten ist die Krankenhaushäufigkeit in Kanada mit 91, in den Niederlanden mit 94 und in den USA mit 98 Krankenhausbehandlungen je 1.000 Einwohner und Jahr.

16.3 Versorgungsstrukturen im Vergleich

16.3.1 Hausärztliche Versorgung

In den Vergleichsländern haben die Patienten beim Hausarzt entweder freie Arztwahl oder durch ein Hausarztsystem / Primärarztsystem eingeschränkte Arztwahl. Es gilt entweder das Sachleistungs- oder das Kostenerstattungsprinzip. In einigen Ländern werden die hausärztlichen Leistungen zu 100 Prozent vom Gesundheitssystem übernommen, in anderen Ländern gibt es Zuzahlungsregelungen, entweder in Form einer Praxisgebühr oder einer prozentualen Beteiligung bis zu 30 Prozent der Kosten (Frankreich). Tabelle 25 gibt einen Überblick über die hausärztliche Versorgung in den Vergleichsländern nach freier Arztwahl, Vergütungsmodalität und Zuzahlung.

Tabelle 25 Hausärztliche Versorgung in den 14 Vergleichsländern nach freier Arztwahl, Vergütungsmodalität und Zuzahlung

Land	Freie Arztwahl	Vergütungsmodalität	Zuzahlung
Australien	Ja	Sachleistungsprinzip / Kostenerstattungsprinzip	Sachleistungsprinzip: Keine. Kostenerstattungsprinzip: 15 %, höchstens 362 € bis 593 € je Person im Jahr
Belgien	Ja	Kostenerstattungsprinzip	25 % bis 30 %, höchstens 450 € bis 2.500 € im Jahr
Dänemark	Versicherte Kategorie 1: Freie Arztwahl einmal im Halbjahr Versicherte Kategorie 2: Ja	Sachleistungsprinzip	Versicherte Kategorie 1: Keine Versicherte Kategorie 2: Differenz zwischen Behandlungskosten und amtlicher Gebührenordnung
Deutschland	Ja, außer bei (freiwilliger) Einschreibung in ein Hausarztmodell	Sachleistungsprinzip, partiell Kostenerstattungsprinzip	Praxisgebühr: 10 € im Quartal
Frankreich	Eingeschränkt durch Hausarztssystem (seit 2005)	Kostenerstattungsprinzip	30 %, zusätzlich 1 € je Arztkontakt
Großbritannien	Eingeschränkt durch Hausarztssystem	Sachleistungsprinzip	Keine
Italien	Eingeschränkt durch Hausarztssystem	Sachleistungsprinzip	Keine
Japan	Ja	Sachleistungsprinzip	10 % bis 20 % ab 70 Jahren, 20 % Arbeitnehmer, 30 % Familienangehörige und Selbstständige, höchstens 3.912 € bis 7.020 € im Jahr
Kanada	Ja	Sachleistungsprinzip	Keine
Niederlande	Eingeschränkt durch Hausarztssystem	Sachleistungsprinzip	Keine
Österreich	Ja	Sachleistungsprinzip	Krankenscheingebühr: 3,63 € im Quartal
Schweden	Ja	Sachleistungsprinzip	11 € bis 28 € je Arztbesuch bis höchstens 98 € innerhalb von 12 Monaten

Fortsetzung Tabelle 25

Land	Freie Arztwahl	Vergütungsmodalität	Zuzahlung
Schweiz	Ja, außer bei (freiwilliger) Einschreibung in ein Hausarztmodell	Kostenerstattungsprinzip	Franchise 197 €; ab 198 € 10 % bis höchstens 230 € bis 920 € (Familie mit Kindern) im Jahr
USA	Nein, außer Versicherte in kommerziellen PKV	Sachleistungsprinzip, Kostenerstattungsprinzip bei kommerziellen PKV	Bis 100 %. Medicare: Kopfpauschale 112 €; darüber hinaus 20%

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Tabelle 25 zeigt, dass in den meisten Ländern der Patient seinen Hausarzt frei wählen kann. Eine Einschränkung der freien Arztwahl durch zwingende Einschreibung in ein Hausarztsystem gibt es in Großbritannien, Italien, den Niederlanden und seit 2005 in Frankreich. Der Patient kann jedoch in diesen Ländern halbjährlich oder jährlich den Arzt wechseln. In Deutschland und in der Schweiz haben Patienten eine Option zur Einschreibung in ein Hausarztmodell. In Dänemark kann der Patient zwischen zwei Versicherungskategorien wählen, Kategorie 1 mit Hausarztsystem und Kategorie 2 mit freier Arztwahl. In allen anderen Ländern ist die freie Arztwahl bei der hausärztlichen Versorgung gewährleistet, mit Ausnahme der USA, wo die freie Hausarztwahl nur für diejenigen gilt, die bei kommerziellen privaten Krankenkassen versichert sind.

Bei der Vergütungsmodalität dominiert das Sachleistungsprinzip. Ein Kostenerstattungsprinzip gibt es nur in Belgien, Frankreich und in der Schweiz, partiell auch in Australien und in Deutschland. In Deutschland kann der Versicherte zwischen dem Sachleistungsprinzip und dem Kostenerstattungsprinzip wählen. Der größte Teil der Versicherten hat sich für das Sachleistungsprinzip entschieden. Privat Krankenversicherte rechnen nach dem Kostenerstattungsprinzip ab.

Bei der Zuzahlung unterscheiden sich die Länder nach Art und Höhe der Zuzahlung. Eine feste Zuzahlung in Form einer Praxis- oder Krankenscheingebühr wird in Deutschland, Österreich und in Schweden erhoben; in Deutschland einmal im Quartal in Höhe von 10 €, in Österreich einmal im Quartal in Höhe von

3,63 € und in Schweden bei jedem Arztbesuch in Höhe von 11 bis 28 €. In Belgien, Frankreich, Japan, der Schweiz und in den USA (Medicare) ist die Zuzahlung eine prozentuale Beteiligung an den Kosten der hausärztlichen Versorgung, in Belgien in Höhe von 25 bis 30 Prozent, in Frankreich von 30 Prozent, in Japan von 20 Prozent und in der Schweiz von 10 Prozent dann, wenn die Franchise überschritten wird. In Frankreich müssen die Patienten seit Januar 2005 zusätzlich 1 € je Arztkontakt zahlen. In Australien gibt es bei Wahl des Sachleistungsprinzips keine Zuzahlung, bei Wahl des Kostenerstattungsprinzips beträgt die Zuzahlung 15 Prozent. In den USA beträgt die Zuzahlung bei Routineuntersuchungen bis zu 100 Prozent. Keine Zuzahlung für die hausärztliche Versorgung gibt es in einigen Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen, z. B. in Dänemark für Versicherte der Kategorie 1, in Großbritannien, Italien und in Kanada, aber auch in den Niederlanden.

Es kann festgestellt werden, dass die hausärztliche Versorgung in Deutschland durch freie Arztwahl, durch freie Wahl der Vergütungsmodalität und durch moderate Zuzahlungsregelungen in Form einer Praxisgebühr gekennzeichnet ist. Nur bei der freiwilligen Einschreibung in ein Hausarztmodell ist die freie Arztwahl eingeschränkt. Allerdings fallen dann auch geringere Praxisgebühren an (10 € im Jahr). Mit Ausnahme der steuerfinanzierten Gesundheitswesen haben alle anderen Länder höhere Zuzahlungen für die hausärztliche Versorgung mit unterschiedlich hohen Zuzahlungsgrenzen.

16.3.2 Fachärztliche Versorgung

Tabelle 26 zeigt die fachärztliche Versorgung in den Vergleichsländern nach freiem Zugang zum Facharzt und Zuzahlung.

Tabelle 26 Fachärztliche Versorgung in den 14 Vergleichsländern nach freiem Zugang zur fachärztlichen Versorgung und Zuzahlungsregelungen

Land	Freier Zugang zu Fachärzten	Zuzahlung
Australien	Nein, Überweisung erforderlich	Sachleistungsprinzip: Keine Kostenerstattungsprinzip: 15 %
Belgien	Ja	40 %
Dänemark	Versicherte Kategorie 1: Nein, Überweisung erforderlich Versicherte Kategorie 2: Ja	Versicherte Kategorie 1: Keine Versicherte Kategorie 2: Differenz zwischen Behandlungskosten und amtlicher Gebührenordnung
Deutschland	Ja	Keine bei Vorliegen einer Überweisung, sonst 10 € Praxisgebühr im Quartal
Frankreich	Ja	30 %, ohne Überweisung zusätzlich 5 €. 25 % bei fachärztlicher Behandlung in einer Krankenhausambulanz
Großbritannien	Nein, Überweisung erforderlich	Keine
Italien	Nein, Überweisung erforderlich	Bis zu 36 € je Facharztkontakt
Japan	Ja	10 % bis 20 % ab 70 Jahren, 20 % Arbeitnehmer, 30 % Familienangehörige und Selbstständige
Kanada	Nein, Überweisung erforderlich	Keine
Niederlande	Nein, Überweisung erforderlich	Keine
Österreich	Ja	Keine bei Vorliegen einer Überweisung, sonst 3,63 € Krankenscheingebühr bis zu 3mal im Quartal. Bei Besuch einer Krankenhausambulanz 10,90 € bei Vorliegen einer Überweisung; sonst 18,17 €
Schweden	Ja	16 € bis 33 € je Facharztbesuch, auch bei Behandlung in einer Krankenhausambulanz, höchstens 98 € innerhalb von 12 Monaten
Schweiz	Ja	Franchise 197 €; ab 198 € 10 %
USA	Nein, Überweisung erforderlich, außer Versicherte in kommerziellen PKV	Bis 100 %. Medicare: Kopfpauschale 112 €; darüber hinaus 20%

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Bei der fachärztlichen Versorgung gilt entsprechend der hausärztlichen Versorgung entweder das Sachleistungs- oder das Kostenerstattungsprinzip.

Tabelle 26 zeigt, dass im Hinblick auf den Zugang zur fachärztlichen Versorgung die Vergleichsländer in zwei Kategorien eingeteilt werden können: Länder ohne freien Zugang zum Facharzt, in denen grundsätzlich eine Überweisung des Hausarztes erforderlich ist, und Länder mit freiem Zugang.

Zu den Ländern ohne freien Zugang zählen die Länder mit einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen wie Australien, Großbritannien, Italien und Kanada, aber auch die Niederlande. Länder mit freiem Zugang zum Facharzt sind vor allem Länder, deren Gesundheitswesen nicht steuerfinanziert ist wie Belgien, Deutschland, Frankreich, Japan, Österreich und die Schweiz.

Dieselben Zuzahlungsregelungen wie bei der hausärztlichen Versorgung gelten in Australien, Japan, der Schweiz und in den USA. In den Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen ist zwar der freie Zugang zum Facharzt begrenzt, allerdings gibt es ähnlich wie bei der hausärztlichen Versorgung mit Ausnahme von Italien keine Zuzahlung. Ebenso ist in den Niederlanden keine Zuzahlung bei einem Facharztbesuch erforderlich.

In den meisten Ländern mit freiem Zugang zum Facharzt sind die Zuzahlungen höher als bei der hausärztlichen Versorgung. In Belgien beträgt die Zuzahlung 40 Prozent, in Frankreich müssen zusätzlich zur prozentualen Beteiligung ohne Überweisung 5 € je Facharztbesuch gezahlt werden, in Österreich muss die Krankenscheingebühr bis zu dreimal im Quartal gezahlt werden, und in Schweden liegt die Zuzahlung bei 16 € bis 33 €. Eine Ausnahme ist Deutschland, wo eine Praxisgebühr, welche die gleiche Höhe hat wie bei hausärztlicher Versorgung, nur dann anfällt, wenn der Facharzt ohne Überweisung durch einen Hausarzt in Anspruch genommen wird.

Deutschland ist im Rahmen der Vergleichsländer in der fachärztlichen Versorgung insgesamt gekennzeichnet durch die höchste Facharztdichte (Fachärzte je 1.000 Einwohner), einen freien Zugang zu Fachärzten und geringen

Zuzahlungen und damit durch eine patientenfreundliche fachärztliche Versorgung.

16.3.3 Zahnärztliche Versorgung und Zahnersatz

Der **Leistungskatalog** der zahnärztlichen Versorgung lässt sich ohne Zahnersatz in vier Bereiche gliedern: 1. Konservierend-chirurgische Versorgung, 2. Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen, 3. Prophylaxe und 4. kieferorthopädische Versorgung, die entweder medizinisch notwendig oder bei Kindern und Jugendlichen auch kosmetisch begründet ist.

Die Vergleichsländer unterscheiden sich erstens darin, inwieweit diese vier Leistungsbereiche im Leistungskatalog enthalten und zweitens darin, wie die Bereiche mit Zuzahlungen belegt sind. Einige Länder haben einen umfangreichen Leistungskatalog, verlangen jedoch für jede Leistung eine Zuzahlung, andere Länder haben einen weniger umfangreichen Leistungskatalog mit niedrigerer Zuzahlung.

Tabelle 27 gibt einen Überblick über den Leistungskatalog der zahnärztlichen Versorgung in den Vergleichsländern.

Tabelle 27 Leistungskatalog der zahnärztlichen Versorgung in den 14 Vergleichsländern und Zuzahlung

Land	Leistungsumfang	Zuzahlung
Australien	Nur Kontrolluntersuchungen. Zahnbehandlung nur, wenn sie im Rahmen der Behandlung einer chronischen oder komplexen Erkrankung erforderlich ist (höchstens 3 Leistungen im Jahr)	Direktkauf. Bei Kontrolluntersuchungen und im Rahmen eines „Enhanced Primary Care (EPC) Plan“: 15 %
Belgien	Konservierend-chirurgische Versorgung, Vorsorgeuntersuchungen, Prophylaxe, medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung	5 % bis 25 %. 60 % wenn keine jährliche Untersuchung vorgenommen wurde
Dänemark	Konservierend-chirurgische Versorgung, Vorsorgeuntersuchungen, Prophylaxe, medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung, optische kieferorthopädische Versorgung für Kinder und Jugendliche	35 % bis 60 %. Keine bei Vorsorgeuntersuchungen
Deutschland	Konservierend-chirurgische Versorgung, Vorsorgeuntersuchungen, Individualprophylaxe vom 6. bis 18. Lebensjahr, medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung bis zum 18. Lebensjahr, Behandlung von Zahnfleischerkrankungen, Verletzungen des Gesichtsschädels und Kiefergelenkerkrankungen	Praxisgebühr: 10 € im Quartal. Keine bei Vorsorgeuntersuchungen (2mal im Jahr). 20 % bei kieferorthopädischer Versorgung
Frankreich	Konservierend-chirurgische Versorgung, Vorsorgeuntersuchungen, Prophylaxe, medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung	30 %
Großbritannien	Konservierend-chirurgische Versorgung, Kontrolluntersuchungen	20 %. Keine bei Versorgung im Krankenhaus oder bei Versorgung durch Gemeindezahnärzte
Italien	Konservierend-chirurgische Versorgung	Keine
Japan	Konservierend-chirurgische Versorgung, Vorsorgeuntersuchungen, Prophylaxe, medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung, optische kieferorthopädische Versorgung für Kinder und Jugendliche	10 % bis 20 % ab 70 Jahren, 20 % Arbeitnehmer, 30 % Familienangehörige und Selbstständige
Kanada	Erwachsene: Keine Pflichtleistung Kinder und Jugendliche: Konservierend-chirurgische Versorgung, Vorsorgeuntersuchungen, Prophylaxe, medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung, optische kieferorthopädische Versorgung	Erwachsene: Direktkauf Kinder: Keine

Fortsetzung Tabelle 27

Land	Leistungsumfang	Zuzahlung
Niederlande	Erwachsene: Medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung Kinder und Jugendliche: Konservierend-chirurgische Versorgung, Vorsorgeuntersuchungen, Prophylaxe, medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung	Keine
Österreich	Konservierend-chirurgische Versorgung, Vorsorgeuntersuchungen, Prophylaxe, medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung	Je Zahnbehandlungsschein 3,63 €. Kieferorthopädische Versorgung: 25 % bis 50 %. Außervertragliche Leistungen: Kostenzuschuss des Versicherers 24 € bis 215 € je Versorgung
Schweden	Konservierend-chirurgische Versorgung, Kontrolluntersuchungen, medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung	Bis 19 Jahre: Keine Zuzahlung. Ansonsten trägt Patient Kosten, die einen festgelegten Festbetrag übersteigen, oder auf Subskriptionsbasis
Schweiz	Keine Pflichtleistung. Konservierend-chirurgische Versorgung, medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung nur bei bestimmten medizinischen Indikationen (Positivliste)	Direktkauf außer bei in Positivliste festgelegten Indikationen
USA	Keine Pflichtleistung	Direktkauf

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Tabelle 27 zeigt, dass sich die Länder erstens darin unterscheiden, inwieweit die vier Leistungsbereiche im Leistungskatalog enthalten und zweitens, wie die Bereiche mit Zuzahlungen belegt sind.

In den meisten Ländern, vor allem in Ländern mit einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen, gehören nicht alle vier Leistungsbereiche zum Leistungskatalog. In Australien sind nur Kontrolluntersuchungen im Leistungsumfang enthalten. Zahnbehandlung wird nur übernommen, wenn sie im Rahmen der Behandlung einer chronischen oder komplexen Erkrankung erforderlich ist. In diesem Fall werden bis zu drei zahnärztliche Leistungen innerhalb von 12 Monaten bezahlt. Nicht zum Leistungskatalog gehören in Großbritannien Prophylaxe und kieferorthopädische Versorgung, in Italien alle Bereiche bis auf die konservierend-chirurgische Versorgung und in Schweden Prophylaxe und kosmetische kieferorthopädische Versorgung für Kinder und Jugendliche. In Kanada besteht ein vollständiger Leistungsausschluss für Erwachsene und in den USA ist die zahnärztliche Versorgung keine Pflichtleistung der Krankenversicherung. In den Niederlanden gibt es die meisten Leistungen nur für Kinder und Jugendliche. Erwachsene erhalten nur eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Versorgung. In der Schweiz beschränkt sich die zahnärztliche Versorgung auf definierte medizinische Indikationen.

Ohne Zuzahlung können die im Leistungskatalog enthaltenen Bereiche nur in Italien und in den Niederlanden in Anspruch genommen werden. In Kanada und Schweden gilt dies für Kinder und Jugendliche. In Japan ist die Zuzahlung wie bei der ärztlichen Versorgung ausgestaltet. In Belgien, Dänemark, Frankreich und Großbritannien gibt es eine prozentuale Zuzahlung, in Belgien von 5 bis 25 Prozent bzw. von 60 Prozent dann, wenn keine jährliche Untersuchung vorgenommen wurde. In Dänemark liegt die Zuzahlung zwischen 35 und 60 Prozent, wobei Vorsorgeuntersuchungen von der Zuzahlung ausgenommen sind. Außer bei Versorgung im Krankenhaus oder durch Gemeindezahnärzte ist in Großbritannien eine Zuzahlung in Höhe von 20 Prozent zu leisten. In Deutschland und Österreich gibt es bei zahnärztlicher Versorgung eine feste und bei kieferorthopädischer Versorgung eine prozentuale Zuzahlung. Die

Praxisgebühr, die bei Vorsorgeuntersuchungen entfällt, beträgt in Deutschland 10 € im Quartal, die prozentuale Zuzahlung bei kieferorthopädischer Versorgung 20 Prozent. In Österreich muss je Zahnbehandlungsschein eine Zuzahlung von 3,63 € und bei kieferorthopädischer Versorgung von 25 bis 50 Prozent geleistet werden.

Deutschland ist eins der wenigen Länder, in denen der Leistungskatalog in der zahnmedizinischen Versorgung alle vier Leistungsbereiche vollständig enthält. Einen ähnlich umfangreichen Leistungskatalog haben nur noch Dänemark und Japan. Im Gegensatz zu diesen Ländern, deren Zuzahlungen sich auf bis zu 60 Prozent der Behandlungskosten belaufen, enthält der Leistungskatalog in Deutschland umfangreiche Leistungen bei moderater Zuzahlung.

Zahnersatz, die Versorgung mit Kronen, Brücken und Prothesen, gehört in vielen Ländern nicht zum Leistungsumfang der Gesundheitsversorgung. Bei den Ländern, in denen Zahnersatz zum Leistungskatalog gehört, handelt es sich vor allem um Länder mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen. In Tabelle 28 sind die Regelungen für Zahnersatz dargestellt.

Tabelle 28 Zahnersatz einschließlich Zuzahlungsregelungen in den 14 Vergleichsländern

Land	Leistung der Gesundheitsversorgung	Zuzahlung
Australien	Erwachsene: Nein Kinder: Ja	Erwachsene: Direktkauf Kinder: Keine
Belgien	Bedingt; nur für Personen über 50 Jahre oder bei Vorliegen bestimmter medizinischer Gründe	25%. Patienten bis 50 Jahre: Direktkauf
Dänemark	Nein	Direktkauf
Deutschland	Ja	Bis 50 %. bei Nachweis regelmäßiger Prävention 40 % (5 Jahre) bzw. 35 % (10 Jahre); Abrechnung nach befundorientierten Festzuschüssen
Frankreich	Ja	30 %
Großbritannien	Ja	20 %
Italien	Nein	Direktkauf
Japan	Ja. Keine Implantate, Goldinlays o. ä.	10 % bis 20 % ab 70 Jahren, 20 % Arbeitnehmer, 30 % Familienangehörige und Selbstständige
Kanada	Erwachsene: Nein Kinder: Ja	Erwachsene: Direktkauf Kinder: Keine Zuzahlung
Niederlande	Eingeschränkt	25 %
Österreich	Ja	Abnehmbarer Zahnersatz: 25 % bis 50 %
Schweden	Ja	Bis 19 Jahre: Keine. Ansonsten Kosten, die über Festbetrag liegen
Schweiz	Eingeschränkt	Direktkauf außer bei in Positivliste festgelegten Indikationen
USA	Nein	Direktkauf

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Aus Tabelle 28 geht hervor, dass Zahnersatz in Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen, mit Ausnahme von Großbritannien und Schweden, nicht zum Leistungskatalog gehört oder, wie in Australien und Kanada, auf Kinder begrenzt ist. Es gibt aber auch beitragsfinanzierte Länder, bei denen Zahnersatz nicht bzw. nur eingeschränkt zum Leistungskatalog gehört. In Belgien wird Zahnersatz in der Regel nur an Personen geleistet, die mindestens 50

Jahre alt sind, und in der Schweiz beschränkt sich die Versorgung mit Zahnersatz, wie auch die zahnärztliche Versorgung insgesamt, auf definierte medizinische Indikationen.

Im Gegensatz zur zahnärztlichen Versorgung ist Zahnersatz in den Ländern, in denen er zum Leistungskatalog gehört, mit spürbaren Zuzahlungen belegt. Die Zuzahlung ist dabei als Prozentsatz der Kosten für Zahnersatz festgelegt und liegt zwischen 20 Prozent in Großbritannien und 50 Prozent in Deutschland und Österreich. In Deutschland reduziert sich die Zuzahlung bei Nachweis einer regelmäßigen Prävention über fünf Jahre auf 40 Prozent und über 10 Jahre auf 35 Prozent.

Es lässt sich festhalten, dass in Deutschland wie in den meisten anderen Ländern mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen der Zahnersatz zum Leistungskatalog des Gesundheitswesens gehört, allerdings, ebenso wie in Vergleichsländern, verbunden mit zum Teil hohen Zuzahlungsregelungen bis zu 50 Prozent.

16.3.4 Krankenhausversorgung

Bei der Krankenhausversorgung sind für den Patienten drei Komponenten von Bedeutung: freie Krankenhauswahl, Zuzahlung und Wartezeit auf einen Termin im Krankenhaus.

Tabelle 29 gibt einen Überblick über die Krankenhausversorgung in den Vergleichsländern für diese drei Komponenten.

Tabelle 29 Freie Krankenhauswahl, Zuzahlung und Wartezeit in der Krankenhausversorgung in den 14 Vergleichsländern

Land	Freie Krankenhauswahl	Zuzahlung	Wartezeit
Australien	Ja	Keine in öffentlichen Krankenhäusern, 25 % in privaten Krankenhäusern	Ja
Belgien	Ja	12 € je Tag	Nein
Dänemark	Bedingt	Keine	Ja
Deutschland	Ja	10 € je Tag für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr	Nein
Frankreich	Ja	20 %. Zusätzlich Krankenhauspauschale von 13 € (9 € in psychiatrischer Einrichtung) je Tag	Nein
Großbritannien	Nein, Hausarzt wählt Krankenhaus aus	Keine	Ja
Italien	Ja	Keine	Ja
Japan	Ja	10 % bis 20 % ab 70 Jahren, 20 % Arbeitnehmer und Familienangehörige, 30 % Selbstständige. Zusätzlich Beteiligung an Verpflegungskosten in Höhe von 3 € bis 7 € je Tag	Nein
Kanada	Bedingt	Keine	Ja
Niederlande	Ja	Keine	Ja
Österreich	Ja	15,75 € je Tag für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr. Mitversicherte Angehörige zusätzlich 10 % der Pflegesatzkosten für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr	Nein
Schweden	Bedingt	9 € je 24 Stunden	Ja
Schweiz	Ja	Franchise 197 €; ab 198 € 10 %. Zusätzlich Kostenbeitrag 6,40 € je Tag	Nein
USA	Nein, außer Versicherte in kommerziellen privaten Krankenkassen	Medicare: Für die ersten 60 Tage 16 € je Tag, Tag 61 bis 90 244 € je Tag, Tag 91 bis 150 489 € je Tag; danach alle Kosten	Nein

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Freie Krankenhauswahl haben Patienten, mit Ausnahme von Großbritannien und den USA, in allen Ländern. In den meisten dieser Länder, bis auf Austra-

lien, Italien und Japan, besteht jedoch eine Beschränkung auf öffentliche Krankenhäuser bzw. auf Krankenhäuser, mit denen die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat. In einigen steuerfinanzierten Gesundheitswesen wie in Dänemark, Kanada und Schweden ist darüber hinaus der Zugang zum Krankenhaus auf wohnortnahe, regional finanzierte Krankenhäuser begrenzt. In der Schweiz gibt es eine Beschränkung auf Krankenhäuser, die in der Liste des jeweiligen Kantons aufgeführt sind.

Im Allgemeinen werden Patienten durch **Zuzahlungen** an den Kosten der Krankenhausversorgung beteiligt, entweder prozentual oder mit einem festen Betrag je Krankenhaustag.

Eine feste Zuzahlung muss in Belgien, Deutschland, Österreich, Schweden und in den USA geleistet werden, in Belgien in Höhe von 12 €, in Deutschland von 10 €, in Österreich von 15,75 € und in Schweden von 9 € je Tag. In Deutschland und Österreich ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Jahr begrenzt. In den USA beträgt die Zuzahlung für Medicare-Patienten in den ersten 60 Tagen 16 € je Tag, von Tag 61 bis 90 täglich 244 € und von Tag 91 bis 150 täglich 489 €. Danach muss der Patient die Kosten selbst tragen.

In Frankreich, in der Schweiz und in Japan gibt es eine Kombination aus prozentualer und fester Zuzahlung. In Frankreich beträgt die prozentuale Zuzahlung 20 Prozent. Zusätzlich muss eine Krankenhauspauschale in Höhe von 13 € je Tag und von 9 € in psychiatrischen Einrichtungen gezahlt werden. In der Schweiz muss zusätzlich zur allgemeinen Zuzahlung eine Zuzahlung von 6,40 € je Tag geleistet werden. In Japan ist über die prozentuale Zuzahlung hinaus eine Beteiligung an den Verpflegungskosten von 3 € bis 7 € je Tag erforderlich.

Keine Zuzahlungen müssen in Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada und in den Niederlanden geleistet werden. Dies gilt auch für Australien bei Unterbringung in einem öffentlichen Krankenhaus. Anderenfalls beträgt die Zuzahlung 25 Prozent.

Bei den Zuzahlungen rangiert Deutschland im unteren Bereich, d. h. die Krankenhausversorgung ist in Deutschland im internationalen Vergleich mit moderaten Zuzahlungen in Höhe von 10 € je Tag, jährlich höchstens 280 €, verbunden. In anderen Ländern mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung wie z. B. in Frankreich oder in Japan werden Zuzahlungen in Höhe von 20 bis 30 Prozent der Krankenhauskosten erhoben. Ausnahmen sind Großbritannien und Kanada, die keine Zuzahlungen für die Krankenhausversorgung fordern.

Neben der Krankenhauswahl ist die **Wartezeit** einer der bedeutsamsten Indikatoren für eine bedarfsgerechte Versorgung im Krankenhaus. Es zeigt sich, dass es vor allem in den Ländern Wartezeiten gibt, die ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen ohne oder mit geringer Zuzahlung haben.

Aus Tabelle 29 geht hervor, dass es in Deutschland, Belgien, Frankreich, Japan, Österreich, der Schweiz und in den USA nahezu keine Wartezeiten gibt. Die anderen sieben Länder mit Wartezeiten (Australien, Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada, die Niederlande und Schweden) haben mit Ausnahme der Niederlande ein überwiegend steuerfinanziertes Gesundheitswesen. Mit Ausnahme von Australien und Schweden ist in diesen Ländern keine Zuzahlung bei einem Krankenhausaufenthalt erforderlich.

Deutschland zählt neben Frankreich, Japan, Österreich und der Schweiz zu den Ländern mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen, in denen es eine freie Krankenhauswahl im Wesentlichen ohne Wartezeiten gibt. Dagegen hat Belgien niedrigere Pro-Kopf-Ausgaben ohne Wartezeiten und die Niederlande haben höhere Pro-Kopf-Ausgaben als Deutschland in Verbindung mit Wartezeiten. In den anderen Ländern, die zumeist ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen haben, gibt es nur eine eingeschränkte freie Krankenhauswahl, die zudem mit Wartezeiten besonders für Operationen verbunden ist.

Werden die Angaben zu freier Krankenhauswahl, Zuzahlungen und Wartezeit mit den Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammengeführt (Tab. 31), so ergibt sich, dass die Krankenhausversorgung in Deutsch-

land aus Sicht des Patienten mit hoher Zufriedenheit bewertet wird. In anderen Ländern, wie z. B. in den Niederlanden, sind die Patienten weniger zufrieden, was vor allem auf Wartezeiten in der Krankenhausversorgung zurückzuführen ist.

Wartezeiten bestehen vor allem für elektive Operationen, d. h. für Operationen, die zwar notwendig sind, bei denen der Operationstermin jedoch auch auf einen späteren Zeitpunkt festgelegt werden kann, z. B. bei Endoprothesen.

In Tabelle 30 ist für die Länder, in denen Wartezeiten bestehen, die **durchschnittliche Wartezeit in Tagen für ausgewählte Operationen** dargestellt. Für Italien liegen keine Angaben vor.

Tabelle 30 Mittlere Wartezeit auf Krankenhausversorgung in Tagen bei ausgewählten Operationen 2000

Land	Katarakt	CABP ^{a)}	PTCA ^{b)}	Cholezystektomie	Leisten-/Femoralhernie
Australien	177	33	-	74	84
Dänemark	71	-	-	75	73
Großbritannien ^{c)}	206	213	80	156	150
Kanada 2005 ^{d)}	66	-	-	-	-
Niederlande	111	-	18	71	75
Schweden	199	-	-	-	-

Land	Prostatektomie	Hysterektomie	Hüftendo- prothese	Knieendo- prothese	Varizen- entfernung
Australien	79	62	145	168	251
Dänemark	-	-	112	112	99
Großbritannien ^{c)}	52	159	244	281	277
Kanada ^{d)}	-	-	153	198	-
Niederlande	60	61	96	85	107
Schweden	-	-	-	-	-

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach HMS (2005). a) Coronary Bypass Graft Surgery. b) Percutaneous Transluminary Coronary Angioplasty. c) England. d) British Columbia.

Aus Tabelle 30 geht hervor, dass Großbritannien mit Abstand die längsten Wartezeiten bei nahezu allen Operationen hat, außer bei Prostatektomie. Die Niederlande haben die geringsten Wartezeiten.

Um eine Einschätzung der Wartezeiten zu erhalten, befragte die WHO Patienten über ihre Erfahrungen mit Wartezeiten auf eine ambulante und stationäre Behandlung.^{14,15} Es mussten sechs Fragen beantwortet werden,¹⁶ woraus die WHO für jedes Land einen Wert zwischen Null und 100 berechnete, 100 war der beste Wert, der mit einer hohen Zufriedenheit aufgrund geringer Wartezeiten gleichzusetzen ist. In Tabelle 31 sind die Ergebnisse der Befragung für die in diese Arbeit einbezogenen Länder dargestellt, wobei für Australien, Dänemark, Japan, Österreich und die Schweiz keine Angaben vorliegen.

¹⁴ Zu den Ländern zählen: Belgien, Kanada, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Neuseeland, Portugal, Spanien, Schweden, Großbritannien, USA.

¹⁵ World Health Organization, Health systems performance assessment: debates, methods, and empiricism

¹⁶ Frage 1: Wie lange mussten sie in den letzten 12 Monaten auf ambulante Behandlung gewöhnlich warten? Antwortkategorie 1: Dauer. Frage 2: Wie oft erhielten sie in den letzten 12 Monaten so schnell wie möglich die gewünschte ambulante Versorgung? Antwortkategorie 2: Niemals, manchmal, normal, immer. Frage 3: Wie lang mussten sie generell auf den Laborbefund bzw. auf das Ergebnis der ambulanten Behandlung warten? Antwortkategorie 3: Selber Tag, 1-2 Tage, 3-5 Tage, 6-10 Tage, mehr als 10 Tage. Frage 4: Erhielten sie so schnell wie gewünscht stationäre Behandlung? Antwortkategorie 4: Ja, nein. Frage 5: Im Fall eines Krankenhausaufenthalts, wie oft wurden sie so schnell wie von ihnen gewünscht von Krankenschwestern und Ärzten betreut? Antwortkategorie 5: Niemals, manchmal, normal, immer. Frage 6: Wie würden sie insgesamt gesehen ihre Erfahrung beurteilen in Bezug auf rasche stationäre und ambulante Behandlungen? Antwortkategorie 6: Sehr gut, gut, mäßig, schlecht, sehr schlecht.

Tabelle 31 Wartezeiten für eine stationäre und ambulante Behandlung im internationalen Vergleich 2001
[100 = höchste Zufriedenheit der Patienten mit geringen Wartezeiten]

Land	Stationäre Behandlung	Ambulante Behandlung
Australien	-	-
Belgien	73	84
Dänemark	-	-
Deutschland	85	94
Frankreich	72	81
Großbritannien	82	81
Italien	78	75
Japan	-	-
Kanada	71	81
Niederlande	85	89
Österreich	-	-
Schweden	74	82
Schweiz	-	-
USA	79	90
Durchschnitt	77	84

Quelle: Eigene Darstellung nach WHO (2003).

Anhand der überdurchschnittlich gut ausgefallenen Werte für Deutschland wird deutlich, dass die deutschen Patienten äußerst zufrieden in Bezug auf Wartezeiten sind. Im Vergleich mit den anderen Ländern nimmt Deutschland international die Spitzenstellung hinsichtlich geringer Wartezeiten ein.

16.3.5 Versorgung mit Arzneimitteln

Die Übernahme der Kosten für Arzneimittel durch das Gesundheitswesen wird durch Positiv- und Negativlisten eingeschränkt. Eine **Positivliste** umfasst Arzneimittel, die zu Lasten des Gesundheitswesens verordnet werden dürfen, mit und ohne Zuzahlung. Die Aufnahme in eine Positivliste kann an eine therapeutische Nutzenbewertung und an wirtschaftliche Aspekte gebunden sein.

Negativlisten legen fest, welche Arzneimittel nicht zu Lasten des Gesundheitswesens verordnet werden dürfen.

Für die Versorgung mit Arzneimitteln ist neben Zahl und Art der Arzneimittel auf der Positiv- und Negativliste die **Zuzahlung** für verschreibungspflichtige Arzneimittel von Bedeutung. Der Patient wird durch Zuzahlungen in unterschiedlicher Ausgestaltung an den Kosten für Arzneimittel beteiligt. In einigen Ländern, z. B. in Belgien und Italien, wird bei der Zuzahlung nach dem Schweregrad der Erkrankung unterschieden, in anderen Ländern nach den individuellen Gesamtausgaben für Arzneimittel wie z. B. in Dänemark und Schweden. Tabelle 32 zeigt die Arzneimittelversorgung mit Positivliste, Negativliste und Zuzahlung für die Vergleichsländer.

Tabelle 32 Versorgung mit Arzneimitteln in den 14 Vergleichsländern mit Positiv-/Negativliste und Zuzahlung

Land	Positiv-/Negativliste	Zuzahlung
Australien	Positivliste	Höchstens 17 € je Arzneimittel. Inhaber von Begünstigungskarten: 3 €
Belgien	Positivliste	Zuzahlung nach Schweregrad der Erkrankung Gruppe A: Keine Zuzahlung Gruppe B: 25 %, höchstens 10 €/15 € Gruppe C: 50 %, höchstens 17 € Gruppe CS: 60 % Gruppe CX: 80 % Bei Krankenhausaufenthalt: 1 € je Tag
Dänemark	Positivliste	Bis 70 € im Jahr: 100 % (50 % < 18 Jahre) 70 € bis 169 €: 50 % 169 € bis 396 €: 25 % > 396 €: 15 %. Bei Krankenhausaufenthalt: Keine
Deutschland	Negativliste	10 % der Kosten, mindestens 5 €, höchstens 10 € je Arzneimittel. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel: Direktkauf
Frankreich	Positivliste und Negativliste	35 % bis 65 %. Bagatellarzneimittel: Direktkauf
Großbritannien	Positivliste und Negativliste	Durchschnittlich 9 € je verordnetem Arzneimittel oder Berechtigungsschein
Italien	Positivliste	Nach Schweregrad der Erkrankung Kategorie A: Keine Kategorie B: Für bestimmte Personengruppen keine; sonst 50 % Kategorie C: 100 %
Japan	Positivliste	Je Tagesdosis, gestaffelt nach Art und Anzahl der Arzneimittel bis zu 1,38 €
Kanada	Positivliste	Bis 100 %, je nach Provinz
Niederlande	Positivliste und Negativliste	Keine bei Arzneimitteln aus Positivliste. Ansonsten Zahlung der Preisdifferenz
Österreich	Positivliste und Negativliste	Rezeptgebühr: 4,35 € je Arzneimittel
Schweden	Positivliste	Bis 98 € innerhalb von 12 Monaten: 100 % > 98 € bis 186 €: 50 % > 186 € bis 361 €: 25 % > 361 € bis 470 €: 10 % > 470 €: Keine
Schweiz	Positivliste und Negativliste	Franchise 197 €; ab 198 € 10 %
USA	Positivliste und Negativliste	100 % bei fast allen verordneten Arzneimitteln, außer Versicherte in kommerziellen PKV

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Bis auf Deutschland haben alle Länder eine Positivliste. Über die Zahl der Arzneimittel, die in der Positivliste enthalten sind, liegen nur für einige Länder Angaben vor. In Australien sind etwa 75 Prozent der verfügbaren Arzneimittel in der Positivliste und in Belgien etwa 70 Prozent. In Schweden umfasst die Positivliste etwa 3.800 Arzneimittel. Frankreich, Großbritannien, die Niederlande, Österreich, die Schweiz und die USA haben neben der Positivliste auch eine Negativliste. In Deutschland gibt es eine Negativliste.

Für Arzneimittel müssen bis auf wenige Ausnahmen in allen Vergleichsländern Zuzahlungen geleistet werden, zum Teil als feste Gebühr je verordnetem Arzneimittel wie in Australien, Großbritannien und Österreich, überwiegend aber in Form eines prozentualen Zuschlags zum Abgabepreis des Arzneimittels. Keine Zuzahlung gibt es in Belgien und in Italien für Arzneimittel zur Behandlung schwerer Krankheiten sowie in den Niederlanden für Arzneimittel der Positivliste. In Kanada und in den USA müssen die Kosten bei fast allen verordneten Arzneimitteln vollständig vom Patienten getragen werden.

Die Höhe der Zuzahlung unterscheidet sich in den Vergleichsländern zum Teil erheblich. Die höchste feste Zuzahlung hat Australien mit bis zu 17 € je verordnetem Arzneimittel. In Großbritannien liegt die Zuzahlung bei durchschnittlich 9 € je verordnetem Arzneimittel, in Österreich beträgt die Rezeptgebühr 4,35 € je Arzneimittel. Die prozentualen Zuzahlungen liegen zwischen 10 und 100 Prozent. In Belgien muss für Arzneimittel zur Behandlung schwerer Krankheiten keine Zuzahlung geleistet werden; für notwendige Arzneimittel beträgt die Zuzahlung 25 Prozent bis zu einem Höchstbetrag von 10 € und 15 € bei großen Packungen, für weniger notwendige Arzneimittel 50 Prozent bis zu einer Grenze von 17 €, für Bagatellarzneimittel 60 Prozent und für andere Arzneimittel wie z. B. hormonale Empfängnisverhütungsmittel 80 Prozent. In Dänemark ist die Zuzahlung abhängig von den jährlichen Ausgaben des Patienten für Arzneimittel. Bis 70 € im Jahr müssen vom Patienten bezahlt werden. 50 Prozent Zuzahlung fällt an bei Arzneimittelausgaben zwischen 70 und 169 € und 25 Prozent bei Ausgaben zwischen 169 € und 396 €. Liegen die Ausgaben über 396 €, beträgt die Zuzahlung 15 Prozent. In Frankreich beträgt die Zuzahlung

zwischen 35 und 65 Prozent für Arzneimittel zur Behandlung leichter Störungen bzw. Erkrankungen. Bagatellarzneimittel müssen zu 100 Prozent vom Patienten bezahlt werden. In Italien werden die zugelassenen Arzneimittel in drei Kategorien eingeteilt, für die eine unterschiedliche Zuzahlung anfällt. Arzneimittel der Kategorie A (Grundlegende Arzneimittel für die Behandlung sehr ernster Krankheiten) sind mit Ausnahme einer festen Rezeptgebühr kostenlos. Für Arzneimittel der Kategorie B (Arzneimittel für die Behandlung ernster Krankheiten) beträgt die Zuzahlung 50 Prozent. Arzneimittel der Kategorie C (sonstige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel) müssen voll vom Patienten bezahlt werden. In Japan ist die Zuzahlung an die Tagesdosis gebunden. Sie beträgt je nach Art und Zahl der Arzneimittel bis zu 1,38 € je verordneter Tagesdosis. In Schweden trägt der Patient sämtliche Arzneimittelkosten bis zu einer Höhe von 98 € innerhalb von 12 Monaten selbst. Bei Kosten von 98 € bis 186 € beträgt die Zuzahlung 50 Prozent, bei Kosten von 186 € bis 361 € 25 Prozent und bei Kosten von 361 € bis 470 € 10 Prozent. Übersteigen die Kosten 470 €, muss keine Zuzahlung mehr geleistet werden.

In Deutschland beträgt die Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln 10 Prozent der Preises, mindestens 5 € und höchstens 10 € je Arzneimittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Arzneimittels.

Eine abschließende Beurteilung der Versorgung mit Arzneimitteln ist nicht möglich, da hierzu die Positiv- und Negativlisten der 14 Vergleichsländer im Hinblick auf jedes einzelne Arzneimittel miteinander verglichen werden müssten. Der internationale Vergleich wird zusätzlich dadurch erschwert, dass in einigen Ländern mit einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen der Arzneimittelabgabepreis staatlich reguliert wird, z. B. in Australien und in Schweden, wodurch die Versorgung mit Arzneimitteln einen anderen Zuschnitt erhält.

Für Deutschland ist festzustellen, dass die Versorgung mit Arzneimitteln im Vergleich zu allen anderen Ländern nicht durch eine Positivliste eingeschränkt ist. In den meisten Ländern werden wesentlich höhere Zuzahlungen zu Arzneimitteln gefordert als in Deutschland.

16.3.6 Versorgung mit Heilmitteln

Heilmittel sind Physiotherapie, z. B. Massage und Krankengymnastik, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Ergotherapie.

Tabelle 33 zeigt die Versorgung mit Heilmitteln in den Vergleichsländern.

Tabelle 33 Versorgung mit Heilmitteln in den 14 Vergleichsländern einschließlich Zuzahlung

Land	Leistung der Gesundheitsversorgung	Zuzahlung
Australien	Nein, nur wenn im Rahmen der Behandlung einer chronischen oder komplexen Erkrankung erforderlich (höchstens 5 Leistungen im Jahr)	<i>Direktkauf.</i> Nur im Rahmen eines EPC-Plan 15 %
Belgien	Ja	<i>Keine.</i> Physiotherapie: 40 %
Dänemark	Ja	<i>Keine.</i> Ärztlich verordnete chiropraktische und physiotherapeutische Behandlung: Patient trägt einen Teil der Kosten
Deutschland	Ja	10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung
Frankreich	Ja	<i>Keine.</i> Physiotherapie: 40 %
Großbritannien	Nein, außer Physiotherapie	<i>Direktkauf.</i> Physiotherapie: Keine
Italien	Nein, außer Physiotherapie, wobei je Verordnung höchstens 8 Leistungen möglich sind	<i>Direktkauf.</i> Bis zu 36 € je Besuch bei einem Physiotherapeuten
Japan	Ja	10 % bis 20 % ab 70 Jahren, 20 % Arbeitnehmer, 30 % Familienangehörige und Selbstständige
Kanada	Ja	<i>Keine.</i> Physiotherapie in privaten Einrichtungen: 100 %. In von der Krankenversicherung anerkannten Einrichtungen: Feste Gebühr von 11 € bis 21 € für die 1. Behandlung und bis zu 11 € für die folgenden Behandlungen
Niederlande	Ja	<i>Keine.</i> Physiotherapie: 20 % für die ersten 9 Behandlungen. Ab der 10. Behandlung: 100 %
Österreich	Ja	<i>Keine</i>
Schweden	Ja	Rund 6 € je Behandlung, in den einzelnen Regionen z. T. unterschiedlich
Schweiz	Ja	Franchise 197 €; ab 198 € 10 %
USA	Begrenzt	Bis 100 %. Medicare: Kopfpauschale 112 €; darüber hinaus 20 %

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Aus Tabelle 33 geht hervor, dass Heilmittel in allen Vergleichsländern mit Ausnahme von Australien, Großbritannien und Italien (steuerfinanzierte Gesund-

heitswesen) zum Leistungskatalog gehören. In Australien gehören Heilmittel nur dann zum Leistungskatalog, wenn sie im Rahmen der Behandlung einer chronischen oder komplexen Erkrankung erforderlich sind. Dann werden von Medicare die Kosten bis zu fünf Leistungen im Jahr übernommen. Die Zuzahlung beträgt in diesem Fall 15 Prozent des festgelegten Gebührensatzes. In Großbritannien und in Italien ist die Versorgung mit Heilmitteln auf Physiotherapie beschränkt. In Großbritannien muss keine Zuzahlung geleistet werden, in Italien bis zu 36 € je Behandlung durch einen Physiotherapeuten.

Die Höhe der Zuzahlung ist in den meisten anderen Ländern abhängig von der Art des verschriebenen Heilmittels. Für physiotherapeutische Leistungen muss immer eine Zuzahlung entrichtet werden, meistens zwischen 10 und 40 Prozent der Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung. In den Niederlanden müssen 20 Prozent für die ersten neun Behandlungen und von der 10. Behandlung an 100 Prozent gezahlt werden. In Kanada hängt die Höhe der Zuzahlung davon ab, wer die Leistungen erbringt. Physiotherapie in privaten Einrichtungen muss zu 100 Prozent vom Patienten getragen werden. In den Einrichtungen, die von der Krankenversicherung anerkannt sind, wird eine feste Zuzahlung von 11 € bis 21 € für die erste Behandlung und bis zu 11 € für die folgenden Behandlungen erhoben.

Für alle anderen Heilmittel muss nur in Deutschland, in Japan, in Schweden und in den USA eine Zuzahlung geleistet werden, in Deutschland 10 Prozent der Heilmittelkosten, zuzüglich 10 € je Verordnung. In anderen Ländern mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen werden höhere Prozentsätze gefordert, z. B. in Frankreich 40 Prozent für physiotherapeutische Leistungen oder bis zu 30 Prozent in Japan.

16.3.7 Versorgung mit Hilfsmitteln

Der **Leistungskatalog** für Hilfsmittel ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich gestaltet.

In Deutschland umfasst der Leistungskatalog Gegenstände, die beeinträchtigte Körperfunktionen ersetzen, erleichtern oder ergänzen können. Unterschieden werden zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel wie Inkontinenzprodukte, Katheter und Infusionssysteme und nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel wie Seh- und Hörhilfen, Rollstühle, Körperersatzstücke und orthopädische Hilfsmittel. Der Leistungsanspruch umfasst auch die Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie eine individuelle Gebrauchsanleitung.

Bei einem Vergleich mit anderen Ländern muss berücksichtigt werden, dass dort die Hilfsmittel zum Teil in anderen Leistungsbereichen verankert sind.

Vorbehaltlich der oben genannten Einschränkungen gibt Tabelle 34 einen Überblick über die grundsätzliche Versorgung mit Hilfsmitteln in den Vergleichsländern.

Tabelle 34 Versorgung mit Hilfsmitteln in den 14 Vergleichsländern einschließlich Zuzahlung

Land	Leistung der Gesundheitsversorgung	Zuzahlung
Australien	Nein	Direktkauf
Belgien	Ja	Keine
Dänemark	Begrenzt auf medizinisch notwendige Hilfsmittel	Patient trägt einen Teil der Kosten. Krankenhausbehandlung: Keine
Deutschland	Ja	10 % der Kosten jedes Hilfsmittels, mindestens 5 € und höchstens 10 €. Verbrauchsmittel: höchstens 10 € im Monat
Frankreich	Ja	35 %. Große Prothesen und Rollstühle: Keine
Großbritannien	Begrenzt auf Geräte des Nationalen Gesundheitsdienstes	Direktkauf. Bei Geräten des Nationalen Gesundheitsdienstes: Keine
Italien	Begrenzt auf Prothesen für Invalide	Direktkauf. Prothesen und andere ausgewählte Leistungen: Keine
Japan	Nein	Direktkauf
Kanada	Begrenzt für Einkommensschwache	Direktkauf. Einige ausgewählte Leistungen: Keine
Niederlande	Ja	Keine. Ausnahme: Orthopädische Schuhe und Hörhilfen
Österreich	Ja	10 % und Mindestbetrag von 23 € im Jahr
Schweden	Ja	0 bis 100 % je nach Hilfsmittel
Schweiz	Ja, außer Prothesen	Franchise 197 €; ab 198 € 10 %
USA	Nein, bis auf wenige Ausnahmen	Bis 100 % je nach Hilfsmittel

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

Tabelle 34 zeigt, dass Hilfsmittel in Belgien, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Österreich, Schweden und in der Schweiz zum Leistungskatalog zählen, also fast ausnahmslos in Ländern mit nicht steuerfinanziertem Gesundheitswesen. In Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen ist der Leistungskatalog der Hilfsmitteln meistens auf unbedingt erforderliche Hilfsmittel, wie z. B. Prothesen begrenzt (Tab. 35). In einigen Ländern wie z. B. Australien und Japan sind Hilfsmittel nicht Teil des Leistungskatalogs.

Auch bei der **Zuzahlung** unterscheiden sich die Länder mit einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen von den übrigen Ländern. In Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen wird der eingeschränkte Leistungskatalog an Hilfsmitteln in der Regel ohne Zuzahlung zur Verfügung gestellt. Im Gegensatz dazu werden in den meisten anderen Ländern prozentuale Zuzahlungen erhoben. Die Höhe der Zuzahlung allein ist allerdings nicht aussagekräftig genug. Einige Länder haben zwar keine oder eine nur geringe Zuzahlung, aber Festbeträge bzw. Höchstbeträge für die Erstattung durch die Versicherungsträger. Der Patient muss dann die über diese Höchstgrenze hinausgehenden Kosten selbst tragen.

In Deutschland beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten je Hilfsmittel, mindestens 5 €, höchstens 10 € je Verordnung. Bei Verbrauchsmitteln ist die Zuzahlung auf 10 € im Monat begrenzt. Deutschland hat damit eine moderate Zuzahlungsregelung für Hilfsmittel.

Da der Hilfsmittelbereich unterschiedliche Produkte umfasst, die nicht einzeln erläutert werden können, erfolgt eine Darstellung für einige Gruppen von Hilfsmitteln, um einen Eindruck von der unterschiedlichen Situation der Versorgung mit Hilfsmitteln zu erhalten: Sehhilfen, Hörhilfen, Rollstühle, orthopädische Hilfsmittel, Prothesen und sonstige Hilfsmittel (Tab. 35).

Tabelle 35 Ausgewählte Hilfsmittel und Zuzahlung in den 14 Vergleichsländern

Land	Sehhilfen	Hörhilfen	Rollstühle	Weitere Hilfsmittel
Australien	Keine Pflichtleistung		-	Keine Pflichtleistung
Belgien	Alle Hilfsmittel. Zuzahlung für Kosten, die vertraglich geregelte Sätze übersteigen			
Dänemark	Erforderliche Hilfsmittel. Patient trägt einen Teil der Kosten. Krankenhausbehandlung: Keine Zuzahlung. Benötigen Behinderte Hilfsmittel nur für eine bestimmte Zeit, erhalten sie diese vom Krankenhaus. Sehhilfen für Personen über 16 Jahren sind aus dem Leistungsumfang ausgeschlossen.			
Deutschland	Keine Pflichtleistung, nur noch in Ausnahmefällen	Patient trägt Kosten, die Festbetrag übersteigen. Keine Zuzahlung bei Reparaturen und Wartungen	Patient trägt ausschließlich Zuzahlung in Höhe von 10 €	Zuzahlung 10 % für jedes Hilfsmittel, mindestens 5 € und höchstens 10 €. Verbrauchsmittel: höchstens 10 € im Monat
Frankreich	Erstattung von Gestell und Gläsern (zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr auf eine Brille im Jahr beschränkt). Beim Gestell beträgt Erstattung bis 16 Jahre 30 €, danach etwa 3 €. Erstattung bei Gläsern ist abhängig von Minderung des Sehvermögens	Bis 20 Jahre Erstattung auf Preisgrundlage des Hilfsmittelkataloges. Danach Erstattung von 199 €. Anspruch auf ein Hörgerät besteht einmal im Jahr. Jährliche Pauschale von 36 € für Batterien, Ersatzteile, Reparatur	35 % Zuzahlung entfällt. Aber Differenz zwischen Festbetrag und Marktpreis	35 % und Differenz zwischen Festbetrag und tatsächlichem Kaufpreis
Großbritannien	Keine Pflichtleistung. Ausnahme: Kinder und Jugendliche unter 16 Jahre, Jugendliche unter 19 Jahre in Vollzeitausbildung sowie bestimmte Personengruppen. Sehtest: Zuzahlung		Geräte des Nationalen Gesundheitsdienstes bzw. deren Anpassung: Keine Zuzahlung	
Italien	Nur Prothesen für verschiedene Gruppen von Invaliden. Keine weiteren Leistungen			
Japan	Keine Pflichtleistung. Bei Erwerb oder Ersatz von Prothesen, orthopädischen Hilfsmitteln, Seh- und Hörhilfen und sonstigen Hilfsmitteln werden bei Behinderten mit besonders ernsthaften Einschränkungen Zuschüsse über ein spezielles Wohlfahrtsprogramm gewährt.			
Kanada	Keine Pflichtleistung. Ausnahme: extreme Sehschwäche	Keine Pflichtleistung. Ausnahme: Kinder unter 19 Jahre: 25 % Zuzahlung. Erwachsene: Zuschuss über Assistive Device Program möglich	-	Prothesen: Zuzahlung zwischen 0 % und 25 %

Tabelle 35 zeigt, dass Sehhilfen, Hörhilfen und zum Teil auch Prothesen in vielen Ländern nicht Teil des Leistungskatalogs der Krankenversicherung sind. In den meisten Ländern gibt es Festbeträge bei Kostenerstattung. Der Patient muss die Kosten, die über diese Beträge hinausgehen, selbst tragen.

Mit Ausnahme von Sehhilfen, deren Kosten in Deutschland nur noch in Ausnahmefällen durch die GKV übernommen werden, und von Hörhilfen, bei denen der Patient die den Festbetrag übersteigenden Kosten selbst tragen muss, gehört Deutschland zu denjenigen Ländern, die einen breiten Leistungskatalog für Hilfsmittel haben, verbunden mit einer geringen Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent (mindestens 5 € und höchstens 10 €). In anderen Ländern wie z. B. in Frankreich sind die Zuzahlungsprozentsätze deutlich höher oder der Patient muss die zum Teil hohe Differenz zwischen Kosten des Hilfsmittels und Festbetrag selbst zahlen.

17 Deutschland im Vergleich: Zusammenfassende Bewertung

Ausgangspunkt der zusammenfassenden Bewertung der Gesundheitsausgaben im Vergleich ist Tabelle 36, in der die volkswirtschaftlichen Kennziffern für die Vergleichsländer zusammengefasst sind.

Tabelle 36 Volkswirtschaftliche Kennziffern der 14 Vergleichsländer nach Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen 2001

Land	Ausgaben ¹⁾ [Mrd. €]	BIP [Mrd. €]	Bevölkerung [Mio.]	Ausgaben / BIP [%]	Pro-Kopf- Ausgaben [€]
Über dem Durchschnitt der Pro-Kopf-Ausgaben (Gruppe 1)					
USA	1.615,00	11.183,00	285,10	14,44	5.665
Japan	392,32	3.775,20	127,29	10,39	3.082
Schweiz	22,35	274,58	7,26	8,14	3.080
Dänemark	16,06	177,90	5,35	9,03	3.002
Niederlande	47,03	429,20	16,11	10,96	2.920
Frankreich	164,30	1.463,70	59,19	11,22	2.776
Deutschland	225,93	2.113,56	82,44	10,69	2.741
Durchschnitt				9,66	2.733
Unter dem Durchschnitt der Pro-Kopf-Ausgaben (Gruppe 2)					
Kanada	76,45	776,05	30,01	9,85	2.548
Schweden	20,85	244,79	8,91	8,52	2.340
Großbritannien	128,98	1.587,93	58,79	8,12	2.194
Österreich	17,45	211,90	8,04	8,24	2.170 ^{a)}
Australien	38,44	411,61	18,97	9,34	2.026
Belgien	20,37	253,80	10,26	8,03	1.985
Italien	100,31	1.220,15	57,89	8,22	1.733

1) Ausgaben des Gesundheitswesens für Gesundheitsleistungen (ohne Geldleistungen).

a) Dieser „offizielle“ Wert umfasst nicht die gesamten Ausgaben des Gesundheitswesens in Österreich.

Quelle: Eigene Berechnung und Zusammenstellung.

Von besonderer Relevanz in Tabelle 36 sind die in der letzten Spalte aufgeführten **Pro-Kopf-Ausgaben des Gesundheitswesens für Gesundheitsleistungen**

gen ohne Geldleistungen. Nach der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben werden die Länder in zwei Gruppen eingeteilt. In **Gruppe 1** befinden sich die Länder mit Pro-Kopf-Ausgaben **über** dem Durchschnitt, in **Gruppe 2** die Länder mit Pro-Kopf-Ausgaben **unter** dem Durchschnitt der Ausgaben der Vergleichsländer. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben belaufen sich für die 14 Vergleichsländer auf 2.733 €.

Deutschland liegt mit Pro-Kopf-Ausgaben von 2.741 € um 8 € über dem Durchschnitt. Höhere Pro-Kopf-Ausgaben als Deutschland haben Frankreich (2.776 €), die Niederlande (2.920 €), Dänemark (3.002 €), die Schweiz (3.080 €), Japan (3.082 €) und die USA (5.665 €). Deutschland ist damit bei seinen Ausgaben für Gesundheitsleistungen von den sieben Ländern der Gruppe 1 das Land mit den geringsten Ausgaben pro Kopf.

Geringere Pro-Kopf-Ausgaben als Deutschland haben Kanada (2.548 €), Schweden (2.340 €), Großbritannien (2.194 €), Österreich (2.170 €), Australien (2.026 €), Belgien (1.985 €) und Italien (1.733 €). Diese Länder haben, mit Ausnahme von Österreich, ein überwiegend steuerfinanziertes Gesundheitswesen mit begrenzten Gesundheitsleistungen.

Dass sich Österreich mit Pro-Kopf-Ausgaben von 2.170 € in dieser Gruppe befindet liegt daran, dass die offizielle Gesundheitsberichterstattung von Österreich nicht alle Ausgaben des Gesundheitswesens enthält, vor allem nicht die Kosten der Krankenhausversorgung. Schätzungen gehen davon aus, dass die Pro-Kopf-Ausgaben in Österreich um rund 700 bis 800 € höher liegen müssten, rund 6 Mrd. €. Dann würden die Pro-Kopf-Ausgaben mit den Pro-Kopf-Ausgaben z. B. in Deutschland und Frankreich korrespondieren. Dies ist auch darum plausibel, weil die Gesundheitsleistungen in Österreich mit Deutschland vergleichbar sind. Deshalb müsste Österreich in Gruppe 1 aufgeführt werden und nicht in Gruppe 2. Da aber für Österreich keine genaueren Daten vorliegen, verbleibt Österreich im Folgenden in Gruppe 2.

Ein ähnliches Berichtsproblem wie in Österreich gibt es auch bei den meisten Ländern mit einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen. Vor allem in Belgien,

Italien und Großbritannien werden Daten zum Gesundheitswesen nur unvollständig und hoch aggregiert publiziert. Es kann vermutet werden, dass die Gesundheitsausgaben dieser Länder zu gering ausgewiesen sind. Dass die Gesundheitsausgaben der steuerfinanzierten Länder so gering ausgewiesen sind, lässt sich am Beispiel von Großbritannien zeigen. Für die Berichtsjahre 2002 bis 2004 wird in den Publikationen des Gesundheitsministeriums darauf hingewiesen, dass die Ausgabendaten der Gesundheitsberichterstattung der vergangenen Jahre zu gering ausgewiesen wurden. Daraus ergeben sich Ausgabensprünge im zweistelligen Milliardenbereich.

Mit Ausnahme der USA zeigt sich für die Länder der Gruppe 1 eine vom Leistungsumfang her ähnlich umfassende Gesundheitsversorgung bei Krankheit, Pflege und Unfall. Allerdings gibt es in Dänemark und in den Niederlanden, die ebenfalls zur Gruppe 1 gehören, Wartezeiten bei der Krankenhausversorgung, nicht aber in Deutschland, Frankreich, Japan und in der Schweiz. In den USA gibt es trotz der weltweit höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen nur für diejenigen Patienten Zugang zum Krankenhaus ohne Wartezeit, die bei kommerziellen privaten Krankenkassen versichert sind oder eine vergleichbare Krankenhausversicherung haben. Alle anderen Patienten haben einen eingeschränkten Zugang zur Krankenhausversorgung, d. h. es gibt lange Wartezeiten, unter Umständen auch keine Krankenhausversorgung.

Die Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitswesen der Gruppe 2 liegen durchschnittlich knapp 600 € unter den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der Länder der Gruppe 1. Die geringeren Pro-Kopf-Ausgaben kommen vor allem dadurch zustande, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung in kostenintensiven Bereichen eingeschränkt ist. Hierzu zählt vor allem die Krankenhausversorgung, aber auch die Versorgung beim Facharzt, die nur mit Überweisung eines Hausarztes möglich ist. Damit haben die Patienten in der Gruppe 2 eine nur begrenzte freie Facharzt- und Krankenhauswahl. Es kommt hinzu, dass es in den Ländern der Gruppe 2 in der Krankenhausversorgung Wartezeiten von über 1,5 Jahre gibt. Auch bei der Versorgung im fachärztlichen Bereich, die in steuerfinanzierten Gesundheitswesen oft an das Krankenhaus

gebunden ist, kommt es zu Wartezeiten. Zusätzlich werden die Pro-Kopf-Ausgaben in der Gruppe 2 durch einen eingeschränkten Leistungskatalog bei Heil- und Hilfsmitteln reduziert, aber auch durch eine indirekte Einschränkung der Gesundheitsversorgung durch hohe Zuzahlungen, die z. B. bei Arzneimitteln und bei Heil- und Hilfsmitteln bis zu 100 Prozent betragen können.

Bei der **hausärztlichen Versorgung** gibt es in den Vergleichsländern kaum Unterschiede, da der Patient im Krankheitsfall einen Hausarzt ohne Einschränkung aufsuchen kann. In den steuerfinanzierten Gesundheitswesen ist eine Einschreibung bei einem Hausarzt grundsätzlich erforderlich. Der Hausarzt ist dann der „gatekeeper“, den der Patient ein- bis zweimal im Jahr wechseln kann.

Höhere Pro-Kopf-Ausgaben ergeben sich in der hausärztlichen Versorgung durch die Zahl der Hausärzte je 1.000 Einwohner sowie aus der Zahl der Arztkontakte je Einwohner. Je größer die Zahl der Hausärzte und je größer die Zahl der Arztkontakte je Einwohner, desto höher die Gesundheitskosten. Dies lässt sich aus den Abbildungen 1 bis 3 ableiten (Kap. 16.2.1). Allerdings lassen diese Daten keine eindeutige Kausalität zwischen Pro-Kopf-Ausgaben und Zahl der Ärzte und Arztkontakte zu, da z. B. Italien mit 4,4 die höchste Zahl an Hausärzten hat, aber gleichzeitig die niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben der 14 Vergleichsländer. Andererseits hat z. B. Japan mit zwei Hausärzten je 1.000 Einwohner die geringste Zahl an Hausärzten, gehört aber mit Pro-Kopf-Ausgaben von 3.082 € zu den teuersten Gesundheitswesen. Dennoch haben die Länder der Gruppe 1 mehr Hausärzte je 1.000 Einwohner als die Länder mit einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen der Gruppe 2.

Ähnliche Schlüsse lassen sich aus den Daten zur **Zahl der Arztkontakte** je Einwohner ziehen. Auch hier gibt es Länder, die eine hohe Zahl an Arztkontakten haben, z. B. Japan und die USA, und die gleichzeitig zu den Ländern mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben gehören. Andererseits gibt es Länder mit einer geringen Zahl an Arztkontakten wie z. B. die Schweiz, die trotzdem zu den teuersten Gesundheitswesen im Ländervergleich zählt.

Tendenziell kann festgestellt werden, dass mit steigender Zahl von Arztkontakten die Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitswesen steigen.

Deutschland liegt sowohl bei der Zahl der Hausärzte als auch bei der Zahl der Arztkontakte über dem Durchschnitt der Länder.

Im Gegensatz zur hausärztlichen Versorgung haben Länder der Gruppe 1 eine größere Zahl an **Fachärzten und Zahnärzten** je 1.000 Einwohner. In den steuerfinanzierten Gesundheitswesen liegt dagegen die Zahl der Fachärzte je 1.000 Einwohner um bis zu 0,6 Fachärzte je 1.000 Einwohner unter dem Durchschnitt der Länder. In Kanada, Australien und Großbritannien liegt auch die Zahl der Zahnärzte je 1.000 Einwohner um bis zu 0,2 Zahnärzten unter dem Durchschnitt der Vergleichsländer.

Deutschland liegt bei der Zahl der Fachärzte und Zahnärzte je 1.000 Einwohner um 0,6 und 0,2 über dem Durchschnitt der Vergleichsländer.

Bei der **Krankenhausversorgung** kann ein Zusammenhang zwischen den Pro-Kopf-Ausgaben und der Bettendichte festgestellt werden. Tendenziell haben Länder der Gruppe 1 gegenüber Ländern der Gruppe 2 eine größere Zahl akutstationärer Betten je 1.000 Einwohner, eine längere Verweildauer, eine geringere Bettenauslastung und eine höhere Krankenhaushäufigkeit. Dies geht aus den Abbildungen 6 bis 9 (Kap. 16.2.3) hervor. Zu diesen Ländern gehören Deutschland und Frankreich. Steuerfinanzierte Gesundheitswesen haben dagegen eine geringere Zahl akutstationärer Betten, eine kürzere Verweildauer, eine höhere Bettenauslastung und eine geringere Krankenhaushäufigkeit. Es kommt hinzu, dass die Inanspruchnahme des Krankenhauses meist auf die Wohnortregion konzentriert ist, weil die Krankenhauskapazitäten in der Regel durch regionale Gesundheitsbehörden geplant und finanziert werden. Dies führt vor allem in Dänemark, Schweden und Großbritannien zu teilweise langen Wartezeiten. Aus diesem Grund werden Patienten auch in das europäische Ausland überwiesen, um operiert oder spezialärztlich versorgt zu werden. Typisch für steuerfinanzierte Gesundheitswesen ist zudem, dass keine Zuzah-

lungen im Krankenhaus gefordert werden. Ausnahmen sind Australien und Schweden.

Dem gegenüber werden in den Ländern der Gruppe 1 Zuzahlungen in der Krankenhausversorgung gefordert. Auch damit können Wartezeiten vermieden werden.

Der internationale Vergleich der Versorgung mit **Arzneimitteln** wirft Probleme auf, da eindeutige Aussagen nur dann möglich wären, wenn die Positiv- und Negativlisten gegeneinander abgeglichen würden. Dies bedeutet, dass mehrere tausend Arzneimittel je Land sowie die jeweiligen Zuzahlungs- und Kostenübernahmeregelungen sowie Befreiungs- und Sozialklauseln miteinander verglichen werden müssten, woraus sich eine große Zahl von Kombinations- und Vergleichsmöglichkeiten ergäbe. Dies ist nicht zu leisten.

In steuerfinanzierten Gesundheitswesen sind die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel geringer als in beitragsfinanzierten Gesundheitswesen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die Pharmaindustrie im Durchschnitt geringere Umsätze erzielt, weil die Arzneimittelpreise strikter gesetzlich reguliert sind. In Ländern, in denen die Preise von Arzneimitteln weniger stark gesetzlich reguliert sind, liegen die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel bis zu dreimal höher. Zu diesen Ländern zählen die USA, Frankreich, Japan und Deutschland.

Insgesamt können für Deutschland im Ländervergleich keine eindeutigen Ergebnisse für Arzneimittel bestimmt werden. Die Zuzahlungen lassen allerdings vermuten, dass Deutschland im internationalen Vergleich tendenziell am unteren Rand der Zuzahlungsbelastungen liegt. Das Fehlen einer Positivliste in Deutschland weist auf einen umfangreicheren Leistungskatalog an Arzneimitteln hin.

Abschließend ist zu prüfen, ob die Pro-Kopf-Ausgaben für Zuzahlungen sowie das Abrechnungssystem für Gesundheitsleistungen einen Einfluss auf die Pro-Kopf-Ausgaben des Gesundheitswesens haben. Dies soll anhand von Tabelle 37 geprüft werden.

Tabelle 37 Pro-Kopf-Ausgaben für die private Finanzierung von Gesundheitsleistungen in € 2001

Land	Private Finanzierung insgesamt	Private Krankenversicherung			Selbstzahlung			Sonstige
		Gesamt	Vollversicherung	Zusatzversicherung	Gesamt	Zuzahlung	Direktkauf	
Australien	601	150			381			70
Belgien	636	504			133	133	-	-
Dänemark	436	24	-	24	413	159	254	-
Deutschland	564	227	173	53	293	146	146	44
Frankreich	493	255	-	255	238	187	51	-
Großbritannien	347	347						
Italien	420	67			353			-
Japan	523	9			472			43
Kanada	762	306	-	306	386			71
Niederlande	670	376	341	35	294	109	184	-
Österreich	393	114	-	114	279	158	121	-
Schweden	339	-			339			-
Schweiz	1.621	428	-	428	1.154	426	728	39
USA	3.020	1.943			789			288

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der jeweiligen nationalen Gesundheitsberichterstattung. Ergänzend: OECD Health Data (2004); BASYS (2004).

In Tabelle 37 sind die Pro-Kopf-Ausgaben für die „private Finanzierung“ dargestellt, die sich aus der Privaten Krankenversicherung (Voll- und Zusatzversicherung) und aus der Selbstzahlung zusammensetzen, die in Zuzahlung und Direktkäufe unterteilt wird.

Aus Tabelle 37 lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem **Sachleistungs- oder Kostenerstattungsprinzip** und der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen ableiten. Bei den Vergleichsländern gibt es sowohl Sachleistungs- als auch Kostenerstattungssysteme mit hohen und geringen Pro-Kopf-Ausgaben. So befindet sich beispielsweise Frankreich mit einem Kostenerstattungsprinzip in der Gruppe 1, Belgien mit Kostenerstattung in der Gruppe 2. Alle anderen Länder rechnen in der Regel nach dem Sachleistungsprinzip ab. Dagegen erfolgt die Abrechnung in der Privaten Krankenversicherung durchgehend nach dem Kostenerstattungsprinzip. Die Private Kranken-

versicherung sichert mit Ausnahme von Deutschland, den Niederlanden und den USA Gesundheitsleistungen ergänzend ab (Zusatzversicherung).

Es zeigt sich, dass zwischen Pro-Kopf-Ausgaben für Zuzahlungen und Pro-Kopf-Ausgaben des Gesundheitswesens für Gesundheitsleistungen (Tab. 36) keine eindeutige Korrelation hergestellt werden kann. So gibt es Länder mit hohen Zuzahlungen, z. B. die Schweiz, die auch hohe Pro-Kopf-Ausgaben haben (Gruppe 1), und Länder mit geringeren Zuzahlungen, die geringe Pro-Kopf-Ausgaben haben (Gruppe 2) wie z. B. Australien. Es gibt also keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Höhe der Zuzahlung und Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben. Dies gilt auch für Arzneimittel, da z. B. Länder mit hohen Pro-Kopf-Ausgaben wie Frankreich auch hohe Zuzahlungen für Arzneimittel haben können.

Andererseits können Länder mit geringen Zuzahlungen wie z. B. Schweden auch geringere Pro-Kopf-Ausgaben aufweisen. Damit beeinflusst die Höhe der prozentualen oder absoluten Zuzahlung nicht unmittelbar die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen im Allgemeinen und für Arzneimittel im Besonderen.

Tabelle 38 enthält eine Zusammenfassung der Zuzahlungen bei ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung und bei Krankenhausversorgung.

Tabelle 38 Zuzahlung bei ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung und bei Krankenhausversorgung in den 14 Vergleichsländern im Überblick

Fortsetzung Tabelle 38

Tabelle 38 zeigt, dass sich die Vergleichsländer nach Art und Höhe der Zuzahlung bei hausärztlicher, fachärztlicher und zahnärztlicher Versorgung und bei der Krankenhausbehandlung unterscheiden. Bei der **hausärztlichen Versorgung** wird eine feste Zuzahlung in Form einer Praxis- oder Krankenscheingebühr in Deutschland, Österreich und Schweden erhoben; in Deutschland einmal im Quartal in Höhe von 10 €, in Österreich einmal im Quartal in Höhe von 3,63 € und in Schweden bei jedem Arztbesuch in Höhe von 11 bis 28 €. In Belgien, Frankreich, Japan, in der Schweiz und in den USA (Medicare) wird eine prozentuale Zuzahlung erhoben, in Belgien in Höhe von 25 bis 30 Prozent, in Frankreich von 30 Prozent, in Japan von 20 Prozent, in der Schweiz von 10 Prozent, wenn die Franchise überschritten wird, und in den USA von 20 Prozent, wenn die Kopfpauschale überschritten wird. In Frankreich müssen seit dem 1. Januar 2005 zusätzlich 1 € je Arztkontakt gezahlt werden. In Australien gibt es bei Wahl des Sachleistungsprinzips keine Zuzahlung, beim Kostenerstattungsprinzip beträgt die Zuzahlung 15 Prozent. In den USA beträgt die Zuzahlung bei Routineuntersuchungen bis zu 100 Prozent. Keine Zuzahlung für die hausärztliche Versorgung gibt es in einigen Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen, aber auch in den Niederlanden.

In Australien, Japan, in der Schweiz und in den USA gelten bei der **fachärztlichen Versorgung** die gleichen Zuzahlungsregelungen wie bei der hausärztlichen Versorgung. In den Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen gibt es mit Ausnahme von Italien keine Zuzahlung. Ebenso ist in den Niederlanden keine Zuzahlung bei einem Facharztbesuch erforderlich. In vielen Ländern ist die Zuzahlung bei der fachärztlichen Versorgung höher als bei der hausärztlichen Versorgung: In Belgien 40 Prozent, in Frankreich müssen zusätzlich zur prozentualen Beteiligung 5 € je Facharztbesuch ohne Überweisung gezahlt werden, in Österreich ist die Krankenscheingebühr bis zu dreimal im Quartal fällig, und in Schweden liegt die Zuzahlung bei 16 € bis 33 €. Eine Ausnahme ist Deutschland, wo eine Praxisgebühr, welche die gleiche Höhe hat wie bei der hausärztlichen Versorgung, nur dann anfällt, wenn der Facharzt ohne Überweisung durch einen Hausarzt in Anspruch genommen wird.

In Deutschland ist sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung durch eine moderate Zuzahlung in Form einer Praxisgebühr gekennzeichnet.

Eine **zahnärztliche Versorgung** kann ohne Zuzahlung nur in Italien und in den Niederlanden in Anspruch genommen werden. In Japan ist die Zuzahlung wie bei der ärztlichen Versorgung ausgestaltet. In Belgien, Dänemark, Frankreich und Großbritannien gibt es eine prozentuale Zuzahlung, in Belgien zwischen 5 und 60 Prozent, in Dänemark zwischen 35 und 60 Prozent und in Großbritannien 20 Prozent. In Deutschland und Österreich gibt es bei zahnärztlicher Versorgung eine feste (Praxisgebühr) und bei kieferorthopädischer Versorgung eine prozentuale Zuzahlung. Die Praxisgebühr beträgt in Deutschland 10 € im Quartal, die prozentuale Zuzahlung bei kieferorthopädischer Versorgung 20 Prozent. In Österreich muss je Zahnbehandlungsschein eine Zuzahlung von 3,63 € und bei kieferorthopädischer Versorgung von 25 bis 50 Prozent geleistet werden.

Deutschland ist eines der wenigen Länder mit umfangreichen Leistungen bei moderater Zuzahlung.

Zur **Krankenhausversorgung** muss in Belgien, Deutschland, Österreich, Schweden und in den USA (Medicare) eine feste Zuzahlung geleistet werden, in Belgien 12 €, in Deutschland 10 €, in Österreich 15,75 € und in Schweden 9 € je Tag. In Deutschland und Österreich ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Jahr begrenzt. In den USA beträgt die Zuzahlung in den ersten 60 Tagen 16 € je Tag, von Tag 61 bis 90 täglich 244 € und von Tag 91 bis 150 täglich 489 €. Danach müssen die Kosten vollständig selbst getragen werden. In Frankreich, in der Schweiz und in Japan gibt es eine Kombination aus prozentualer und fester Zuzahlung. In Frankreich beträgt die prozentuale Zuzahlung 20 Prozent. Zusätzlich muss eine Krankenhauspauschale in Höhe von 13 € je Tag gezahlt werden. In der Schweiz beträgt die Zuzahlung 6,40 € je Tag zusätzlich zur allgemeinen Zuzahlungsregelung. In Japan ist über die prozentuale Zuzahlung hinaus eine Beteiligung an den Verpflegungskosten in Höhe von 3 € bis 7 € je Tag erforderlich. Keine Zuzahlung muss bei Versorgung in einem öffentlichen

Krankenhaus in Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada, den Niederlanden und in Australien geleistet werden.

In Deutschland ist die Zuzahlung bei Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich mit 10 € je Tag, jährlich höchstens 280 €, moderat.

Tabelle 39 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Zuzahlung bei Zahnersatz, Arzneimitteln und bei Heil- und Hilfsmitteln.

Tabelle 39 Zuzahlung bei Zahnersatz, Arzneimitteln und bei Heil- und Hilfsmitteln in den 14 Vergleichsländern im Überblick

Fortsetzung Tabelle 39

Zahnersatz ist in den Ländern, in denen Zahnersatz zum Leistungskatalog gehört, mit spürbaren Zuzahlungen belegt, in der Regel als Prozentsatz der Kosten zwischen 20 Prozent in Großbritannien und 50 Prozent in Deutschland und Österreich. In Deutschland reduziert sich die Zuzahlung bei Nachweis einer regelmäßigen Prävention über fünf Jahre auf 40 und über 10 Jahre auf 35 Prozent.

Bei **Arzneimitteln** unterscheidet sich die Höhe der vom Patienten zu leistenden Zuzahlung in den Vergleichsländern zum Teil erheblich. Die höchste feste Zuzahlung gibt es in Australien mit bis zu 17 € je verordnetem Arzneimittel. In Großbritannien liegt die Zuzahlung bei durchschnittlich 9 € je verordnetem Arzneimittel, in Österreich gibt es eine Rezeptgebühr von 4,35 € je Arzneimittel. Die prozentualen Zuzahlungen liegen zwischen 10 und 100 Prozent. In Belgien beträgt die Zuzahlung je nach Art des Arzneimittels bis zu 80 Prozent, in Frankreich und Italien bis zu 100 Prozent. In Abhängigkeit von den Gesamtausgaben des Patienten für Arzneimittel liegt die Zuzahlung in Dänemark und Schweden bei bis zu 100 Prozent. In Japan beträgt die Zuzahlung je nach Art und Zahl der Arzneimittel bis zu 1,38 € je verordneter Tagesdosis. In Deutschland müssen 10 Prozent des Arzneimittelpreises, mindestens 5 € und höchstens 10 € je Arzneimittel, selbst getragen werden.

Bei **Heilmitteln** ist die Höhe der Zuzahlung in den meisten Ländern von der Art des verordneten Heilmittels abhängig. Für physiotherapeutische Leistungen muss immer eine Zuzahlung geleistet werden, in der Regel zwischen 10 und 40 Prozent. In den Niederlanden müssen 20 Prozent für die ersten neun Behandlungen und ab der 10. Behandlung 100 Prozent gezahlt werden. In Kanada muss Physiotherapie in privaten Einrichtungen zu 100 Prozent vom Patienten getragen werden, in Einrichtungen, die von der Krankenversicherung anerkannt sind, wird eine feste Zuzahlung von 11 € bis 21 € für die erste Behandlung und bis zu 11 € für die folgenden Behandlungen erhoben. Für alle anderen Heilmittel muss nur in Deutschland, Japan, Schweden und in den USA eine Zuzahlung geleistet werden. In Deutschland müssen 10 Prozent der Heilmittelkosten zugezahlt werden, zuzüglich 10 € je Verordnung.

In steuerfinanzierten Ländern steht ein eingeschränktes Angebot an **Hilfsmitteln** in der Regel ohne Zuzahlung zur Verfügung. In den anderen Ländern werden überwiegend prozentuale Zuzahlungen bis zu 100 Prozent erhoben. In Deutschland beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten je Hilfsmittel, mindestens 5 € und höchstens 10 € je Verordnung. Bei Verbrauchsmitteln ist die Zuzahlung auf 10 € im Monat begrenzt.

Insgesamt hat Deutschland bei Hilfsmitteln eine moderate Zuzahlungsregelung.

Deutschland hat von den Ländern der Gruppe 1 die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsversorgung, Pflege und Unfall (ohne Geldleistungen). Gleichzeitig ist die Gesundheitsinfrastruktur, die durch die Zahl der Haus-, Fach- und Zahnärzte und durch die Krankenhauskapazitäten beschrieben wird, im Vergleich der Länder auf dem höchsten Stand, auch aus Sicht der Patientenzufriedenheit. Dies wird auch durch nationale Befragungen bestätigt und führt dazu, dass zunehmend Patienten aus anderen Ländern in Deutschland im Krankenhaus versorgt werden.

Deutschland hat außerdem bei der Höhe der Zuzahlungen und bei den aus dem Leistungskatalog ausgeschlossenen Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln eine international gute Position, mit einem überdurchschnittlich breiten und mit geringen Zuzahlungen versehenen Leistungskatalog.

Insgesamt nimmt Deutschland bei den Vergleichsländern bei den Gesundheitsleistungen eine Spitzenposition ein. Zum Teil hat es die Spitzenposition wie bei Wartezeiten, die in Deutschland am geringsten sind. Dabei ist, gemessen am Umfang der Versorgung, die Versorgung weniger kostenintensiv als in allen vergleichbaren Ländern. Studien, die zu anderen Ergebnissen kommen, sollten die von ihnen genutzten Datenquellen der WHO und der OECD einer kritischen Analyse unterziehen.

18 Weiterführende Tabellen

Tabelle 40 Private Finanzierung von Gesundheitsausgaben in Mrd. € 2001

Land	Private Finanzierung insgesamt	Private Krankenversicherung			Selbstzahlung			Sonstige
		Gesamt	VV	ZV	Gesamt	ZZ	DK	
Australien	11,41	2,85			7,23			1,33
Belgien	6,53	5,17			1,36	1,36	-	-
Dänemark	2,33	0,13	-	0,13	2,21	0,85	1,36	-
Deutschland	46,47	18,68	14,30	4,38	24,14	12,07	12,07	3,65
Frankreich	29,17	15,09	-	15,09	14,08	11,06	3,02	-
Großbritannien	20,42	20,42						
Italien	24,31	3,90			20,41			-
Japan	66,62	1,14			60,02			5,45
Kanada	22,87	9,18	-	9,18	11,57			2,12
Niederlande	10,79	6,06	5,49	0,57	4,73	1,76	2,97	-
Österreich	3,16	0,92	-	0,92	2,24	1,27	0,97	-
Schweden	3,02	-			3,02			-
Schweiz	11,77	3,11	-	3,11	8,38	3,09	5,29	0,28
USA	861,00	554,00			225,00			82,00

VV = Vollversicherung, ZV= Zusatzversicherung, ZZ = Zuzahlung, DK = Direktkauf

Quelle: Eigene Berechnung und Zusammenstellung.

Tabelle 41 Zugangsbeschränkungen zur Gesundheitsversorgung in den
14 Vergleichsländern im Überblick

Tabelle 42 Versorgung im Pflegefall in den 14 Vergleichsländern

Fortsetzung Tabelle 42

Fortsetzung Tabelle 42

Tabelle 43 Versorgung bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit in den 14
Vergleichsländern

Fortsetzung Tabelle 43

Fortsetzung Tabelle 43

Fortsetzung Tabelle 43

19 Allgemeines Literaturverzeichnis

- BASYS (1993). Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1992, Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS).
- BASYS (1995). Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1994, Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS).
- BASYS (1998). Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1997, Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS).
- Bauer (2001). Eckart Bauer. Pharma-Länder-Dossiers. Die Arzneimittelversorgung in Europa. Govi-Verlag. Schriftenreihe; 12.
- Bertelsmann Stiftung (2003). Gesundheitspolitik in Industrieländern – Trends und Analysen. Ausgabe 1. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung (2004a). Gesundheitspolitik in Industrieländern. Im Blickpunkt: Gesundheitspolitik und Alter, Arzneimittelpolitik, Fachkräfteentwicklung. Ausgabe 2. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung (2004b). Gesundheitspolitik in Industrieländern. Im Blickpunkt: Transparenz und Rechenschaft, (De-)Zentralisierung, Informationstechnologien. Ausgabe 3. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Busse (2002). Health Care Systems: Towards an Agenda for Policy Learning Between Britain and Germany. Deutsch-Britische Stiftung für das Studium der Industriegesellschaft.
- Eurogrip (2004). Eurogrip. Costs and funding of occupational diseases in Europe.
- Europäisches Parlament (1999). Das Gesundheitswesen in der EU, Reihe Volksgesundheit und Verbraucherschutz, SACO 101 DE.
- Eurostat (1996). Europäische Union: Eurostat. ESSPROSS Manual.
- Eurostat (2005). Europäische Union: Eurostat. European social statistics: Social protection Expenditure and receipts.
- IHS (2004). Institut für höhere Studien. Langzeitversorgung in der EU: Wenig Chance für „ambulant vor stationär“? Health System Watch.
- IVSS Initiative (2004). Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit. Auf dem Wege zu tragfähigen Gesundheitssystemen: Aktuelle Strategien der Krankenversicherungssysteme in Deutschland, Frankreich, Japan und den Niederlanden. Forschungsergebnisse & Standpunkte Nr. 15.
- MISSOC (1998). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Comparative Tables, Luxemburg.

- MISSOC (2005). Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union. Soziale Sicherheit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz.
- OECD (2003). Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD health data 2003, Comparative analysis of 30 countries, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.
- OECD (2004). Organisation for Economic Co-operation and Development. Social Expenditure database (SOCX), 1980-2001, Paris.
- OECD (2004a). Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD health data CD 2004, Comparative analysis of 30 countries, Organisation for Economic Co-operation and Development, Version 3, Paris.
- OECD (2004b). Organisation for Economic Co-operation and Development. Private Health Insurance in OECD countries, Paris.
- Patienten Navigation (2002). Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa, Band 2: Länderberichte, Verbraucherzentrale Hamburg e. V.
- Schneider et al. (2004). Markus Schneider, Uwe Hofmann, Aynur Köse. Zahlungen im internationalen Vergleich. Kurzexpertise 2003. Strukturdaten 1980 – 2000 für 20 Länder. BASYS, Augsburg.
- Stapf-Finé et al. (2003). Heinz Stapf-Finé, Martin Schölkopf, Die Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich – Zahlen, Fakten, Trends, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbh.
- Statistisches Bundesamt (2004a). Statistisches Jahrbuch 2004 - Für das Ausland.
- Statistisches Bundesamt (2004b). Verdienste, Arbeitskosten und Arbeitszeiten im Ausland. Vergleichende Übersichten. Wiesbaden.
- Stolpe (2003). Michael Stolpe. Ressourcen und Ergebnisse der globalen Gesundheitsökonomie – Einführung und Überblick. Kieler Arbeitspapier Nr. 1177. Institut für Weltwirtschaft, Kiel.
- WHO (2002). European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges.
- WHO (2003). World Health Organization. Health System Performance Assessment: Debates, Methodes and Empiricism.
- WHO (2003a). Atlas of Health in Europe. World Health Organization.
- WHO (2005). European Observatory on Health Care Systems. Health for all Database – HFA-DB.

Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Schutzgebühr 10,- EURO pro Band zzgl. Versandkosten

- 1 Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein. 8 Einzelbände. Kiel 1978. cpl. 50,- DM
- Einzelband 1:*
Fiedler, G.: Einführung in das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. 215 S. ISBN 3-88312-051-0
- Einzelband 2:*
Kruse, O.: Ambulante ärztliche Versorgung.
Wolff, U.; U. Lorenzen; R. Görner: Stationäre Versorgung durch Einrichtungen des Sozialwesens.
Wolff, U.; U. Lorenzen; R. Görner: Ambulante Versorgung durch Einrichtungen des Sozialwesens. 216 S. ISBN 3-88312-052-9
- Einzelband 3:*
Hopf, E.-J.; P. Moritzen: Öffentliches Gesundheitswesen. 248 S. ISBN 3-88312-053-7
- Einzelband 4:*
Brandecker, K.: Krankenhausversorgung. 392 S. ISBN 3-88312-054-5
- Einzelband 5:*
Kruse, O.: Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und andere Kostenträger. 203 S. ISBN 3-88312-055-3
- Einzelband 6:*
Zur, K.: Rettungswesen.
Hülsmann, P.: Rehabilitation.
Frost, G.; B. Waldvogel: Kur- und Bäderwesen.
Hagemann, L.: Berufe des Gesundheitswesens.
Hagemann, L.: Ambulante nicht-ärztliche Versorgung. 332 S. ISBN 3-88312-056-1
- Einzelband 7:*
Griesser, G.: Formelle und informelle Kommunikationssysteme.
Rüschmann, H.-H.: Medizintechnik.
Amschler, U.; F. Kress: Arzneimittelversorgung. 200 S. ISBN 3-88312-057-X
- Einzelband 8:*
Schmidt, R.: Materialien zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. 281 S. ISBN 3-88312-058-8
- 2 Vergleich des Aufwands der gesetzlichen Krankenkassen bei ambulanter Behandlung durch niedergelassene Fachärzte und durch beteiligte Krankenhausärzte. Eine Pilotstudie. Kiel 1981. 93 S. ISBN 3-88312-059-6
- 3 Boschke, W. L.: Sozialökonomische Aspekte der Hypotonie. Kiel 1981. 103 S. ISBN 3-88312-060-X
- 4 Beske, F.; Th. Zalewski: Gesetzliche Krankenversicherung. Analysen - Probleme - Lösungsansätze. Kiel 1981. 165 S. ISBN 3-88312-061-8
- 5 Seffen, A.: Gesetzliche Krankenversicherung. Analysen - Probleme - Lösungsansätze. Einzelgutachten Entgeltfortzahlung. Kiel 1982. 182 S.
- 6 Beske, Chr.: Zur Problematik der Approbationsordnung für Ärzte vom 28.10.1970 in der Fassung vom 24.02.1978 unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen Diskussion. Kiel 1982. 133 S.

- 7 Rüschemann, H.-H.: Die Bedeutung der Krankenhaus-Diagnosestatistik bei der Analyse zentraler Probleme im Gesundheitswesen - Schwächen der Krankenhausbedarfsplanung und empirische Auswirkungen. Kiel 1982. 50 S. ISBN 3-88312-063-4
- 8 Cranz, H.; S. Czech-Steinborn; H. Frey; K.-H. Reese: Selbstmedikation - Eine Standortbestimmung. Kiel 1982. 151 S. ISBN 3-88312-064-2
- 9 Beske, F.; W. L. Boschke; H.-H. Rüschemann: Effizienzanalyse der medikamentösen Hypotonietherapie. Kiel 1983. 108 S. ISBN 3-88312-064-2
- 10 Beske, F.; Th. Zalewski: Gesetzliche Krankenversicherung. Systemerhaltung und Finanzierbarkeit. Kiel 1984. 101 S. ISBN 3-88312-065-0
- 11* Cranz, H.: Situationsanalyse, Beurteilung, Determinanten und Entwicklungstendenzen der Selbstmedikation. Kiel 1985. 306 S.
- 12* Rüschemann, H.-H.; R. Thode: Prognosemodell Zahnärzte. Entwicklung von Anzahl und Struktur für die Bundesrepublik Deutschland über das Jahr 2000 hinaus: Zahnärzte insgesamt - Berufstätigkeit - Tätigkeitsfelder - Alter und Geschlecht - Ausländer - Zahnarztdichte. Kiel 1985. 80 S. ISBN 3-88312-067-7
- 13 Beske, F.; H. Cranz; B. Eberwein; H. A. Kranz: Die Funktion der Verschreibungspflicht im heutigen Gesundheitswesen. Kiel 1985. 108 S. ISBN 3-88312-068-5
- 14 Cranz, H.: Billigarzneimittel. Eine kritische Analyse. Kiel 1985. 94 S. ISBN 3-88312-069-3
- 15 Rüschemann, H.-H.; F. Geigant; H. W. Holub; H. Schnabel; R. Schmidt; U. Schmidt: Verflechtungsanalyse des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Kiel 1986. 206 S. ISBN 3-88312-071-5
- 16 Cranz, H.: Nutzen und Risiken der Selbstbedienung bei freiverkäuflichen Arzneimitteln. Kiel 1986. 151 S. ISBN 3-88312-070-7
- 17 Beske, F.; R. Hanpft: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS). I. Blutspendewesen. Kiel 1986. 62 S. ISBN 3-88312-072-3
- 18 Beske, F.; L. Delesie; F. Rutten; H. Zöllner: Hospital Financing Systems. Report on two WHO Workshops. Kiel 1987. 370 S. ISBN 3-88312-073-1
- 19* Jenke, A.; A.-M. Reinkemeier: Berufliche Wiedereingliederung von Krankenschwestern nach der Familienpause. Bericht über einen Wiedereingliederungskurs. Kiel 1988. 46 S. ISBN 3-88312-074-X
- 20* Reinecke, F.; R. Hanpft; F. Beske: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS). II. Diagnose und Therapie. Kiel 1988. 141 S. ISBN 3-88312-075-8
- 21 Beske, F.; G.-T. Horn; A. Jenke; A.-M. Reinkemeier; K. Sullivan: Gutachten zum Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte nach § 38 des Entwurfes eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Kiel 1988. 56 S. ISBN 3-88312-077-4

- 22 Jenke, A.; F. Beske: Leistungs- und Kostenvergleich zwischen stationärer und ambulanter Altenhilfe. Eine Pilotstudie. Kiel 1988. 85 S. ISBN 3-88312-078-2
- 23 Beske, F.; A.-M. Reinkemeier; K. Sullivan: Gutachten über die nach dem Gesundheits-Reform-Gesetz vorgeschriebene Festbetragsregelung für Rollstühle. Kiel 1989. 76 S. ISBN 3-88312-079-0
- 24 Jenke, A.; C. Matthis; E. Becker; F. Beske: Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. I. HIV-Testung in den Gesundheitsämtern der Bundesrepublik Deutschland bis zum Juni 1988. II. Großmodell Gesundheitsämter - AIDS: Evaluationskonzept, Aufbau und Einführung der Berichterstattung. Kiel 1989. 119 S. ISBN 3-88312-081-2
- 25 Jenke, A.; A.-M. Reinkemeier; F. Beske: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS). III. Prävention, psychosoziale Betreuung und Beratung, Forschung. Kiel 1989. 154 S. ISBN 3-88312-080-4
- 26 Study of Methods to determine Hospital Bed-to-Population Ratios and their Use. Kiel 1989. 140 S. ISBN 3-88312-083-9
- 27 Hanpft, R.; A. Jenke; J.G. Brecht: Ökonomische Analyse der Arzneimitteltherapie chronisch-obstruktiver Atemswegerkrankungen - Grundlagen und methodische Ansätze. Kiel 1989. 104 S. ISBN 3-88312-082-0
- 28 Beske, F.; F.-M. Niemann: Universitäre Ausbildungskapazitäten für den Studiengang Medizin unter Qualitätsgesichtspunkten unter besonderer Berücksichtigung des Gutachtens von Infratest Gesundheitsforschung „Untersuchung über die Anforderungen an eine ordnungsgemäße ärztliche Ausbildung und über die tatsächliche Situation in der ärztlichen Ausbildung“. Kiel 1989. 45 S. ISBN 3-88312-084-7
- 29 Bericht über die Tagung „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“. Report on a Working Group „Quality Assurance in Health Care“. Kiel, 21. - 25. November 1988. Kiel 1989. 135 S. ISBN 3-88312-085-5
- 31 Jenke, A.; C. Matthis; E. Becker; F. Beske: Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. Modellstruktur, Angebotsmerkmale und Beginn der Berichterstattung durch die AIDS-Fachkräfte. Kiel 1990. 128 S. ISBN 3-537-79100-3
- 32 Thoben, I.; R. Hanpft; C. Matthis; K. Sullivan; F. Beske: Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. Kiel 1991. 106 S. ISBN 3-537-79701-X
- 33 Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen. Health system monitoring and epidemiology as a basis for health policy decisions. WHO-Workshop in Kiel. Kiel, 14. - 16.11.1989. Kiel, 1994. 146 S. ISBN 3-87825-050-9

- 34* Jenke, A.; I. Thoben; E. Angerstein: Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. 3. Zwischenbericht. Darstellung und Bewertung von Modelleleistungen. Kiel 1991. 262 S. ISBN 3-537-74101-4
- 35 Bericht über die Tagung „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen - Erfassungsmethoden und Bewertung“. Report on the Meeting on Methods for the Detection and Study of Unwanted Drug Effects. Kiel, 26. - 29.11.1990. Kiel 1991. 208 S. ISBN 3-537-83501-9
- 36* Niemann, F.-M.; F. Beske: Pilotprojekt „Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins“. Kiel 1992. 273 S. ISBN 3-537-83601-5
- 37 Keuchel, L.; F. Beske: Bericht zur Situation der minimal invasiven Chirurgie in der Bundesrepublik Deutschland. Kiel 1992. 88 S. ISBN 3-537-83701-1
- 38 Thoben, I.; D. Müller; E. Angerstein; A.-M. Reinkemeier; F. Beske: Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Darstellung und Bewertung von Modelleleistungen. Kiel 1992. 128 S. ISBN 3-537-83801-8
- 39 Bericht über die Tagung „Das öffentliche Gesundheitswesen im Jahr 2000“. Report on the meeting on “Public Health in the year 2000”. Kiel, 18.-21.11.1991. Kiel 1992. 284 S. ISBN 3-537-83901-4
- 40 Kyburg, L. C.; P. K. Schädlich: Investigation into the self-sufficiency of the Federal Republic of Germany with regard to blood and blood products as compared to selected European countries (Great Britain, Sweden, The Netherlands) with particular reference to the therapeutic standard in the Federal Republic of Germany. Kiel 1993. 103 S. u. Anhang. ISBN 3-87825-044-4
- 41 Neumann, K.-P.; J. G. Brecht; P. K. Schädlich: Kostenvergleichsrechnung zur Prävention NSAR-induzierter Gastroduodenopathien mit Misoprostol. Kiel 1993. 49 S. ISBN 3-87825-045-2
- 42 Bericht über die Tagung „Künftige Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei steigenden Kosten und begrenzten Ressourcen“. Report on the meeting on “The future of health care financing: Increasing demand and limited resources”. Kiel, 9.-12.11.1992. Kiel 1993. 259 S. ISBN 3-87825-046-0
- 43 Tätigkeitsbericht 1992 - 1993. Kiel 1994. 37 S. ISBN 3-87825-049-5
- 44 Neumann, K.-P.; F. Beske: Analyse der Kostensituation Hamburger Krankenkassen im Vergleich mit anderen Regionen. Kiel, 1994. 132 S. ISBN 3-87825-051-7
- 45* Bericht über das Symposium „Arzneimittel aus Blut und Plasma: Selbstversorgung und Sicherheit - Bestandsaufnahme und Perspektiven. Report on the Symposium “Pharmaceuticals of Blood and Plasma”: Self-sufficiency and Safety - Analysis and Perspectives. Bonn, 16.03.1994. Kiel 1994. 128 S. ISBN 3-87825-052-5

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 46 | Bericht über die Tagung zur „Beurteilung von Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Gesundheitssystemen“. Report on the workshop on „the assessment of the productivity, efficiency, effectiveness and quality of a health care system“. Kiel, 22.-25.11.1994. Kiel 1995. 226 S. ISBN 3-87825-053-3 | 53 | Bericht über die Tagung „Neue Versorgungsstrukturen im Rahmen von Krankenversicherung und nationalen Gesundheitsdiensten“. Report on the Workshop „New Provider Structures for Health Insurance and Tax-Based Health Care Systems“. Kiel, 27.-30. November 1995. Kiel 1996. 140 S. ISBN 3-87825-062-2 |
| 47 | Harms, G.; F. Beske: Bagatellmedizin - Sachstandsbericht 1995. Kiel 1995. 52 S. ISBN 3-87825-055-X | 54 | Tätigkeitsbericht 1994 - 1995. Kiel 1996. 45 S. ISBN 3-87825-063-0 |
| 48* | Kern, A. O.; G. Harms; F. Beske: Hirnleistungsstörungen im Alter. Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. Kiel 1995. 122 S. ISBN 3-87825-056-8 | 55 | Beske, F.; J. F. Hallauer; A. O. Kern: Verantwortungsebenen bei der Verteilung von Gesundheitsgütern. Der Versicherte als Leitbild von Strukturreformen der gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht Eltville, 23./24. Februar 1996. Kiel 1996. 81 S. ISBN 3-87825-064-9 |
| 49 | Kern, A. O.; G. Harms; F. Beske: Hirnleistungsstörungen im Alter. Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit in Österreich. Kiel 1995. 118 S. ISBN 3-87825-057-6 | 56 | Hallauer, J. F.; A. O. Kern; F. Beske: Erwartungen des Beitragszahlers an eine leistungsfähige Krankenversicherung. Ergebnisse einer Meinungsumfrage zu Beitragssatz und Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 1996. 90 S. ISBN 3-87825-065-7 |
| 50* | Beske, F.; J. Hübener: Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 1996. 89 S. ISBN 3-87825-058-4 | 57 | Beske, F.; M. Thiede; J. F. Hallauer: Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Fremdleistungen. Analyse und Lösungsvorschläge. Kiel 1996. 89 S. ISBN 3-87825-066-5 |
| 51* | Kern, A. O.; F. Beske: Volkswirtschaftliche Kosten von Patienten mit Hirnleistungsstörungen im Alter. Vergleich Deutschland und Österreich. Kiel 1996. 59 S. ISBN 3-87825-060-6 | 58 | Beske, F.; J. F. Hallauer; A. O. Kern: Rationierung im Gesundheitswesen? Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Leistungskatalog, Selbstverwaltung, Fremdleistungen. Kiel 1996. 80 S. ISBN 3-87825-067-0 |
| 52 | Beske, F.; A. O. Kern: Der Versicherte als Leitbild von Strukturreformen der gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht. Eltville, 20./21. Oktober 1995. Kiel 1996. 87 S. ISBN 3-87825-061-4 | 59* | Tätigkeitsbericht 1996, Kiel 1997. 45 S. ISBN 3-87825-069-0 |

- 60 Hallauer, J. F.; A. O. Kern; F. Beske: Ansichten von Verbänden und Organisationen im Gesundheitswesen zur Weiterentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse einer Meinungsumfrage. Kiel 1997. 77 S. ISBN 3-87825-070-3
- 61 Kern, A. O.; F. Beske; S. Kupsch; J. F. Hallauer: Zur Neubestimmung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung - Gesundheitsziele, Leistungskatalog und Selbstbeteiligung. Tagungsbericht Eltville IV, 22./23. November 1996. Kiel 1997. 109 S. ISBN 3-87825-071-1
- 62 Hallauer, J. F.; F. Beske: Diagnose- und Therapiestandards in der Medizin. IGSF-Symposium. Bonn, 22. September 1997. Kiel 1998. 101 S. ISBN 3-87825-076-2
- 63 Beske, F.; M. Thiede: Beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen in der gesetzliche Krankenversicherung - Probleme und Lösungsansätze. Kiel 1998. 101 S. ISBN 3-87825-074-6
- 64 Beske, F.; M. Thiede: Krankenversicherung von Rentnern - Entwicklungsperspektiven und Lösungsansätze. Kiel 1998. 92 S. ISBN 3-87825-075-4
- 66 Kupsch, S.; A. O. Kern; J. F. Hallauer: Versorgung von Patienten mit Nierenersatztherapie in Deutschland - Epidemiologische, medizinische und ökonomische Aspekte von Dialyse und Transplantation. Kiel 1998. 184 S. ISBN 3-87825-078-9
- 67 Tätigkeitsbericht 1997/1998. Kiel 1999. 67 S. ISBN 3-87825-079-7
- 68 Beske, F.; A. O. Kern: Symposium „Leitlinien und Standards in der Medizin - auf dem Weg in die Einheitsbehandlung? Hannover, 13. Mai 1998. Kiel 1999. 53 S. ISBN 3-87825-080-0
- 69 Beske, F.; S. Kiauka; C. Michel: Diagnostik und Therapie der Claudicatio intermittens unter besonderer Berücksichtigung von Vasoaktiva. Ergebnisse einer Erhebung unter Angiologen und Gefäßchirurgen. Kiel 1999. 61 S. u. Anhang. ISBN 3-87825-081-9
- 70 Langhein, S.; A. O. Kern; F. Beske: Anforderungen und Rahmenbedingungen zur Erstellung einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung - Positivliste. Tagungsbericht Eltville VII, 22./23. Januar 1999. Kiel 1999. 39 S. ISBN 3-87825-082-7
- 71 Beske, F.; O. Shepin; A. O. Kern; A. Lindenbraten: Stand und Zukunft der Krankenversicherung in der Russischen Föderation. Tagungsbericht. Moskau, 22./23. September 1998. Kiel 1999. 80 S. ISBN 3-87825-083-5
- 74 Kupsch, S.; A. O. Kern; C. Klas; B. K. W. Kressin; M. Viononen; F. Beske: Health Service Provision on a Microcosmic Level - An International Comparison. Leistungskatalog der Mikroebene - Ein internationaler Vergleich. Results of a WHO/IGSF Survey in 15 European Countries. Kiel 2000. 337 S. ISBN 3-87825-086-X
- 75 Hallauer, J. F.: Erwartungen an die Gesundheitssystemforschung zum Jahr 2000. Festschrift zum 75. Geburtstag von Professor Dr. med. Fritz Beske, MPH. Kiel 1997. 179 S. ISBN 3-87825-072-X

- 76 Beske, F.; A. O. Kern; S. Kiauka; N. Pfau: Meinungsumfrage zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung. Ergebnis einer Meinungsumfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Kiel 1999. 192 S. ISBN 3-87825-087-8
- 78 Kern, A. O.; C. J. Troche; F. Beske: Beteiligungsrechte - Der Patient im Mittelpunkt. Tagungsbericht Eltville VIII, 13./14. August 1999. Kiel 2000. 47 S. ISBN 3-87825-089-4
- 79 Michel, C.; B. Kressin; S. Kiauka; F. Beske: Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK). Epidemiologische und gesundheitspolitische Bedeutung. Kiel 1999. 170 S. ISBN 3-87825-090-8
- 80 Tätigkeitsbericht 1999. Kiel 2000. 51 S. ISBN 3-87825-091-6
- 81 Beske, F.; A. O. Kern: Zum Stand der Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung 1997. Kiel 2000. 48 S. ISBN 3-87825-092-4
- 82 Kern, A. O.; F. Beske: Medizinische Versorgung des älteren Menschen. Tagungsbericht Eltville IX, 10./11. Dezember 1999. Kiel 2000. 41 S. ISBN 3-87825-093-2
- 83 Kern, A. O.; F. Beske: Leichte kognitive Störungen. Definition, Früherkennung und Frühbehandlung. Symposium. Karlsruhe, 19. März 1999. Kiel 2000. 133 S. ISBN 3-87825-094-0
- 84 Pfau, N.; S. Kupsch; A. O. Kern; F. Beske: Epidemiologie und sozioökonomische Bedeutung von Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung in Deutschland. Kiel 2000. 161 S. ISBN 3-87825-095-9
- 85 Tätigkeitsbericht 2000. Jubiläumsband. Kiel 2001. 48 S. ISBN 3-88312-275-0
- 86 Beske, F.; A. O. Kern: Der ältere Mensch in unserer Gesellschaft. Tagungsbericht Eltville X, 19./20. Mai 2000. Kiel 2001. 28 S. ISBN 3-88312-271-8
- 87 25 Jahre Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel in Bildern. Jubiläumsband. Kiel 2001. 112 S. ISBN 3-88312-272-6
- 88 Beske, F.: Der Hausarzt als Partner des Versicherten. Leistungsbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung und Konkretisierung sinnvoller Individualangebote. Tagungsbericht Eltville XI, 03./04. November 2000. Kiel 2001. 57 S. ISBN 3-88312-273-4
- 89 Beske, F.: Einstellung von Versicherten und Kranken zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht Eltville XII, 06./07. April 2001. Kiel 2001. 40 S. ISBN 3-88312-274-2
- 90 25 Jahre Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel. Jubiläumsveranstaltung 9. März 2001. Kiel 2001. 72 S. ISBN 3-88312-280-7
- 91 Beske, F.; Th. Drabinski; C. Michel: Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung /Finanzielle Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates. - Kieler Kritik -. Kiel 2002. 66 S. ISBN 3-88312-281-5
- 92 Tätigkeitsbericht 2001. Kiel 2002. 44 S. ISBN 3-88312-282-3

- 93 Beske, F.: Berliner Konzept einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 2002. 166 S. ISBN 3-88312-283-1
- 94 Beske, F.; Th. Drabinski; J. H. Wolf: Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung. Standpunkte und Perspektiven. Kiel 2002. 90 S. ISBN 3-88312-284-X
- 95 Hegger, U.; F. Beske: Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Gesetzgebung der Bundesländer. Kiel 2003. 97 S. ISBN 3-88312-285-8
- 96 Beske, F.: Das Gesundheitswesen zukunftsfähig machen. Kieler Alternative. Kiel 2003. S. ISBN 3-88312-286-6
- 97 Drabinski, T.; F. Beske: Der Einfluss der Wiedervereinigung auf die Entwicklung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 2003. 56 S. ISBN 3-88312-287-4
- 98 Beske, F.; D. Ralfs: Die aktive Schutzimpfung in Deutschland. Stand – Defizite – Möglichkeiten. Kiel 2003. 160 S. ISBN 3-88312-288-2
- 99 Tätigkeitsbericht 2002/2003. Kiel 2004. 50 S. ISBN 3-88312-289-0
- 100 Beske, F.; T. Drabinski; H. Zöllner: Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Eine Antwort auf die Kritik. Kiel 2004. 159 S. ISBN 3-88312-290-4
- 101 Beske, F.; T. Drabinski: Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Politische Entscheidungen 1977 - 2004 und andere Tatbestände. Kiel 2004. 69 S. ISBN 3-88312-291-2
- 102 Beske, F.; T. Drabinski: Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bürgerversicherung, Kopfpauschale und andere Optionen im Test. Kiel 2004. 233 S. ISBN 3-88312-292-0
- 103 Beske, F.: Prävention. Ein anderes Konzept. Kiel 2005. 88 S. ISBN 3-88312-293-9

*nicht mehr lieferbar