

# EUROPÄISCHES PARLAMENT

*Generaldirektion Wissenschaft*

**ARBEITSDOKUMENT**

## **DAS GESUNDHEITSWESEN IN DER EU EINE VERGLEICHENDE UNTERSUCHUNG**

*Reihe Volksgesundheit und Verbraucherschutz*

---

*SACO 101/DE*

11-1998

Diese Veröffentlichung erscheint in folgenden Sprachen:

EN (Originalsprache)

DE

FR

Bei den dargelegten Ansichten handelt es sich um die des Verfassers, die nicht unbedingt der Position des Europäischen Parlaments entsprechen.

Nachdruck von Übersetzung - außer zu kommerziellen Zwecken - mit Quellenangabe gestattet, sofern der Herausgeber vorab unterrichtet und ihm ein Exemplar übermittelt wird.

Herausgeber:           Europäisches Parlament  
L-2929 Luxemburg

Verfasser:               Dr. med. Elke Jakubowski, MSc. HPPF, Beraterin für Gesundheitspolitik,  
Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Hochschule  
Hannover

Mitverfasser:          Dr. med. Reinhard Busse, M.P.H., Abteilung für Epidemiologie und  
Sozialmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Redaktion:             Graham R. Chambers, BA  
Generaldirektion Wissenschaft  
Abteilung für Sozial-, Frauen-, Gesundheits- und Kulturpolitik  
Tel.: (00 352) 4300-23957  
Fax: (00 352) 4300-27720  
e-mail: gchambers@europarl.eu.int

**BESONDERER DANK GILT:**

James Kahan, Panos Kanavos, Julio Bastida-Lopez, Elias Mossialos, Miriam Wiley, Franco Sassi, Tore Schersten, Juha Teperi für ihre hilfreichen Anmerkungen und die Durchsicht der Entwürfe der Länderkapitel sowie Manfred Huber für zusätzliche erläuternde Anmerkungen über die OECD-Gesundheitsdaten.

Manuskript abgeschlossen im Mai 1998.

# EUROPÄISCHES PARLAMENT

*Generaldirektion Wissenschaft*

**ARBEITSDOKUMENT**

## **DAS GESUNDHEITSWESEN IN DER EU EINE VERGLEICHENDE UNTERSUCHUNG**

*Reihe Volksgesundheit und Verbraucherschutz*

---

*SACO 101/DE*

11-1998





## INHALT

### **EINLEITUNG**

#### **TEIL I: Vergleichende Betrachtung des Gesundheitswesens in den EU-Mitgliedstaaten**

Rahmenbedingungen

Bedarf und Nachfrage in der Gesundheitsversorgung

Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens

Ressourcen und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

Aktuelle gesundheitspolitische Fragen

#### **TEIL II: Das Gesundheitswesen in den einzelnen Mitgliedstaaten**

Österreich

Belgien

Dänemark

Finnland

Frankreich

Deutschland

Griechenland

Irland

Italien

Luxemburg

Niederlande

Portugal

Spanien

Schweden

Vereinigtes Königreich

Länderübersicht

### **GLOSSAR**

### **LITERATURVERZEICHNIS**

## EINLEITUNG

In dem vorliegenden Bericht werden die wesentlichen Fakten zu dem Gesundheitszustand und der Gesundheitsversorgung in den 15 EU-Mitgliedstaaten dargestellt. Diese neue Untersuchung der Gesundheitssysteme der 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) ersetzt die beiden vorangegangenen aus den Jahren 1990 und 1993.

Der Vertrag von Maastricht von 1991 übertrug der Union neue Zuständigkeiten im Gesundheitswesen und ermöglichte einen breiteren Ansatz für eine länderübergreifende Zusammenarbeit. Es wurden für die Gesundheitsförderung und den Gesundheitsschutz, die finanzielle Unterstützung der medizinischen und gesundheitspolitischen Forschungsprogramme und die Einrichtung eines internationalen Informationssystems gemeinsame Aktionen mit den Mitgliedstaaten festgelegt. Die Kommission hat in Bereichen wie AIDS, Tabakkonsum, Alkoholmißbrauch und gesundheitsschädliche Umwelteinwirkungen bereits spezifische Politiken entwickelt. Der Vertrag von Amsterdam von 1997 sieht bei den Gemeinschaftsaktionen eine vermehrte Berücksichtigung von Krankheiten und die Eindämmung der Gesundheitsgefährdung vor. Der Europäische Binnenmarkt und die zunehmenden Wanderungsbewegungen innerhalb der Union fördern die Konvergenz der Politiken und neue Verfahrensweisen für den Austausch in der medizinischen Technologie, den Gesundheitsdiensten und bei den Arbeitskraftressourcen.

In der Gesundheitspolitik herrscht jedoch der strikte Grundsatz der Subsidiarität. Die Harmonisierung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften wird in Artikel 129 des EU-Vertrages ausdrücklich ausgeschlossen.

Die Gesundheitssysteme haben sich aus spezifischen politischen, historischen, kulturellen und sozioökonomischen Gegebenheiten entwickelt. Aus diesem Grund gibt es große Unterschiede in den Organisationsformen des Gesundheitswesens der Mitgliedstaaten und bei der Bereitstellung von Kapital- und Humanressourcen.

Das Gesundheitswesen in der Europäischen Union kann in zwei grundsätzliche Organisationsformen unterschieden werden: die steuerfinanzierte nationale Gesundheitsversorgung und die durch eine Sozialversicherung finanzierten Systeme, in denen die Sozialversicherungskassen vom Staat unabhängig sein können.

Dieser grundlegende Unterschied zwischen den Systemen verwischt jedoch zunehmend. Länder wie das Vereinigte Königreich haben ihren Nationalen Gesundheitsdienst für den internen Wettbewerb geöffnet, um das Angebot zu diversifizieren und die Kaufkraft zu erhöhen. Im Gegensatz dazu schließen sich in einigen traditionellen Sozialversicherungssystemen die Krankenkassen zusammen, und es findet eine vermehrte Ausgabenkontrolle durch den Staat statt. Diese zunehmende Konvergenz ist der Versuch, die jeweiligen Vorteile eines jeden Systems zu erhalten.

Die Gesundheitssysteme in der EU stehen vor neuen oder verschärften Herausforderungen. Es ergeben sich andererseits aber auch neue Möglichkeiten für gesundheitspolitische Strategien. Die Mitgliedstaaten stehen vor der gemeinsamen Herausforderung, eine sozial gleiche, effiziente und hochqualifizierte Gesundheitsversorgung zu tragbaren Kosten in einer Zeit anzubieten, in der der Umfang der Versorgungsleistungen allmählich die Finanzierungsgrundlagen übersteigt. Der

Bedarf an Gesundheitsversorgung in Europa - wie auch in den anderen Industriestaaten - nimmt aufgrund des zunehmenden Altersdurchschnitts der Bevölkerung und der gestiegenen Erwartungen der Öffentlichkeit zu. Die demographischen Veränderungen und technologischen Entwicklungen erhöhen die Kosten der Gesundheitsleistungen.

Als Folge stehen alle Systeme vor demselben Problem, die Kosten durch eine Rationalisierung des Leistungsangebots zu senken, da trotz rückläufiger Steuereinnahmen eine erhöhte Nachfrage finanziert werden soll. Gleichzeitig wird es zunehmend schwierig, allgemein akzeptierte Gesundheitspolitiken zu entwickeln, die in der breiten Öffentlichkeit Zustimmung finden.

Andererseits gibt es neue Möglichkeiten, eine grundlegende Verbesserung des Gesundheitswesens sicherzustellen. Es besteht ein zunehmendes Interesse an Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung, klinische Fortschritte ermöglichen einen effektiveren und effizienteren Einsatz der Ressourcen, und Informationen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung können schneller verbreitet werden.

Die Mitgliedstaaten haben zur Bewältigung der Herausforderungen und Ausschöpfung der Möglichkeiten im Gesundheitswesen unterschiedliche Strategien angewendet. Einerseits zeigen sie die grundlegenden Unterschiede in der Organisationsform, wie die Gesundheitsversorgung finanziert und geleistet wird. Darüber hinaus werden Gesundheit und Gesundheitsvorsorge von Land zu Land unterschiedlich definiert, und die abweichenden Ergebnisse über den Gesundheitszustand zeigen, daß eine Reihe anders gelagerter Probleme angegangen werden muß. Jedes System hat seine eigenen Stärken und Schwächen, und keines der Systeme bietet eine umfassend erfolgreiche Lösung. Jedes Gesundheitssystem kann somit etwas von der Erfahrung der anderen 14 lernen.

Im Grunde genommen spiegeln die 15 Gesundheitssysteme in der EU eine Vielfalt von verschiedenen Philosophien und Ansätzen wider, und jedes einzelne von ihnen verfügt über besondere Merkmale. Vergleichende Untersuchungen dieser Systeme unterstützen einen gegenseitigen Lernprozeß, durch den die Gesundheit aller Bürger in der Union verbessert werden kann.

Ziel dieses Berichtes ist es, die neuesten vergleichbaren Informationen über das Gesundheitswesen in der EU darzustellen.

**Teil I** gibt einen Überblick über die wichtigsten Merkmale der untersuchten Gesundheitssysteme und die größten Herausforderungen für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung.

In **Teil II** werden die einzelnen Gesundheitssysteme der 15 Mitgliedstaaten detailliert erläutert.

Die **Übersicht** im letzten Teil faßt die Hauptmerkmale der Systeme auf einen Blick zusammen, und das **Glossar** bietet kurze Definitionen von Fachausdrücken.

## **Methodologie**

Ein Vergleich der Daten über den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten ist im allgemeinen weder exakt noch ganz verlässlich, da es verschiedene Methoden der Datensammlung und -auswertung gibt. Rückschlüsse aus vergleichbaren

statistischen Daten sind deshalb nur mit großer Vorsicht zu ziehen. Das gilt für Angaben zu dem Gesundheitszustand, den Kosten der Gesundheitsversorgung und den Ressourcen einschließlich ihrer Inanspruchnahme. Die Standardisierung von Datendefinitionen und Methoden der Datensammlung ist bis jetzt noch nicht vollständig ausgereift, obwohl sie Gegenstand beträchtlicher internationaler Anstrengungen ist.

In den ausführlichen Beschreibungen der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten werden EU-Mittelwerte angesetzt. Diese Angaben sind in Klammern gesetzt, um spezifische Indikatoren zu vergleichen. Die Hauptquelle für statistische Angaben in dieser Untersuchung ist die Veröffentlichung "OECD Health Data 98 (97)" mit den Ende Mai 1998 verfügbaren Daten. Die OECD-Daten wurde so weit wie möglich mit einer zweiten Datenquelle verglichen, und meistens handelte es sich dabei um die Datenbank "Health for All" der WHO. Unterschiede in den Angaben der beiden Quellen, die mehr als 10 % betragen, erscheinen in eckigen Klammern. Dieser Vergleich mit einer zweiten Datenbank fand jedoch nur in begrenztem Umfang statt, da für ein und dasselbe Jahr nicht immer Daten verfügbar waren.

**TEIL I:**

**Vergleichende Betrachtung des Gesundheitswesens in den  
EU-Mitgliedstaaten**

## RAHMENBEDINGUNGEN

Zur Beschreibung der Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens wurden **drei** grundlegende Merkmale herangezogen.

Durch den **Bedarf an und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen** wird die Aufgabe des Gesundheitswesens in Gegenwart und Zukunft deutlich.

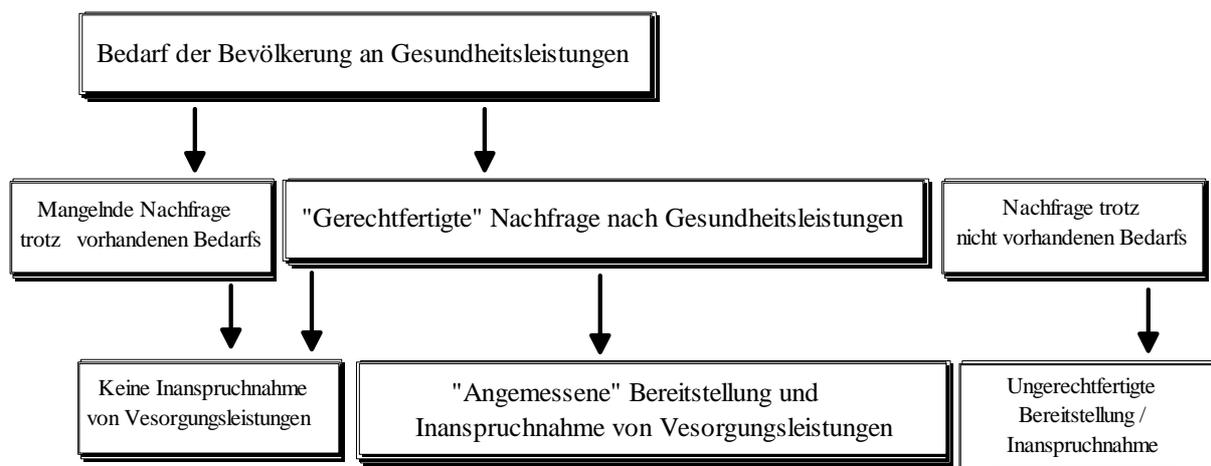
Um die Art, die Struktur und die individuellen Merkmale der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union zu verstehen, sind die **Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens** sowie dessen **Ressourcen und Inanspruchnahme** von wesentlicher Bedeutung,.

**Die aktuellen gesundheitspolitischen Fragen** geben einen zusammenfassenden Überblick über die gemeinsamen und unterschiedlichen Herausforderungen und Lösungen für die aktuelle Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten.

### 1. Bedarf und Nachfrage in der Gesundheitsversorgung

In jedem System ist man darum bemüht, den Bedarf der Bevölkerung an Gesundheitsleistungen zu decken. Ein vielschichtiges Thema ist die Frage, inwieweit die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen dem tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung entspricht und in welchem Umfang er durch die Bereitstellungen und Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen gedeckt wird. Der Bedarf der Bevölkerung an Gesundheitsleistungen kann in einer "berechtigten" Nachfrage und angemessenen Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen zum Ausdruck kommen, ein gewisser Bedarf an gesundheitlicher Versorgung kann jedoch aufgrund mangelnder Nachfrage und Inanspruchnahme unberücksichtigt bleiben. Eine besondere Herausforderung des Gesundheitswesens besteht also darin, den tatsächlichen Bedarf an Gesundheitsleistungen genauer festzustellen, so daß einer berechtigten Nachfrage Rechnung getragen und sie gegebenenfalls im angemessenen Rahmen gefördert wird.

Tabelle 1



Gesundheitsbedarf der Bevölkerung mit möglichen Auswirkungen auf die Gesundheitsnachfrage, die Erbringung gesundheitlicher Versorgungsleistungen und deren Inanspruchnahme. Dieses theoretische Modell kann das tatsächliche Verhältnis der einzelnen Faktoren zueinander nicht wiedergeben, da ihr Umfang nicht eindeutig bemessen werden kann und sie in den einzelnen Systemen unterschiedlich sind.

Die Quantifizierung und Qualifizierung von Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung für die Identifizierung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen und dessen Übertragung in Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung.

Gesundheit kann nicht direkt gemessen werden. Aufschluß über Umfang und Art des Bedarfs an Gesundheitsleistungen geben Bevölkerungsmerkmale und sogenannte "Indikatoren" für den Gesundheitszustand wie Lebenserwartung, Krankheitshäufigkeit und Todesursachen. Letztere können auch als Erfolgsmessungen für die Gesundheitsversorgung betrachtet werden. Zahlreiche ausschlaggebende Faktoren für den Zustand der Volksgesundheit liegen jedoch außerhalb des Wirkungskreises des Gesundheitssektors. Dazu gehören unter anderem die sozioökonomischen Bedingungen und der Bildungsstand. Eine besondere Herausforderung besteht darin, die aufgrund dieser Faktoren bestehenden Unausgewogenheiten im Gesundheitszustand der Bevölkerung auszugleichen.

Schließlich führen die Fortschritte in der medizinischen Forschung zu einer Steigerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, da die Möglichkeiten in der Vorbeugung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen verbessert wurden. Daraus ergibt sich oftmals eine vermehrte Bereitstellung und Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen, obwohl die medizinisch-technologischen Innovationen häufig zu einer direkten Kostensenkung führen. Als Folge davon werden die Erwartungen der Öffentlichkeit und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in dem Maße steigen, wie sich die Personen, die diese Leistungen in Anspruch nehmen, an die höheren Versorgungsstandards gewöhnen.

Die Zusammenfassung der Indikatoren für den Gesundheitszustand vermittelt einen umfassenden Eindruck über Lebensdauer und -qualität der Bürger Europas. Ein länderübergreifender Vergleich der Indikatoren für den Gesundheitszustand gilt jedoch nur im Rahmen der verfügbaren und vergleichbaren Daten.

## 2. Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens

Die Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens in den EU-Mitgliedstaaten hat sich aus den einzelstaatlichen politischen und sozioökonomischen Traditionen heraus entwickelt. Bei der Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen werden bestimmte soziale Ziele wie Gleichheit, Effizienz und vertretbare Kosten verfolgt. Jedem dieser Ziele wird sowohl in den einzelnen Gesundheitssystemen in der EU als auch im Gesundheitswesen und in anderen Politikbereichen eines jeden Landes eine unterschiedliche Bedeutung beigemessen.

Um das Gesundheitswesen zu finanzieren, müssen Finanzmittel von der Bevölkerung oder dem Patienten - der ersten Partei - an den Leistungserbringer - die zweite Partei - fließen. Alle Systeme in der Europäischen Union bedienen sich einer dritten Partei, um die Gesundheitsausgaben für die Begünstigten in den Zeiten, in denen diese krank sind, zu zahlen oder zu versichern. Das Ziel besteht darin, die Kosten der medizinischen Versorgung zwischen den Kranken und den Gesunden aufzuteilen und sie an die unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten anzupassen. Dieser Solidaritätsmechanismus spiegelt die übereinstimmende Haltung in der Europäischen Union wider, daß die Gesundheitsversorgung nicht nur dem freien Markt überlassen werden sollte.

## 3. Ressourcen und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

Die Bereitstellung von Ressourcen für die Gesundheitsversorgung ist in den einzelnen Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten ebenso unterschiedlich wie deren Inanspruchnahme durch die Bevölkerung. Jedes Gesundheitssystem ist in dieser Hinsicht sehr vielschichtig. Bei den Ressourcen und Einrichtungen ist alles von großen Krankenhäusern bis hin zu Einraumkliniken, von spezialisierten Chirurgen bis hin zu Chiropraxisten vertreten. Um eine vergleichende Untersuchung zu ermöglichen, wurden als Hauptressourcen und Einrichtungen Krankenhäuser, medizinische Grundbetreuung und ambulante Versorgung, kapitalintensive Medizintechnik<sup>1</sup> und Beschäftigte im Gesundheitssektor herangezogen.

In Zeiten knapper Ressourcen besteht ein zunehmendes Interesse daran, die Ressourcen in der Gesundheitsversorgung nutzbringend einzusetzen. Die Unterschiede bei den Ausgaben und Ressourcen im Gesundheitswesen der einzelnen Mitgliedstaaten lassen darauf schließen, daß es zahlreiche Wege gibt, um das gleiche Ziel zu erreichen, und somit auch einen breiten Ansatz, um die internationalen Erfahrungen, wie der größte Kosten-Nutzen-Effekt erzielt werden kann, zu vergleichen.

## 4. Aktuelle gesundheitspolitische Fragen

Die drei Hauptmerkmale der Art und der Struktur der EU-Gesundheitssysteme entsprechen den

---

<sup>1</sup>) Kapitalintensive Medizintechnik, z.B. Diagnostikausrüstung wie Kernspintomographen (NMR) und Computertomographen sowie therapeutische Technologien wie Strahlentherapieeinrichtungen, wurde in letzter Zeit zu einem der Indikatoren für die der Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellten Ressourcen. Vgl. Lázaro & Fitch, 1995.

aktuellen Herausforderungen für den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung. Lösungen, ob sie nun unterschiedlicher oder gleicher Natur sind, finden sich in den Gesundheitsreformen wieder.

## **BEDARF UND NACHFRAGE IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG**

### **1. Bevölkerungsmerkmale**

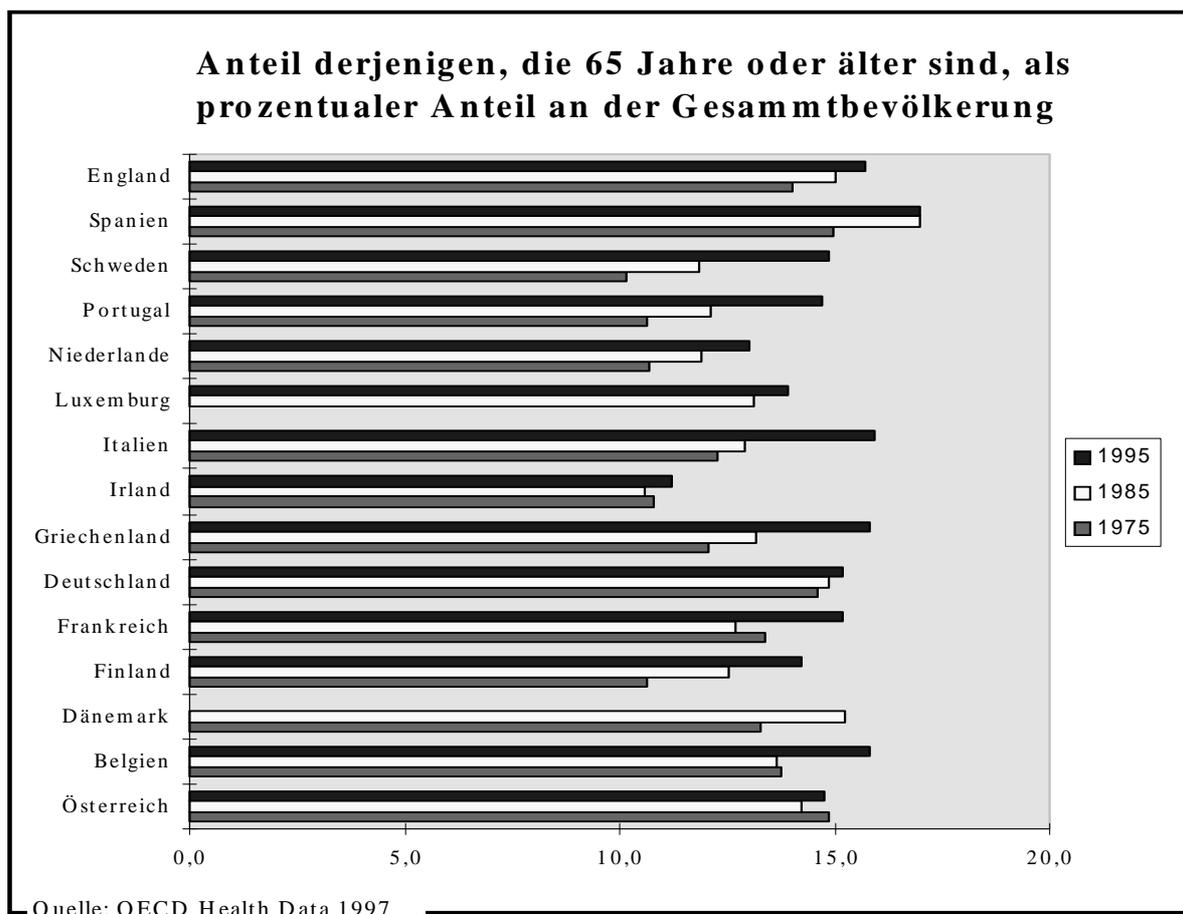
Die wichtigsten Bestimmungsfaktoren für die Nachfrage nach gesundheitlicher Versorgung sind die Größe sowie die Alters- und Geschlechtsstruktur der zu versorgenden Bevölkerung.

Die Einwohnerzahl in den EU-Mitgliedstaaten schwankt zwischen 421.000 Einwohnern in Luxemburg und 82 Mio. in Deutschland (1997). Da in den letzten drei Jahrzehnten das Bevölkerungswachstum in der EU relativ langsam war, ist es ein schwächerer Indikator für das sich verändernde Nachfrageniveau in der Gesundheitsversorgung als in anderen Teilen der Welt.

Ebenso können die Bevölkerungsverteilung hinsichtlich Altersgruppen und Geschlecht sowie die Haushaltsgröße bei der Bestimmung der Nachfrage nach Gesundheitsversorgung sehr wichtig sein: Bei jüngeren Frauen und Alleinlebenden ist im Vergleich zu anderen Personen derselben Altersgruppe eine höhere Nachfrage nach gesundheitlicher Versorgung festzustellen.

Die Altersstruktur der Bevölkerung ist für die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung besonders entscheidend und auch ein Hauptthema für das Gesundheitswesen. Der Anteil der Menschen über 65 Jahren in der Bevölkerung hat in den letzten 20 Jahren stark zugenommen, wie in Abbildung 2 zu sehen ist.

Abbildung 2:



Einwohner (65 Jahre und älter) in % der Gesamtbevölkerung 1975, 1985 und 1995 in den EU-Mitgliedstaaten. Für Luxemburg (1975) und Dänemark (1995) liegen keine vollständigen Angaben vor.

Der Prozentsatz der über 75jährigen variiert von 4,7 % in Irland bis hin zu 8,2 % in Schweden (1996), dabei wird eine Erhöhung des EU-Mittelwerts<sup>2</sup> für den Bevölkerungsanteil von 6,5 % im Jahre 1990 auf 8,9 % im Jahre 2010<sup>3</sup> prognostiziert.

Die Nachfrage nach der Gesundheitsversorgung unterliegt mit zunehmendem Alter der Menschen einer Veränderung. Insbesondere ältere Menschen müssen öfter eine gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen, da sie vermehrt unter chronischen, in erster Linie Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen leiden. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Häufigkeit von Krebserkrankungen.

## 2. Hauptindikatoren für den Gesundheitszustand

Um den Umfang des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung bestimmen zu können, werden im allgemeinen Indikatoren für den Gesundheitszustand herangezogen. Verfügbare internationale

<sup>2</sup>) Ausgenommen Österreich und Finnland.

<sup>3</sup>) Vgl. Walker et al., 1994.

Daten über Indikatoren für den Gesundheitszustand sind häufig die Lebenserwartung und eine vorzeitige Mortalität.

EU-Mitgliedstaaten	Lebenserwartung bei der Geburt (1996)		Säuglingssterblichkeit (je 1.000 Lebendgeborene) (1996)	Perinatale Sterblichkeit (je 1.000 Lebend- und Totgeborene) (1995)	Altersstandardisierte Mortalitätsrate (je 1.000 Lebendgeborene) (1993)
	Männer	Frauen			
Österreich	80.2	73.9	5.1	6.9	7.8
Belgien	81.0	74.3	6.0	8.4 <sup>2</sup>	8.2 <sup>5</sup>
Dänemark	78.0	72.8	5.2	7.5	8.7
Finnland	80.5	73.0	4.0	5.1	8.3
Frankreich	82.0	74.1	4.9	7.4	6.7
Deutschland	79.9	73.6	5.0	6.9	9.5
Griechenland	80.4	75.1	7.3	10.9	7.2
Irland	78.5	73.2	5.5	9.0	9.0
Italien	81.3	74.9	5.8	8.8 <sup>3</sup>	7.1 <sup>2</sup>
Luxemburg	80.0	73.0	4.9	7.0	8.0
Niederlande	80.4	74.7	5.2	7.9	9.0
Portugal	78.5	71.2	6.9	9.0	9.3
Spanien	81.6	74.4	5.0	6.5 <sup>4</sup>	7.0 <sup>2</sup>
Schweden	81.5	76.5	4.0	5.5	6.9
V. Königreich	79.3	74.4	6.1	8.9 <sup>4</sup>	7.9 <sup>2</sup>
EU-Durchschnitt	80.2	73.9	5.4	7.5 <sup>6</sup>	8.2 <sup>6</sup>
<sup>1</sup> Ref.: OECD Data File 1998. <sup>2</sup> 1992. <sup>3</sup> 1993. <sup>4</sup> 1994. <sup>5</sup> 1989. <sup>6</sup> Ausgenommen Belgien, Italien, Spanien und Vereinigtes Königreich					

Die Lebenserwartung bei der Geburt liefert einen Hinweis auf den Gesundheitszustand, der innerhalb der Europäischen Union bei den Frauen um 4 Jahre und bei den Männern um 5,3 Jahre variiert. In allen Mitgliedstaaten ist die Lebenserwartung bei der Geburt von Männern und Frauen unterschiedlich. Die Lebenserwartung ist in den letzten Jahrzehnten in allen EU-Mitgliedstaaten wesentlich gestiegen. Eine höhere Lebenserwartung in den südeuropäischen Ländern wird zuweilen der mediterranen Ernährungsweise<sup>4</sup> zugeschrieben.

Die Säuglingssterblichkeit, die sich auf Todesfälle von Kindern unter einem Jahr je 1.000 Lebendgeborene bezieht, spiegelt größtenteils die sozioökonomischen Bedingungen wider. Alle Mitgliedstaaten konnten seit der systematischen Datenerfassung in den 60er Jahren einen Rückgang verzeichnen. Besonders deutlich wird das in den südeuropäischen Ländern. Im Vergleich zu den 60er Jahren gibt es jetzt bei der Säuglingssterblichkeit zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten geringere Unterschiede.

Die perinatale Sterblichkeitsrate (in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene je 1.000 Lebend- und

<sup>4</sup>) Vgl. Abel-Smith et al., 1995.

Totgeborene) läßt genauere Rückschlüsse auf den Zustand der perinatalen und Mutterschaftsversorgung zu und wird somit als ein positives Ergebnis der Gesundheitsversorgung angesehen. Die perinatale Sterblichkeitsrate ist in den Mitgliedstaaten der EU sehr unterschiedlich; die Raten in Griechenland und Portugal sind fast doppelt so hoch wie in Finnland und Schweden.

Die Lebenserwartung und die Sterblichkeitsraten können teilweise durch eingehendere Untersuchung der Todesursachen erklärt werden. Der Verlust potentieller Lebensjahre (VPLJ) und Untersuchungen der Haupttodesursachen liefern detailliertere Informationen über die Häufigkeit tödlicher Erkrankungen.

Bei der Bestimmung der VPLJ werden die aufgrund spezifischer Krankheiten verlorenen Lebensjahre berechnet, indem die Summe der Sterbefälle nach ausgewählten Todesursachen von der Geburt bis zum Alter von 69 Jahren mit der Anzahl der Jahre zwischen dem Todeszeitpunkt und dem Alter von 70 multipliziert wird.

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die drei Gruppen von Krankheiten, die eine zusätzliche Belastung für die Bevölkerungen darstellen und den Bedarf in der Gesundheitsversorgung bestimmen: Verlust an Lebensjahren aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten (z.B. Herzinfarkt), Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (z.B. Gehirnschlag) und Krebserkrankungen (z.B. Lungenkrebs).

EU-Mitgliedstaaten	Ischämische Herzkrankheiten		Krankheiten des zerebrovaskulären Systems		Krebserkrankungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Österreich	235,3	830,8	157,7	238,0	1203,9	1508,3
Belgien <sup>2</sup>	127,5	544,3	142,0	183,4	1232,5	1638,4
Dänemark	246,6	809,2	181,6	197,7	1556,2	1479,8
Finnland	190,3	1206,2	208,2	340,1	943,5	1148,7
Frankreich	61,4	380,5	100,3	191,4	1011,5	1936,4
Deutschland	214,9	860,4	149,5	227,4	1306,3	1649,7
Griechenland	148,6	781,1	165,8	275,2	961,6	1424,9
Irland	300,4	1305,7	151,7	206,0	1372,4	1457,3
Italien	115,2	562,2	155,0	220,2	1125,8	1625,3
Luxemburg	181,1	731,4	234,8	179,1	1249,8	1643,7
Niederlande	198,2	692,2	134,2	164,1	1266,5	1448,7
Portugal	157,1	617,1	279,6	533,4	1119,3	1569,9
Spanien	93,1	523,6	121,9	237,0	1000,3	1694,3
Schweden	167,6	746,0	115,3	183,8	1108,3	991,7
Ver. Königreich	311,5	1198,9	172,4	208,2	1370,6	1398,7
EU-Durchschnitt <sup>3</sup>	187,2	803,2	166,3	243	1185,4	1497,7

<sup>1</sup> Vgl. OECD Health Data File 1997  
<sup>2</sup> 1992  
<sup>3</sup> Ausgenommen Belgien

Die Haupttodesursachen ermöglichen eine Bestimmung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung der verschiedenen Geschlechter, Altersgruppen, Rassen und sozialen Schichten.

Werden lediglich Alter und Geschlecht berücksichtigt, können die Haupttodesursachen wie folgt beschrieben werden:

Tabelle 3: Haupttodesursachen nach Alter und Geschlecht in der Europäischen Union <sup>1</sup>		
Altergruppe	Frauen	Männer
unter 1	Hypoxie und Krankheiten der	Hypoxie und Krankheiten der
<sup>1</sup> Vgl.: Abel-Smith et al., 1995.		

Werden alle Altersgruppen berücksichtigt, dann sind die meisten Todesfälle von EU-Bürgern in gewisser Weise auf Lebensgewohnheiten wie Tabak- und Alkoholgenuß, Ernährungsweise und Unfälle zurückzuführen.

Obwohl in den letzten Jahrzehnten beim Tabakkonsum ein leichter Rückgang festzustellen war, ist er immer noch eine der Hauptursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und eine Reihe von Krebserkrankungen.

Der Bedarf in der Gesundheitsversorgung wird durch eine Untersuchung der Todesursachen innerhalb einer Bevölkerung jedoch bestenfalls unvollständig wiedergespiegelt. Ebenso wichtig für eine Bestimmung des angemessenen Umfangs an gesundheitlicher Versorgung für jene, die krank sind oder künftig erkranken werden, sind Art und Häufigkeit der Krankheiten (Morbidität).

Ein Beispiel für den Rückgang des Bedarfs an Gesundheitsversorgung ist die zahnärztliche Versorgung. Aufgrund weitverbreiteter sozioökonomischer Faktoren einschließlich fluorhaltiger Zahnpasta wurde in den letzten zwei Jahrzehnten in einer Reihe von europäischen Mitgliedstaaten ein drastischer Rückgang von Zahnkaries bei Kindern festgestellt.

International vergleichbare Sterblichkeitsraten sind selten und oftmals nicht zuverlässig. In den letzten Jahren haben die Bemühungen zugenommen, vergleichbare EU-Informationen bereitzustellen. Einige Krankheiten (z.B. Aids) sind bereits sehr gut dokumentiert (Tabelle 4).

EU-Mitgliedstaaten	1982	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1996
Österreich	---	1,1	3,3	13,9	21	23,8	20,3	16
Belgien	1,5	5,3	7,5	14,2	20,6	24,5	25	18,8
Dänemark	0,6	3,3	13,5	24,6	38,3	40,5	45,6	31,6
Finnland	0,2	0,6	1,4	3,4	3	4,2	8,5	4,5
Frankreich	0,5	4,1	22,3	53	74,2	87,8	95,1	72,1
Deutschland	---	1,9	8,3	19,2	22,6	21,7	22,3	18,4
Griechenland	---	0,6	2,4	7,1	13,9	18,7	20,1	24,8
Irland	0,6	0,9	1,7	12,5	18,6	19,9	20,9	25
Italien	---	0,7	7,9	31,1	55	74,5	97,2	91,8
Luxemburg	---	---	8,2	10,7	23,6	30,8	32,4	29,3
Niederlande	0,3	2,1	9,4	22	28	33,5	30,2	25,1
Portugal	---	0,4	3,8	13,2	25,3	40,2	64,8	81,1
Spanien	0,1	1,3	12,5	57,4	96,8	124,1	178,3	162,5
Schweden	0,1	1,3	6,7	10,5	15,4	14,7	21,2	16
Ver. Königreich	0,2	1,8	8,3	15,7	21,6	27	30,5	24
EU-Durchschnitt	0,5	1,8	7,8	20,6	31,9	39,1	47,5	42,7

<sup>1</sup> Vgl. OECD Health Data File 1997

Die Anzahl der neu gemeldeten Aids-Fälle ist in den EU-Mitgliedstaaten sehr unterschiedlich, was teilweise auf unterschiedliche Überwachungsmethoden zurückzuführen sein kann. Andererseits gibt es klare Anzeichen dafür, daß Vorsorgemaßnahmen wie die Gesundheitsförderung nachhaltige Auswirkungen auf die Verbreitung der HIV-Infektion hatten. So sind die Zahlen der neu gemeldeten Aids-Fälle in den meisten Mitgliedstaaten seit 1994 konstant geblieben oder zurückgegangen. In Griechenland, Irland und Portugal ist jedoch immer noch ein deutlicher Aufwärtstrend zu verzeichnen.

### 3. Ungleichheiten im Gesundheitswesen

Auch zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen gibt es Unterschiede bei dem Bedarf und der Nachfrage nach gesundheitlicher Versorgung. Das ist zum Teil auf die spezifischen Todes- und Krankheitsursachen zurückzuführen. Im letzten Jahrzehnt ist man in den EU-Mitgliedsländern zunehmend zu der Erkenntnis gelangt, daß Krankheitszustände indirekt auch durch weiter gefaßte sozioökonomische, kulturelle und ethnische Bedingungen verursacht werden.

Ungleichheiten im Gesundheitswesen umfassen die Unzulänglichkeiten im Gesundheitszustand selbst und die Unzulänglichkeiten bei der Finanzierung und Bereitstellung von gesundheitlicher Versorgung.

In einer Reihe von EU-Mitgliedstaaten wie z.B. dem Vereinigten Königreich herrscht zunehmend Besorgnis über die ungleiche und ungerechte Verteilung im Gesundheitswesen, da jüngste Beobachtungen gezeigt haben, daß Unterschiede im Gesundheitszustand (der anhand von Lebenserwartung, Mortalität und der Morbidität gemessen wird) zwischen den sozialen Schichten

zunehmen und generell eine Tendenz der Diskriminierung von Benachteiligten festzustellen ist. In Untersuchungen werden verschiedene Theorien als Ursachen für diese Schere im Gesundheitswesen genannt.

Jüngste Forschungsergebnisse weisen jedoch darauf hin, daß Strategien zur Bekämpfung von Ungleichheiten (andere als biologische Abweichungen) auf anderen Sektoren als dem Gesundheitswesen und zwar z.B. Finanzen, Bildung, Beschäftigung und Sozialpolitiken entwickelt werden müssen.

Beobachtungen über einen längeren Zeitraum hinweg lassen darauf schließen, daß sich der Gesundheitszustand der EU-Bevölkerung wesentlich verbessert hat. Das führte zu einem zunehmenden Altersdurchschnitt der Bevölkerung und hat dadurch die Nachfrage nach gesundheitlicher Versorgung erhöht. Gleichzeitig ist mit einem zunehmendem Lebensalter eine Veränderung der Krankheitsbilder von akuten zu chronischen Erkrankungen festgestellt worden. Diese sind jedoch weitgehend vermeidbar, und deshalb läßt sich daraus eine Orientierung hin zu vermehrter Gesundheitsvorbeugung fordern. Zudem gibt es innerhalb der EU eine weitreichende Übereinstimmung dahingehend, eine unnötige Ungleichheit im Gesundheitswesen zunehmend als eine Herausforderung zu betrachten.

## **FINANZIERUNG UND ORGANISATION DES GESUNDHEITSWESENS**

### **1. Finanzierung des Gesundheitswesens**

Obwohl jedes der EU-Mitgliedsländer einen eigenen Finanzierungsmechanismus entwickelt hat, führten ähnliche Ziele und gemeinsame historische Entwicklungen dazu, daß die Systeme über zahlreiche Gemeinsamkeiten verfügen. Alle Systeme stützen sich auf eine Mischung von Finanzierungsquellen, die mehrheitlich jedoch - direkt oder indirekt - staatlich kontrolliert sind. Lediglich ein kleiner Anteil stammt aus Direktzahlungen für Versorgungsleistungen.

In den Mitgliedstaaten ist von staatlicher Seite entweder eine umfassende gesetzliche Krankenversicherung oder Versicherungsschutz (Dänemark, Finnland, Griechenland<sup>5</sup>, Italien, Portugal, Schweden, Vereinigtes Königreich) oder ein nahezu umfassender Versicherungsschutz für die Gesundheitsversorgung mittels Pflichtversicherungssystemen (99 % bzw. 99,5 % der Bevölkerung in Österreich, Belgien, Frankreich, Luxemburg, Spanien und 92,2 % der Bevölkerung in Deutschland) vorgesehen. In Irland kommen nur die niedrigen Einkommensgruppen in den Genuß eines umfassenden Versicherungsschutzes für die medizinische Grundversorgung. In den Niederlanden sind lediglich 60 % der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert. Der Rest der Bevölkerung ist normalerweise durch eine freiwillige private oder öffentliche Versicherung abgedeckt (Belgien, Frankreich, Deutschland, Luxemburg und die Niederlande).

Die Gesundheitsversorgung in den EU-Systemen wird entweder durch Steuern oder durch Krankenversicherungsbeiträge finanziert.

In der Europäischen Union herrschen drei Arten von Finanzierungssystemen der

---

<sup>5</sup>) Ein umfassender Versicherungsschutz bezieht sich lediglich auf öffentliche Krankenhäuser.

Gesundheitsversorgung vor: erstens die öffentliche Finanzierung durch Steuergelder (häufig als Beveridge-Modell<sup>6</sup> bezeichnet), zweitens die öffentlich finanzierte Pflichtversicherung (das Bismarck-Modell<sup>7</sup>) und drittens die privat finanzierte freiwillige Krankenversicherung, die lediglich für eine kleine Minderheit der EU-Bürger die einzige Versicherungsform ist, die jedoch auch neben der Sozialversicherung als zusätzliche Form der Finanzierung der Gesundheitsversorgung dient.

EU-Mitgliedstaaten	Überwiegende	Wichtigste
Finnland, Griechenland,	öffentlich: Steuergelder	private freiwillige
Dänemark, Portugal	öffentlich: Steuergelder	Zuzahlungen
Österreich, Belgien,	öffentlich: Pflicht-Sozialversicherung	private freiwillige
Niederlande	Mischung aus Pflicht-	öffentliche Steuergelder,

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt in allen Mitgliedstaaten in einem unterschiedlichen Umfang auch durch eine Selbstbeteiligung der Patienten mit dem Ziel einer Kostenkontrolle, durch die sich der Patient der Kosten der medizinischen Versorgung stärker bewußt werden sollte.

In den EU-Mitgliedstaaten werden verschiedene Methoden der Selbstbeteiligung angewendet. Bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wird von den Patienten häufig eine Zuzahlung verlangt, die entweder aus einem Festbetrag oder einem Prozentsatz des Arzneimittelpreises besteht. Zuzahlungen zu verordneten Medikamenten sind in allen Mitgliedstaaten die Regel.

Einige Mitgliedstaaten (Österreich, Belgien, Dänemark<sup>8</sup>, Finnland, Frankreich, Italien, Irland, Portugal) wenden auch ein Zuzahlungssystem für fachärztliche Versorgung an, während die Zuzahlungen für die Versorgung durch Allgemeinärzte weniger häufig sind (Österreich, Belgien, Frankreich). Zuzahlungen bei stationären Krankenhausaufenthalten müssen in Österreich, Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Portugal und Schweden geleistet werden. Die Zuzahlung für zahnärztliche Versorgung kann in einer Reihe von EU-Mitgliedstaaten bis zu 100 % betragen.

Die "co-insurance" ist eine andere Form der Selbstbeteiligung, wobei der Versicherte für einen prozentual festgelegten Anteil aller in Anspruch genommenen Leistungen zu zahlen hat (Frankreich).

In den meisten Mitgliedstaaten gilt die Regelung, daß niedrige Einkommensgruppen und andere benachteiligte Bevölkerungsgruppen von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind.

Die Pflicht- und die freiwillige Versicherung wird von den Krankenkassen verwaltet. Es handelt sich dabei um unabhängige Organisationen, die einen Teil des Arbeitseinkommens als Beitrag

<sup>6</sup>) Ein kombiniertes System weitgehend staatlicher Finanzierung der Gesundheitsversorgung innerhalb eines nationalen Gesundheitssystems.

<sup>7</sup>) System-Modell für Sozialversicherung.

<sup>8</sup>) Das gilt lediglich für einige Patientengruppen.

erhalten und dafür die Kosten der Gesundheitsversorgung entweder direkt oder durch eine spätere Kostenerstattung tragen.

Die meisten der steuerfinanzierten Systeme verfügen über ein staatliches Gesundheitssystem, in dem die Leistungen durch eine zentrale öffentliche Einrichtung erbracht werden. Das bedeutet jedoch nicht, daß bei einer staatlichen Finanzierung zwangsläufig auch der Staat selbst Leistungsanbieter ist und das gesamte Gesundheitspersonal abhängig beschäftigt ist. Lediglich in Griechenland und Portugal sind die meisten Ärzte in der ambulanten Versorgung als Angestellte tätig. Alternative Abrechnungssysteme in der ambulanten Versorgung in Praxen sind die Einzelleistungsvergütung (gemäß einer festen Gebührenordnung) und eine Kopfpauschale (der Leistungserbringer erhält einen Festbetrag je registrierter Person). In letzter Zeit haben sich Abrechnungsformen entwickelt, bei denen der Erbringer der Grundversorgung eine Behandlungspauschale (Budget) erhält, in deren Rahmen die Leistungen abzuwickeln sind. Derzeit werden Abrechnungssysteme auf der Grundlage bestimmter Diagnosen oder medizinischer Erfolge geprüft. In den EU-Sozialversicherungssystemen (Belgien, Frankreich, Deutschland und Luxemburg) herrscht in der ambulanten Versorgung durch Allgemein- und Fachärzte überwiegend die Einzelleistungsvergütung vor. Es werden beträchtliche Anstrengungen zur Reform der Abrechnung nach Einzelleistungen unternommen, da sie den übermäßigen Einsatz von Arbeitskraft- und Kapitalressourcen eher fördert.

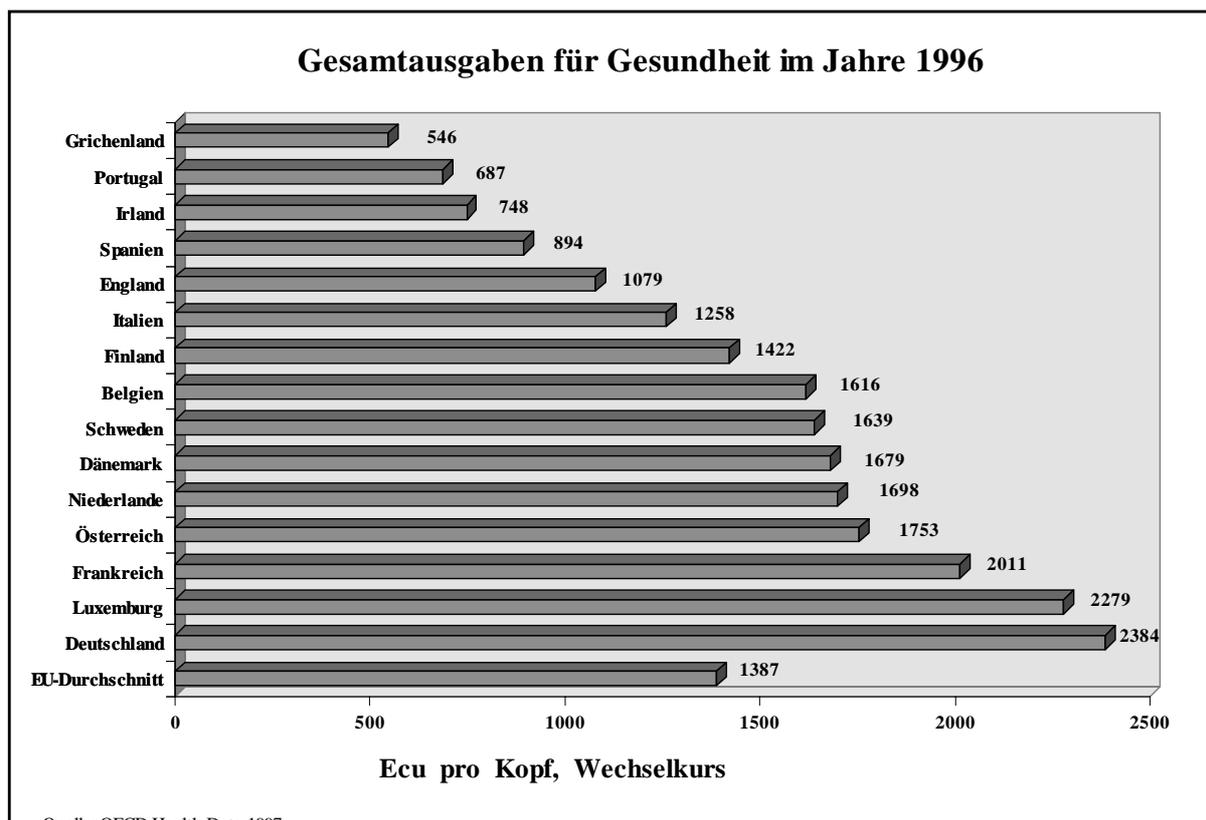
Die Finanzierung der Krankenhausversorgung ist in den Mitgliedstaaten sehr unterschiedlich, die wichtigsten Abrechnungsarten sind Tagessätze, Behandlungspauschalen und Leistungsabrechnungen, die sich auf die klinischen Diagnosen stützen ("Diagnosefallgruppen").

## **2. Ausgaben im Gesundheitswesen**

Die Ausgaben der Gesundheitsversorgung sind auf internationaler Ebene besonders schwer zu vergleichen, weil ein zuverlässiger Vergleich weitgehend von gleichwertigen Definitionen und Methoden der Datenerfassung abhängt. Darüber hinaus gibt es unterschiedliche Abgrenzungen: Was zum Gesundheitssektor gehört und welche Ausgaben anderen Bereichen wie z.B. der Sozialfürsorge zugeordnet werden, ist von Land zu Land verschieden.

Innerhalb dieser Grenzen gibt es beträchtliche Unterschiede bei den tatsächlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung, und zwar hauptsächlich im Krankenhausbereich, bei der ambulanten Versorgung und den Arzneimittelkosten.

Abbildung 3: Ausgaben im Gesundheitswesen pro Kopf in der EU im Jahr 1996



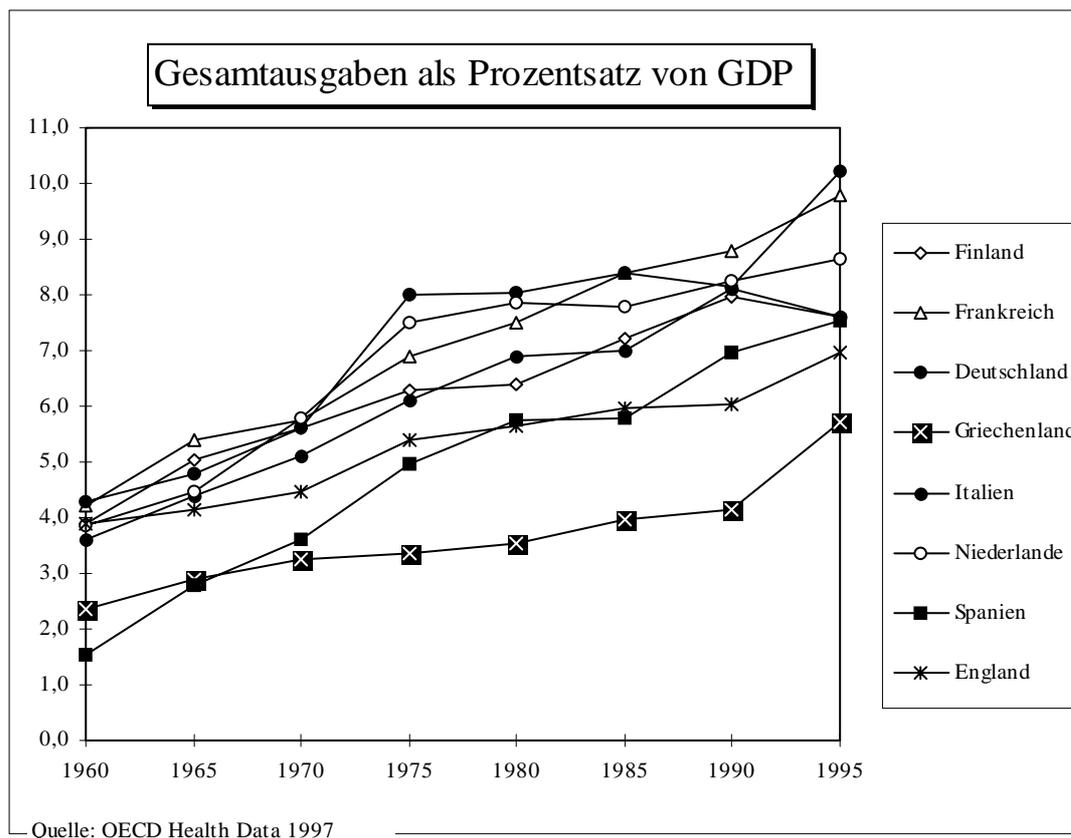
In Abbildung 3 wird veranschaulicht, daß die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in Deutschland, Luxemburg und Frankreich am höchsten und in Griechenland, Portugal und Irland wesentlich niedriger waren.

Die Gesundheitsausgaben als Teil des Staatshaushaltes gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) sind seit den 60er Jahren in allen EU-Mitgliedstaaten gestiegen, was teilweise auf eine Stagnation des Wachstums der nationalen Wirtschaften zurückzuführen ist.

In Abbildung 4 wird die Entwicklung der Ausgaben in der Gesundheitsversorgung im Verhältnis zum BIP in einigen EU-Mitgliedstaaten zwischen 1990 und 1995 veranschaulicht.

Bei vereinfachter und verallgemeinernder Betrachtungsweise scheinen die nationalen Gesundheitssysteme bei der Kontrolle der Finanzmittel erfolgreicher als die Sozialversicherungssysteme zu sein.

Abbildung 4: Anstieg der Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP in einzelnen EU-Mitgliedstaaten, 1960 bis 1995



<sup>1</sup> Vgl. OECD Health Data File 1997.

Für das Wachstum der Gesundheitsausgaben in der EU im Laufe der Zeit sind verschiedene Ursachen verantwortlich. Als die beiden Hauptfaktoren gelten der zunehmende Altersdurchschnitt der Bevölkerung und die Auswirkungen der technologischen Innovation in der Gesundheitsversorgung.

Die Auswirkungen des zunehmenden Altersdurchschnitts auf die Gesundheitsausgaben sind vielschichtiger als zunächst angenommen. Eine Reihe von EU-Mitgliedstaaten wie Belgien, Frankreich, die Niederlande und das Vereinigte Königreich mußten feststellen, daß sich die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung der 65- bis 75jährigen im Vergleich zu der jüngeren und mittleren Altersgruppe vervielfachen. Es gibt jedoch Hinweise darauf, daß eine höhere Nachfrage und Kosten bei den Hochbetagten (80 Jahre und älter) eher in andere Bereiche der Sozialversicherung fallen. Offensichtlich benötigen somit eher die weniger Alten als denn die sehr Alten eine kostenintensive medizinische Versorgung. Für diese Beobachtungen müssen noch zuverlässigere Daten gesammelt werden.

Die Innovationen in der Gesundheitstechnologie haben mit der Zeit zu großen Fortschritten bei der Vorbeugung, Therapie und Nachsorge von Krankheiten geführt und zu einer verlängerten Lebensdauer und höheren Lebensqualität beigetragen. Die technologischen Erneuerungen in der Gesundheitsversorgung fördern den Industriesektor und können sehr stark kostensenkend sein. Die technologischen Ressourcen der Gesundheitsversorgung werden jedoch nicht immer optimal eingesetzt: eine verschwenderische Bereitstellung und Inanspruchnahme der Gesundheitstechnologie durch deren Anbieter und Nutzer wird oft auf ein mangelndes

Kostenbewußtsein zurückgeführt. Neue Gesundheitstechnologie wird oft erworben und angewendet, ohne daß sie eindeutig eine bessere und kostengünstigere oder kosteneffizientere Alternative zu bestehenden Technologien böte.

## **RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG**

### **1. Ressourcen und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung**

Die Frage, ob ein staatlicher Gesundheitsdienst eingerichtet werden sollte, stellte sich in allen Mitgliedstaaten. Dazu wurden die unterschiedlichsten Ansichten geäußert. Ein voll ausgebildeter nationaler Gesundheitsdienst bedeutet, daß die Ressourcen und Versorgungsleistungen weitgehend direkt vom Staat bereitgestellt und bei der Inanspruchnahme unentgeltlich genutzt werden.

Keines der EU-Mitgliedsländer verfügt über einen ausschließlich staatlichen Gesundheitsdienst. Die Tendenz geht sogar zu einer Verringerung der Rolle des Staates bei der Versorgung wie z. B. im Vereinigten Königreich und Italien. Bei der ambulanten medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung sind in der EU die niedergelassenen Ärzte als private Auftragnehmer die Regel.

Etwas anders stellt sich die Situation bei der kostenintensiveren stationären Versorgung im Krankenhaus dar. In einigen Ländern wie z.B. Dänemark, Italien und Irland sind überwiegend staatliche kontrollierte Krankenhäuser die Norm, während hingegen z. B. in Deutschland, Frankreich und Belgien der private Sektor einen großen Anteil an der Bereitstellung der Versorgungsleistungen hat. In einer Reihe von Ländern wie Vereinigtes Königreich, Portugal und Irland lassen jüngste Entwicklungen erkennen, daß den meisten Krankenhäusern vom Staat ein stärkeres Maß an Unabhängigkeit zugestanden wird. Durch die Gesundheitsreform von 1990 im Vereinigten Königreich erwarben die Krankenhäuser den Status von "Trusts", der ihnen ein effektiveres und unabhängigeres Arbeiten als vormals unter staatlicher Kontrolle ermöglicht. In ähnlicher Weise hat die Einführung des "General Practitioner-Fundholding"-Systems für Allgemeinärzte im Vereinigten Königreich dazu geführt, daß eine Reihe von niedergelassenen Ärzten gleichzeitig Anbieter von Grundversorgung und Einkäufer der Sekundärversorgung (Krankenhaus- und Facharztleistungen) sind, wobei für die Gesamtkosten ein festes Budget zu verwalten ist.

Der Mechanismus ist in erster Linie auf eine Änderung der Finanzierungsmodelle zurückzuführen, wird letztendlich jedoch auch Auswirkungen auf das Leistungsangebot haben.

All diese Bestrebungen zur Schaffung eines "internen Marktes" im Bereich der gesundheitlichen Versorgung zielen darauf ab, mittels Konkurrenzdrucks die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen zu steigern. Einige Anzeichen deuten darauf hin, daß die Patienten unabhängig geleitete Einrichtungen bevorzugen und die Allgemeinärzte recht erfolgreich arbeiten.

Es herrscht ein Mangel an zuverlässigen und neueren vergleichbaren Daten für den Aufwand und die Nutzungsraten in der Gesundheitsversorgung. Bereitstellung und Inanspruchnahme der stationären Versorgung sind in einzelnen EU-Mitgliedstaaten bis zu 6mal höher als in anderen, die länderspezifischen Daten aus den unterschiedlichen Quellen sind jedoch sehr widersprüchlich.

Aus Tabelle 6 geht hervor, daß die Zahl der Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner in

Luxemburg, den Niederlanden, Finnland und Deutschland am höchsten und in Spanien und Portugal am niedrigsten ist. Die Bettenkapazität ist in den letzten Jahren in allen Ländern zurückgegangen.

Die durchschnittliche Verweildauer bei der Akutversorgung ist in Deutschland, den Niederlanden und Luxemburg besonders hoch, sank jedoch in den letzten zwei Jahrzehnten in nahezu allen Mitgliedstaaten.

Bei der Aufnahme zur Akutversorgung in Krankenhäuser ist die Tendenz eher rückläufig, und eine neuere Untersuchung hat gezeigt, daß trotz einer allgemeinen Reduzierung der Bettenkapazität und der durchschnittlichen Verweildauer in der stationären Akutversorgung die Aufnahme- und Ausgaben im gleichen Zeitraum allgemein gestiegen sind<sup>9</sup>.

Hinsichtlich der Produktivität der Gesundheitsversorgung sehen die Krankenhausdaten für die Länder mit einer vergleichsweise geringen Bettenkapazität wie Vereinigtes Königreich und Dänemark günstiger aus.

Die ambulante Versorgung wird in Deutschland und Italien dreimal so häufig in Anspruch genommen als in Portugal, wenn man von der Anzahl der Haus- und Praxisbesuche eines Allgemeinarztes oder Facharztes (kein Schaubild) ausgeht. Auch der Verbrauch von verordneten Arzneimitteln ist in den einzelnen Mitgliedstaaten der EU sehr unterschiedlich.

EU-Mitgliedstaaten	Akutversorgung : Betten je 1,000 (1995)	Akutversorgung : Verweildauer pro Kopf (1995)	Akutversorgung : Verweildauer in Tagen (1995)	Akutversorgung : Aufnahmen in % der Bevölkerung (1995)	Krankenfälle je Bett (1993)
Österreich	6,6	1,8	7,9	23,1	33,9
Belgien	5,3	1,3	7,8	18,0	25,5
Dänemark	4,0	1,2	6	19,2	44
Finnland	4,0	1,1	5,5	20,0	28,2
Frankreich	4,6	1,3	5,9	20,3	25
Deutschland	6,3	2,1	12,1	18,0	24,4
Griechenland	3,9 (1992)	---	---	---	---
Irland	3,3	1	6,7	14,8	31
Italien	5,1	1,3	8,8	15,8	26,4
Luxemburg	6,7 (1994)	1,8	9,8	18,4 (1994)	---
Niederlande	3,9	1	9,9	10,3	25,2
Portugal	3,6	0,8	7,9	11,1	32,2
Spanien	3,2 (1994)	0,8	8,8	10,5 (1995)	31,7
Schweden	3,0	0,8	5,2	16,2	32
V, Königreich	2,0	0,8	4,8	21,2	47,8
EU-Durchschnitt	4,3 <sup>3</sup>	1,25 <sup>4</sup>	7,6	17,3 <sup>3</sup>	31,3

<sup>9</sup>) Vgl. Wiley, 1996.

- |   |   |
|---|---|
| 1 | Vgl. OECD Health Data File 1997   |
| 2 | Aufgrund unterschiedlicher Definitionen sind Daten nicht generell mit einer zweiten Datenquelle vergleichbar, da sich die meisten Quellen auf die Gesamtpatientenzahl beziehen, |
| 3 | Ausgenommen Griechenland, Luxemburg und Spanien   |
| 4 | Ausgenommen Griechenland  |

Die medizinische Grundversorgung wird in den meisten EU-Mitgliedstaaten durch ein gemischtes System von unabhängigen, in ihren privaten Praxen niedergelassenen Ärzten und angestellten Ärzten in öffentlichen Gesundheitszentren geleistet.

Die Bewertung der medizinischen Grundversorgung im EU-Gesundheitswesen ist unterschiedlich, was sich in der unterschiedlichen Anzahl der Allgemeinärzte im Verhältnis zu allen Ärzten (Tabelle 7) widerspiegelt. Eine Reihe von EU-Mitgliedstaaten hat den Versuch gestartet, die Anzahl der Fachärzte zu senken, die normalerweise mehr kostenintensive technische Versorgungsleistungen einsetzen, und die Rolle des Allgemeinarztes zu stärken.

Tabelle Nr. 7 gibt einen Überblick über den Anteil von Ärzten, Krankenschwestern, Apothekern und Zahnärzten, der in den EU-Mitgliedstaaten überaus unterschiedlich ist. Die Anzahl der Ärzte ist mehr als doppelt so hoch, die Anzahl der Zahnärzte ist mehr als dreimal so hoch, die Anzahl der Krankenschwestern ca. viermal und die der Apotheker ca. sechsmal so hoch. Da die jeweiligen nationalen und internationalen Quellen von sehr unterschiedlichen Angaben ausgehen, sind bei einigen grundlegenden Punkten wie z. B. den italienischen Ärzten auch Widersprüchlichkeiten festzustellen. In Finnland ist der Einsatz von Arbeitskräften im Gesundheitssektor vergleichsweise hoch, während die Arbeitskräfte im Vereinigten Königreich spärlicher eingesetzt werden.

EU-Mitgliedstaaten	Praktizierende Ärzte je 10.000 Einwohner (1994)	Allgemeinärzte, in % aller Ärzte (1994)	Praktizierende Zahnärzte je 10.000 Einwohner (1993)	Pflegepersonal je 10.000 Einwohner (1993) <sup>2</sup>	Apotheker je 10.000 Einwohner (1994)
Österreich	25,6 <sup>3</sup>	474	4,4	80,0	5,0
Belgien	37,4	---	6,8	---	13,5
Dänemark	29,0	218	5,2	67,3	1,8
Finnland	26,9	430	9,1	200,2	14,0
Frankreich	28,5	505	6,8	56,7	9,7
Deutschland	32,8	338	7,2	47,9	5,4
Griechenland	38,8	---	10,4	35,9	7,8
Irland	20,0	234	4,0	73,8	3,2
Italien	53,0 <sup>4</sup>	---	5,5 (1992)	40,8 (1992)	9,6 (1992)
Luxemburg	21,6	359	5,1	---	8,6 (1992)
Niederlande	25 (1990) <sup>5</sup>	---	5,3 (1990)	---	1,6
Portugal	29,3	211	2,1	31,3	12,4
Spanien	40,8 (1993)	---	3,1	43,0	10,1 (1993)
Schweden	30,2 <sup>6</sup>	178	10,6	98,7	6,6
Ver. Königreich	15,6	378	3,7	---	5,9 (1993)
EU-Durchschnitt	28,1	277	5,9	70,5	7,7

<sup>1</sup> Vgl. OECD Health Data File 1997.  
<sup>2</sup> Die großen Unterschiede zu anderen Quellen könnten sich durch eine unterschiedliche Kategorisierung erklären.  
<sup>3</sup> [33] Quelle: WHO Health for All Data Base.  
<sup>4</sup> [4,7].  
<sup>5</sup> Quelle: WHO Health for All Data Base.  
<sup>6</sup> [21,9] Quelle: s.o.

Diese Daten lassen keine Empfehlungen über ein angemessenes Niveau der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zu, weil die Indikatoren eine ungenügende Aussagekraft über die Effektivität einer bestimmten Form der Bereitstellung und der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung haben. Aus vergleichbaren Daten geht deutlich hervor, daß das erwünschte Ergebnis auf unterschiedlichen Wegen erzielt werden kann und die internationale Erfahrung richtungsweisend für eine wirtschaftlichere Bereitstellung und Inanspruchnahme in der Gesundheitsversorgung sein kann.

## 2. Die öffentliche Meinung zum Gesundheitswesen

Die Erwartungen der Öffentlichkeit gegenüber der Bereitstellung der Ressourcen in der Gesundheitsversorgung haben zwei deutliche Konsequenzen für die Gesundheitspolitik: Erstens geht man davon aus, daß die Erwartungshaltung der Öffentlichkeit gegenüber den jeweiligen Gesundheitssystemen zu einer Steigerung der Kosten in der Gesundheitsversorgung beiträgt. Zudem könnten die Auffassungen der Öffentlichkeit über die gesundheitlichen Versorgungsleistungen dazu beitragen, die Reform der Gesundheitsversorgung zu kontrollieren.

Eine kürzliche EU-Untersuchung über die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in den 15 EU-Mitgliedstaaten kommt zu dem Schluß, daß die Meinung der Bevölkerung über das jeweilige Gesundheitssystem zumindest teilweise von der Höhe der Ausgaben im Gesundheitssektor abhängt<sup>10</sup>. In Tabelle 8 sind die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung, die 1993 durchgeführt wurde, zu sehen.

EU-Mitgliedstaaten	Sehr zufrieden	Ziemlich zufrieden	Ziemlich unzufrieden	Sehr unzufrieden	Andere Angaben
Österreich	17	46,3	4,1	0,6	32
Belgien	10,9	59,2	7,2	1,1	21,6
Dänemark	54,2	35,8	4,5	1,2	4,3
Finnland	15,1	71,3	5,3	0,7	7,6
Frankreich	10	55,1	12,8	1,8	20,3
Deutschland	12,8	53,2	9,8	1,1	23,1
Griechenland	1,5	16,9	29,7	24,2	27,7
Irland	0,8	15,5	33,5	25,9	24,3
Italien	9,4	40,5	18,2	10,9	21
Luxemburg	13,6	57,5	7,5	1,4	20
Niederlande	14,2	58,6	13,6	3,8	9,8
Portugal	0,8	19,1	37,4	21,9	20,8
Spanien	3,7	31,9	20,4	8,2	35,8
Schweden	13,1	54,2	11,4	2,8	18,5
Ver. Königreich	7,6	40,5	25,7	15,2	11
EU-Durchschnitt	8,8	41,5	18,8	9,5	21,4

<sup>1</sup> Vgl.: Mossialos 1996.

<sup>10</sup>) Vgl. Mossialos, 1996.

Die Untersuchung kommt zu dem Schluß, daß die Zufriedenheit zumindest teilweise an höhere Ausgaben im Gesundheitssektor gekoppelt ist, mit Ausnahme von Italien, wo die Ausgaben hoch und die öffentliche Anerkennung niedrig ist, und Dänemark, wo die Ausgaben gering und die Zufriedenheit in der Bevölkerung sehr hoch ist.

Die Bürger der südlichen EU-Mitgliedstaaten sind mit den Versorgungsleistungen der Gesundheitsversorgung im allgemeinen weniger zufrieden als die Bürger in den nördlichen EU-Mitgliedstaaten

## AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

In allen Mitgliedstaaten herrscht eine gewisse Unzufriedenheit mit den Methoden der Finanzierung und der Bereitstellung der Gesundheitsversorgung. Die wichtigsten gemeinsamen Probleme, obwohl sie unterschiedlich stark zu Tage treten, sind die Unfähigkeit der Systeme, die sich verändernden Krankheitsmuster in den Griff zu bekommen, einen sozial gerechten Zugang zu den Versorgungsleistungen zu gewähren, die Kontrolle über die Kosten zu behalten, die Ressourcen in der Gesundheitsversorgung effizient einzusetzen und eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung bereitzustellen. Diese gemeinsame Besorgnis resultiert in ähnlichen und unterschiedlichen Lösungsstrategien.

Für die soziale Stabilität wird es von vorrangiger Bedeutung sein, eine angemessene **Versorgung der Älteren** sicherzustellen, indem ein Gleichgewicht zwischen der häuslichen Pflege, der durch die Gemeinde organisierten und der stationären Versorgung geschaffen wird.

Zudem bedeutet der zunehmende Altersdurchschnitt der Bevölkerung eine Veränderung der Krankheitsbilder hin zu chronischen Erkrankungen. Deshalb muß jenen Krankheiten mehr Beachtung geschenkt werden, die durch Vorbeugung vermeidbar sind - mit oder ohne medizinische Versorgung. Die **Gesundheitsvorsorge** bietet eine mögliche wirtschaftlichere Alternative zu kostenintensiver medizinisch-technologischer Versorgung.

In der Mehrheit der Mitgliedstaaten besteht ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung, jedoch gibt die **Gleichheit des Anspruchs** in den meisten Gesundheitssystemen einen Anlaß zu ständiger Besorgnis darüber, daß diese sich auf zahlreiche Faktoren stützen, die nicht in direkter Verbindung mit der Gesundheitsversorgung stehen. Die Verbesserung muß also fachübergreifend erfolgen und die Aufmerksamkeit auf die Gesundheitserziehung und den Ausgleich der sozialen Benachteiligung lenken.

Es wird nach Lösungen für eine **Kostenbegrenzung** gesucht, denn der zunehmende Altersdurchschnitt der Bevölkerung, die Kostensteigerung durch die technologische Entwicklung und die zunehmende Erwartungshaltung bei Verbrauchern haben in allen EU-Mitgliedstaaten inflationäre Gesundheitssysteme zur Folge.

Eine größere **Wirtschaftlichkeit** wird als Möglichkeit für ein größeres Maß an gesundheitlicher Versorgung je ausgegebenem Euro angesehen. Die Suche nach vermehrter **Qualität** bedeutet auch die Suche nach verbesserten oder qualitätsstabilen Versorgungsleistungen innerhalb eines finanziellen Rahmens, um der zu versorgenden Bevölkerung einen gewissen Gesundheitsstandard und Zufriedenheit zu verschaffen. Das kann für die Gesundheitssysteme

bedeuten, daß die Bevölkerung in den Prozeß der Schaffung von Standards für Qualitätspflege eingebunden werden muß. Das erfordert auch eine vergleichbare **Information** in guter Qualität über behandelte Patienten, über die Resultate und Kosten der Gesundheitsversorgung und über die Systemreform.

So wird z.B. durch die Einführung von Managementelementen in die Gesundheitsversorgung ein effizienterer Einsatz der Ressourcen angestrebt, und der Wettbewerb soll die Qualitätspflege zu niedrigeren Kosten fördern. Die Abrechnungssysteme werden zunehmend reformiert, um eine Verschwendung der Ressourcen in Krankenhäusern und der ambulanten Praxisversorgung zu vermindern. Auch werden die Verfahren und Technologien in der Gesundheitsversorgung genauer evaluiert, um einen möglichen Ansatz für **vorrangige Maßnahmen** zu finden.

Die Maßnahmen zielen vermehrt auf eine Umformung des Gesundheitssystems hin zu meßbaren Ergebnissen wie die Gesundheitsqualität und ein hohes Maß an Zufriedenheit bei der behandelten Bevölkerung ab.



**TEIL II:**

**Das Gesundheitswesen in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten**







## ÖSTERREICH

### ÜBERBLICK

1956 wurde im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz die Gesundheitsversorgung als Rechtsanspruch festgeschrieben. Das österreichische Sozialversicherungssystem stützt sich auf den Grundsatz der allgemeinen Pflichtversicherung, in deren Rahmen 99 % der Bevölkerung versichert sind. Die Versicherten und ihre Familienangehörigen haben einen Anspruch auf Leistungen aus den vier Hauptzweigen soziale Krankenversicherung, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Das österreichische und das deutsche Gesundheitssystem sind sich in vielen Bereichen sehr ähnlich. Die Hauptunterschiede sind die von den Sozialversicherungsträgern geführten Ambulatorien und der Abschluß von Gesamtverträgen zur Festsetzung der Gebühren für die ambulante Versorgung mit den Ärztekammern auf Landesebene anstatt mit den Ärzteverbänden.

Der allgemeine Gesundheitszustand gehört zu den höchsten in der EU. Das Versorgungsangebot durch die Krankenversicherung ist umfassend, und die Mehrheit von 63,3 % der Bevölkerung ist entweder sehr oder weitgehend mit dem System zufrieden {50,3 %}<sup>11</sup>. Die Kostensteigerung in der Gesundheitsversorgung war wie in den anderen Sozialversicherungssystemen der EU sehr hoch.

Eine besondere Herausforderung für das Gesundheitssystem sind der steigende Altersdurchschnitt der österreichischen Bevölkerung und eine Zunahme chronischer Erkrankungen, die dazu geführt haben, daß das Hauptaugenmerk auf die Langzeitpflege und die Investitionen in die Gesundheitsvorsorge gerichtet wird.

Zudem wird verstärkt an effizienteren Krankenhausleistungen, einer weiteren Integration der stationären und ambulanten Versorgung und einer Stärkung der Rolle der medizinischen Grundversorgung und der ambulanten Versorgung gearbeitet.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1997 gab es in Österreich 8,1 Mio. **Einwohner**. Der Anteil der Einwohner unter 20 Jahren betrug 23,7 % {24,6}. Der Anteil der über 65jährigen liegt mit 14,6 % {15} und der der über 75jährigen mit 6 % {6,1} unter dem EU-Durchschnitt. Es wird prognostiziert, daß das Durchschnittsalter der Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten zunehmen und der Anteil der über 75jährigen dabei beträchtlich steigen wird.

Die **Arbeitslosenrate** war 1994 mit 1,7 % {4,7} die zweitniedrigste in der Europäischen Union.

Die **Lebenserwartung** bei der Geburt entsprach dem EU-Durchschnitt und betrug für Frauen 80,2 Jahre {80,2} und für Männer 73,9 Jahre {73,9}. Die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** betrug 1993 7,8 je 1.000 Einwohner {8,2}.

---

<sup>11</sup>) Vgl. Mossialos, 1992.

Die Säuglingssterblichkeit belief sich 1996 auf 5,1 je 1.000 Lebendgeborene, und lag damit unter dem EU-Durchschnitt {5,4}. Die perinatale Sterblichkeit lag 1995 bei 6,9 {7,5} - in Österreich wird der Schwangerenversorgung ein besonders hoher Qualitätsstandard zugeschrieben. Haupttodesursachen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (50 %) und Krebserkrankungen (23 %). Dennoch ist der geschätzte **Verlust potentieller Lebensjahre** aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs unter dem EU-Durchschnitt (Tabelle 2).

Die Selbstmordraten sind in Österreich insbesondere bei Männern hoch; 1993 betrug der Verlust potentieller Lebensjahre (VPLJ) durch Selbstmord 651 je 100.000 Männern und 196 je 100.000 Frauen (EU10: 543).

Die Aids-Rate lag 1996 bei 16 neuen Fällen je 1 Million Einwohnern {EU: 42,7}.

Der **DMF**-Indikator für Zahnerkrankungen bei den Zwölfjährigen betrug 1990 4,2 und war somit über dem EU-Durchschnitt {3,1}.

Der **Alkoholkonsum** ist relativ hoch. Der Alkoholverbrauch lag 1990 bei 12,6 Litern pro Jahr {11,6}. 1995 sank er auf 11,9 Liter.

Der **Tabakkonsum** lag 1991 für beide Geschlechter unter EU-Durchschnitt. 35,5 % der Männer und 20,3 % der Frauen über 15 waren Raucher {EU9: 37 % und 30 %}.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Österreich ist ein Bundesstaat mit neun Bundesländern. Die Bundesländer sind von unterschiedlicher Größe, in ihnen leben zwischen 270.000 und bis zu 1,55 Millionen Einwohner (Wien). Das österreichische Gesundheitssystem ist weitgehend dezentralisiert, wobei von der Verfassung eine Aufteilung der Verantwortung zwischen den Bundesbehörden und den Ländern und Gemeinden vorgesehen ist.

Das Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist Aufsichtsbehörde für das Krankenversicherungssystem und kontrolliert die Sozialversicherungsträger. Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger ist eine einflußreiche Institution, die für die Festsetzung des Erstattungsbetrages für verordnete Arzneimittel, für die politischen Empfehlungen und die Festsetzung der Leitlinien für die Gesundheitsleistungen, für die Verträge mit allen Leistungsanbietern und für die Koordinierung der Arbeit der Sozialversicherungsträger, die Versicherungsschutz für die medizinische und soziale Versorgung bieten, zuständig ist. Die Sozialversicherungsträger decken drei unterschiedliche Arten von Versicherungsrisiken ab: die Notfallversorgung, die Krankheitsversorgung und die Sozialversorgung, wobei letztere im wesentlichen aus Geldleistungen besteht.

Das Leistungspaket der sozialen Krankenversicherung umfaßt die medizinische Versorgung durch Allgemeinärzte und Fachärzte, Zahnbehandlungen, die stationäre Versorgung, Krankengeld sowie

Vorsorgeprogramme und -untersuchungen. Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen sowie Rentner sind gesetzlich versichert. Ca. 99 % der Bevölkerung sind bei einer der 24 Krankenkassen versichert. Die Mitgliedschaft bei den Krankenkassen ergibt sich aus dem Beschäftigungsverhältnis und regionalen und historischen Merkmalen. Die 24 Krankenkassen sind selbstverwaltete Einrichtungen. Der Leistungskatalog der einzelnen Krankenkassen weist leichte Unterschiede auf. Sie bestreiten ihre Einnahmen im wesentlichen aus den Beiträgen (ca. 90 %). Ca. 40 % der österreichischen Bevölkerung hat eine private Zusatzversicherung.

## 2. Finanzierung

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems erfolgt durch die Mitgliedsbeiträge an die Krankenkassen (nahezu 59 %), Steuern (nahezu 24 %), und die Privatversicherung (ca. 7,5 %). Ca. 14 % werden durch Zuzahlungen zu den erbrachten Leistungen finanziert.

Beiträge zu den Krankenkassen werden von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen, sie sind einkommensbezogen und betragen bei den einzelnen Krankenkassen zwischen 6 und 8,5 % des Bruttoarbeitsentgelts.

Die Höhe der **Zuzahlungen** hängt von der Krankenkasse ab, es gibt Zuzahlungen bei Rezepten, medizinischer Behandlung, therapeutischen Anwendungen, Zahnbehandlungen und stationärer Versorgung. Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen sind von den Zuzahlungen bei der ambulanten Versorgung und der zahnmedizinischen Grundversorgung ausgenommen. Für Selbständige und Landwirte beträgt die Zuzahlung jedoch ca. 20 %. Die Zuzahlung bei verordneten Medikamenten, Hilfsmitteln und stationärer Versorgung (der Betrag ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich, Zuzahlungen sind für höchstens 28 Tage je Jahr vorgesehen) werden von allen Krankenkassenmitgliedern gezahlt, obwohl die Höhe der Zuzahlung bei den einzelnen Versicherungsträgern unterschiedlich ist. Einzelpersonen mit niedrigem Einkommen können von der Zuzahlung befreit werden.

1995 hat sich die **Finanzierung der Krankenhäuser** geändert. Die Infrastruktur und die Ausrüstung von öffentlichen und privatgemeinnützigen Krankenhäusern wurde früher überwiegend durch die Krankenhausträger, die Länder und die Gemeinden mit Zuschüssen des Gesundheitsministerium finanziert. Die Betriebskosten wurden früher bis zu 50 % von den Krankenkassen auf der Grundlage eines Tagessatzes gedeckt, sowie durch einen pauschalen Zuschuß des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF), der wiederum von der Sozialversicherung sowie von Bund, Ländern und Gemeinden finanziert wurde. Seit 1995 wird ein prospektives Abrechnungssystem ähnlich dem System für Diagnosefallgruppen stufenweise umgesetzt, und zwar nach dem Vorbild eines Pilotprojektes für die Umsetzung der Diagnosefallgruppen in 20 österreichischen Krankenhäusern. Das Ziel besteht in einer leistungsorientierteren Krankenhausfinanzierung (LKF). Seit 1989 wird deshalb für alle stationär versorgten Patienten in 20 Krankenhäusern im Land ein Mindestdatensatz dokumentiert. Die Zuständigkeit für die Umsetzung der Diagnosefallgruppen liegt bei der KRAZAF. Die Kosten der Akutversorgung werden seit 1997 prospektiv rückerstattet. Die in den Krankenhäusern arbeitenden Ärzte sind angestellt. Für Privatversicherte gibt es eine separate Gebührenordnung.

Die in Privatpraxen niedergelassenen Ärzte erhalten Einzelleistungsvergütungen, die überwiegend durch die Versicherungsträger oder die privaten Krankenkassen gezahlt werden.

Die Zahlung der Ärztehonoreare erfolgt im Rahmen der zwischen dem Hauptverband, der Sozialversicherungsträger und den Ärztekammern auf Landesebene abgeschlossenen Gesamtverträge.

Auf der Grundlage dieser Gesamtverträgen wird zwischen dem einzelnen Arzt und den jeweiligen Versicherungsträgern ein Einzelvertrag abgeschlossen.

Die Gebührenordnung für die **zahnmedizinische Versorgung** wird hingegen auf Bundesebene festgesetzt.

Die Kostenerstattung für **Arzneimittel** erfolgt auf der Grundlage einer Positivliste von erstattungsfähigen Rezepten. In dieser Liste waren 1993 ca. 2.700 Produkte aufgeführt. Die Preise werden durch Ministerialerlaß festgelegt. Für den Verkauf der Arzneimittel an Privatpersonen (freiverkäufliche Produkte) kann der Apotheker einen 15 %igen Aufschlag berechnen.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Abbildung 5 zeigt die Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen in den letzten drei Jahrzehnten.

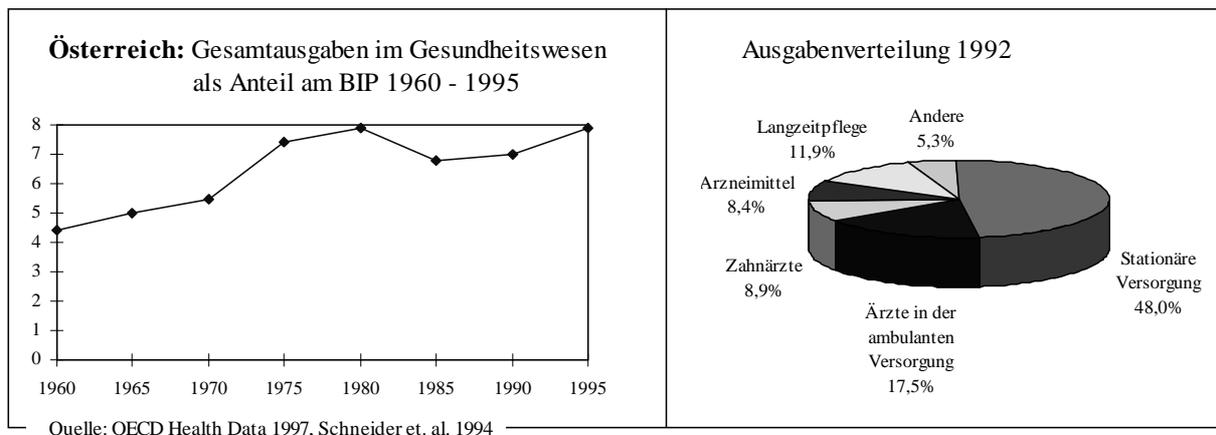


Abbildung 5: Gesamtangaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1960 - 1995; Ausgabenverteilung 1992

### RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge wurde in jüngster Zeit in den Mittelpunkt des österreichischen Gesundheitswesens gerückt. Erst seit 1992 wurden in den gesetzlichen Versorgungsauftrag des Sozialversicherungssystems umfassende Vorsorgemaßnahmen aufgenommen. In zunehmendem Maße werden Vorsorgeuntersuchungen für Herz-Kreislauf-

Erkrankungen, Krebs und Diabetes mellitus durchgeführt. Es gibt ein allgemeines und eine gynäkologisches Vorsorgeprogramm. Die Gesundheitsvorsorge wird in erster Linie von den Allgemeinärzten und den Gynäkologen mit Kassenverträgen und den von den Sozialversicherungsträgern geführten Ambulatorien durchgeführt. Die Betonung liegt bei der Gesundheitsvorsorge auf einer Verbesserung der Information und Dokumentation über den Gesundheitszustand und die Erfolge in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Die **Grundversorgung** erfolgt überwiegend durch Ärzte in ihren Einzelpraxen. Die Ärzte in Österreich können sich grundsätzlich in einer unabhängigen Praxis niederlassen, die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte steht jedoch in einem Vertragsverhältnis zu einer oder mehreren öffentlichen Krankenversicherungen. Für die Versicherten gilt die freie Arztwahl, konsultiert jedoch ein Patient einen Arzt, der keinen Kassenvertrag mit seinem Versicherungsträger hat, dann muß der Versicherte für das Honorar, das ihm später teilweise rückerstattet wird, zunächst in Vorlage treten. Einige Sozialversicherungsträger verlangen eine Zuzahlung unabhängig davon, welcher Arzt konsultiert wird. Fachärzte werden normalerweise nur nach einer Überweisung durch den Allgemeinarzt konsultiert. Die ambulante Versorgung wird in Fachkliniken (Zahnmedizin, Radiologie, Frauen- und Kinderheilkunde) und auch in den ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser durchgeführt, wobei es jedoch Unterschiede in den einzelnen Bundesländern gibt. Ca. die Hälfte der Krankenhäuser wird von den Gesundheitsämtern verwaltet, und über 60 % der Privatkliniken haben Verträge mit öffentlichen Trägern. Sowohl die öffentlichen Krankenhäuser als auch die ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser haben in den letzten Jahren ihr Leistungsangebot erweitert, das gilt insbesondere für Gebiete mit einem Mangel an niedergelassenen Ärzten. Freiwillige Wohlfahrtsorganisationen und Selbsthilfegruppen leisten einen großen Beitrag an medizinischer und sozialer Versorgung, und das Österreichische Rote Kreuz führt den Großteil der Ambulanz- und Transportdienste durch - in einigen Bundesländern bis zu 90 %.

Bis Anfang 1997, als die Bundesregierung und die Länder einen Rahmeninvestitionsplan für Krankenhäuser vereinbarten, fiel die Krankenhausplanung überwiegend in den Zuständigkeitsbereich der Bundesländer. Die Krankenhausbetten werden in der Mehrzahl von öffentlichen Trägern, den Ländern (54,5 %), Kommunen (16 %) und den Sozialversicherungsträgern (8 %) finanziert.

Die Zahl der **Krankenhausbetten** liegt über dem EU-Durchschnitt. 1994 verfügte Österreich über 53.115 Akutbetten und je 1.000 Einwohner standen 6,6 Krankenhausbetten {4,7} zur Verfügung. Hinsichtlich der Verfügbarkeit von Akutbetten gibt es große regionale Unterschiede. Die Anzahl der Akutbetten ist seit 1994 stark gesunken. Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung beträgt trotz eines überdurchschnittlichen Rückgangs in den letzten Jahrzehnten 7,9 Tage und liegt somit immer noch über dem EU-Durchschnitt {7,6}. 1993 wurden 33,9 Krankenhausfälle je Krankenhausbett behandelten {31,3}. Die Ausgaben für kostenintensive medizinische Ausrüstung befinden sich innerhalb der EU im oberen Viertel, so war z.B. 1990 die Anzahl der Nieren-/Blasen-Lithotripter die höchste in der EU.

Die Anzahl der **praktizierenden Ärzten** liegt mit 25,6 % je 10.000 Einwohner unter dem EU-Durchschnitt {28,1}, wobei sich die Zahl der Allgemeinärzte auf 12,1 {8,2} und der Fachärzte auf 13,4 je 10.000 Einwohner {11,3} beläuft. Es herrscht vereinzelt ein lokaler Mangel an Pflegepersonal, obwohl auf Bundesebene die Zahl über dem EU-Durchschnitt liegt. Die Anzahl der Zahnärzte und Apotheker liegt weit unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 9: Gesundheitspersonal in Österreich			
Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	26	28	1994
Allgemeinärzte	12	8	1994
Fachärzte	13	11	1994
Praktiz. Zahnärzte	4	6	1993
Pflegepersonal	80	70	1993
Apotheker	5	8	1994

### AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Ein zentrales Thema der aktuellen Gesundheitsversorgung in Österreich ist die Umsetzung des Krankenhausfinanzierungssystems. Das neue Finanzierungssystem, das einer Finanzierung nach Diagnosefallgruppen ähnelt, zielt darauf ab, das Ausgabenwachstum im österreichischen Krankenhausesektor zu stabilisieren, die Effizienz der stationären Versorgung zu steigern, die Länge des Krankenhausaufenthalts zu reduzieren und die Qualität der stationären Versorgung zu verbessern. Das neue System wird im wesentlichen auf die Datenqualität und die Qualität der Informations- und Kommunikationssysteme der Krankenhäuser angewiesen sein. "Qualitätsstrategien" werden in einer Reihe von Modellkrankenhäusern getestet.

Bestrebungen gehen dahin, die Managementkapazitäten in den öffentlichen Krankenhäusern zu verbessern und den Wettbewerb zwischen den Krankenhausträgern zu steigern.

Probleme gibt es noch bei der Koordinierung zwischen der stationären und der Grundversorgung. Man geht davon aus, daß die strukturellen Änderungen im Krankenhausesektor Auswirkungen auf die ambulante Versorgung haben werden. Es gibt jedoch zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Vertragsärzten bei der Entwicklung neuer Honorarstrukturen einige Spannungen. Davon abgesehen besteht die Absicht, die Rolle der Grundversorgung gegenüber der Sekundärversorgung zu stärken und die Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung zu intensivieren. In diesem Zusammenhang wurde die Forderung nach integrierten Gesundheits- und Sozialsprengeln gestellt, um die Vielfalt der Dienste und Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich enger zu vernetzen.

Der Mangel an Langzeitbetreuungseinrichtungen führte dazu, daß Patienten, die keine Akutversorgung mehr benötigen, kostenintensive Akutbetten belegen. Um hier Abhilfe zu schaffen, wurden 1993 durch das Pflegevorsorgegesetz gesetzliche Maßnahmen zur Finanzierung der Langzeitpflege eingeführt. Die bestehenden Einrichtungen für Langzeitpflege werden ab dem Jahr 2000 in drei Stufen ausgeweitet werden.





## BELGIEN

### ÜBERBLICK

Das Gesundheitswesen in Belgien bietet ein Krankenversicherungssystem, durch das die gesamte Bevölkerung gegen größere und kleinere Risiken pflichtversichert ist. Neben einem staatlichen Fonds existieren fünf gemeinnützige "Mutualités", die hauptsächlich an konfessionelle/politische Organisationen angebunden sind.

Die Gesundheitsversorgung zeichnet sich durch eine liberale Tradition aus. Die unabhängige medizinische Versorgung (médecine libérale) genießt im wesentlichen therapeutische Freiheit und Autonomie, und die Einzelleistungen werden überwiegend direkt honoriert. Der Patient hat die freie Arztwahl und kann einen Allgemein- oder einen Facharzt konsultieren. Es besteht ein direkter Zugang zu den Krankenhäusern. Aufgrund der hohen Arztdichte gibt es praktisch keine Wartelisten und allgemein einen geographischen Zugang zu den Versorgungsleistungen. Die freie Arztwahl und der Zugang zu einer Vielzahl von Versorgungsleistungen führt zu einer großen Zufriedenheit der belgischen Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem im Vergleich zu den anderen europäischen Mitgliedstaaten.

Die Probleme des Systems liegen bei der Kosteneindämmung und der Erzielung ausreichender Einnahmen, um den öffentlichen Anteil der Gesundheitsausgaben und eine wirksame Gesundheitsversorgung finanziell abzudecken. Das System hat eine Überversorgung gefördert. Insbesondere gab es keine systematische Planung für den Einsatz des Gesundheitspersonals.

Zudem ist das belgische Gesundheitssystem eines der kompliziertesten in Europa, was eine wirksame Regelung noch schwieriger gestaltet.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

Die in den letzten 25 Jahren erfolgte Veränderung der sozialen Werte führte dazu, daß die Durchschnittsfamilie kleiner wurde und die Einwohnerzahl sank<sup>12</sup>.

1997 hatte Belgien 10 Millionen Einwohner, davon waren ca. 24 % jünger als 20 Jahre {24,6 %} und 16 % älter als 65, was einen recht großen Anteil darstellt {15 %}. Der Anteil der über 75jährigen {6,3 %} lag ebenfalls über dem Durchschnitt {6,1 %}, und wird für das Jahr 2020 mit 9,1 % {8,9 %} prognostiziert.

Die Hauptindikatoren für den Gesundheitszustand entsprechen weitgehend dem EU-Durchschnitt für die Lebenserwartung und liegen unter dem EU-Durchschnitt für die Sterblichkeitsrate. Die **Lebenserwartung** bei der Geburt betrug 1996 für Frauen 81 Jahre {80,2} und für Männer 74,3 Jahre {73,9}.

---

<sup>12</sup>) Es gibt widersprüchliche Prognosen über den künftigen Anteil der älteren Bevölkerung.

Die Sterblichkeit ist, soweit Angaben dafür vorliegen, im allgemeinen hoch. 1996 lag die **Säuglingssterblichkeit** bei 6 je 1.000 Lebendgeborene und damit über dem EU-Durchschnitt {5,4}. Die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist relativ niedrig. Ein länderübergreifender Vergleich von ausgewählten Todesursachen ist wegen fehlender vergleichbarer Daten in den letzten Jahren nicht möglich.

Die **AIDS**-Ziffern sind seit 1994 wie überall in der EU gesunken. Sie beliefen sich 1996 auf 18,8 Neuerkrankungen je 1 Million Einwohner und lagen somit unter der Hälfte des EU-Durchschnitts {42,7} liegt.

Der **DMF**-Indikator für Zahnerkrankungen bei 12jährigen lag 1990 bei 2,7 und damit ebenfalls unter dem EU-Durchschnitt {3,1}.

Der **Alkoholkonsum** belief sich auf 11,2 Liter je Jahr {11,2}.

Der **Tabakkonsum** liegt mit 31 % an männlichen {37,1} und 21 % an weiblichen {25,8} Rauchern über 15 im Jahr 1992 auch unter dem EU-Durchschnitt.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Die Rolle des Staates beschränkt sich auf die Regulierung und teilweise Finanzierung, so daß die Leistungsanbieter bei der medizinischen Versorgung und im Management weitgehend unabhängig sind. Sieben Ministerien tragen auf nationaler Ebene mit die Verantwortung für die Gesundheitspolitik, die Regulierung und die Überwachung des Gesundheitssystems. Das Ministerium für Soziale Sicherung ist für alle Angelegenheiten der Sozialversicherung zuständig. In den 80er Jahren wurden durch einige der Kostendämpfungsmaßnahmen wieder Formen einer zentralen Regulierung eingeführt. Die Regierung legt die Beitragssätze für die Krankenkassen fest und definiert das Basisversicherungspaket. Das Ministerium für öffentliche Gesundheit und Familienangelegenheiten kann Krankenhäuser und Versorgungsleistungen reorganisieren und erteilt Genehmigungen für die Einrichtung von kostenintensiver Technologie. Der Minister für Soziale Sicherung muß der Höhe der Entgelte an die Leistungserbringer zustimmen.

Die gesetzliche Krankenversicherung deckt große und kleine Risiken für alle Angestellten, Beamten, Rentner und Behinderte ab, die insgesamt 88 % der Bevölkerung ausmachen. Zu den großen Risiken gehören Krankenhausaufenthalte und technische Versorgungsleistungen, zu den kleinen Risiken gehören z.B. die ambulante Versorgung, Arzneimittel und die zahnärztliche Versorgung. Selbständige und ihre Familien, ca. 12 % der Bevölkerung, sind unter einem separaten Programm versichert, das lediglich die großen Risiken abdeckt. Versicherungen für kleine Risiken müssen zusätzlich abgeschlossen werden und unterliegen einer strengen Aufsicht von seiten der Regierung.

Das gesetzliche Sozialversicherungssystem wird von den fünf gemeinnützigen Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit und dem staatlichen Sozialversicherungsfonds verwaltet. Die Verwaltung durch die Krankenversicherungsvereine findet auf nationaler Ebene statt, wobei zwei dieser Organisationen (die Nationale Allianz der Christlichen Krankenkassen, bei der 45 %

der Bevölkerung versichert sind, und die Nationale Union der Sozialistischen Krankenkassen, bei der 27 % der Bevölkerung versichert sind) den Krankenversicherungsmarkt dominieren.

Diese Krankenversicherungsvereine sind an politische oder konfessionelle Institutionen oder Ideologien angebunden. Dadurch wird der Charakter des Wettbewerbs für die Krankenkassenmitglieder bestimmt. Der Versicherte kann seine Krankenkasse frei wählen. Der Wettbewerb beschränkt sich auf die Versicherung zusätzlicher Leistungen, da das Basisversorgungspaket und auch die Beitragssätze durch ministerielle Verordnung festgesetzt werden.

Die Einnahmen werden vom Nationalen Institut für die Kranken- und Invalidenversicherung verteilt, das mit Vertretern der Leistungsanbieter, Drittzahlern, der Arbeitnehmer und der Regierung besetzt ist. Seit Anfang der 80er Jahre ist die Sozialversicherung Gegenstand einer Gesundheitsreform zur Kostendämpfung.

Die Beitragszahlungen zur Gesundheitsversicherung waren bis 1995 einkommensbezogen. 1993 betrug der Beitragssatz 3,8 % des Bruttoarbeitsentgelts von seiten des Arbeitgebers und 3,5 % auf seiten des Arbeitnehmers. Der 1995 eingeführte kollektive Sozialversicherungsbeitrag umfaßt die Kranken-, Renten und die Arbeitslosenversicherung und belief sich 1996 auf 13 % des Bruttoeinkommens. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze für die Pflichtversicherung. Der Markt für private Zusatzversicherungen ist klein, weil große Risiken grundsätzlich durch die gesetzliche Krankenversicherung versichert sind.

## 2. Finanzierung

Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt durch die Versicherungsbeiträge (36 %), Steuergelder (38 %) und Direktzahlungen (17 %). 9 % werden durch Zusatzversicherung und Verbrauchssteuern finanziert. Bis vor kurzem wurden die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen durch staatliche Subventionen finanziert. 1994 wurde ein Gesetz verabschiedet, wonach den Krankenversicherungen ein festes Budget übertragen wird, das die Kostenkontrolle anregen soll, indem Gewinne und Verluste ermöglicht werden.

Die von privaten und öffentlichen Trägern bereitgestellte **stationäre Versorgung** wird direkt durch die Krankenkassen finanziert. Die Zahlung dieser Versorgung stützt sich auf einen Haushaltsentwurf, der auf der Grundlage der Bettenkapazität, der Aktivitäten des vorausgegangenen Jahres und krankenhausspezifischer Merkmale kalkuliert ist. Die Leistungen des Pflegepersonals und der Ärzte werden durch eine Kombination aus Tagessätzen und Einzelleistungsvergütungen gezahlt. Der größte Teil der Ausgaben wird vom Staat finanziert. Die Zuzahlung für die stationäre Versorgung wird stufenweise entsprechend der Verweildauer erhoben.

Die **ambulante Versorgung** erfolgt in erster Linie durch niedergelassene Ärzte. Sie erhalten ihr Honorar direkt von den Patienten, denen ein Großteil der Kosten von ihren Krankenkassen erstattet wird. Der Rest (durchschnittlich 25 %) wird vom Patienten getragen. Die Honorare werden zwischen den Krankenkassen und den Ärzten verhandelt und müssen vom Ministerium genehmigt werden. Die Honorarsätze werden von einem Ausschuß überwacht, der aus Vertretern von dritten Leistungserwerbern und -anbietern besteht. Die ärztliche Gebührenordnung wird alle zwei Jahre zwischen den Ärzteorganisationen und den Krankenkassen verhandelt.

Die Kosten für **Arzneimittel** werden entsprechend einer Positivliste rückerstattet. Die Preise sind festgesetzt. Zuzahlungen werden in fünf Kategorien von 0-100 % des Preises zuzüglich einer Pauschale unterteilt. Durchschnittlich werden 29 % des Preises vom Patienten getragen.

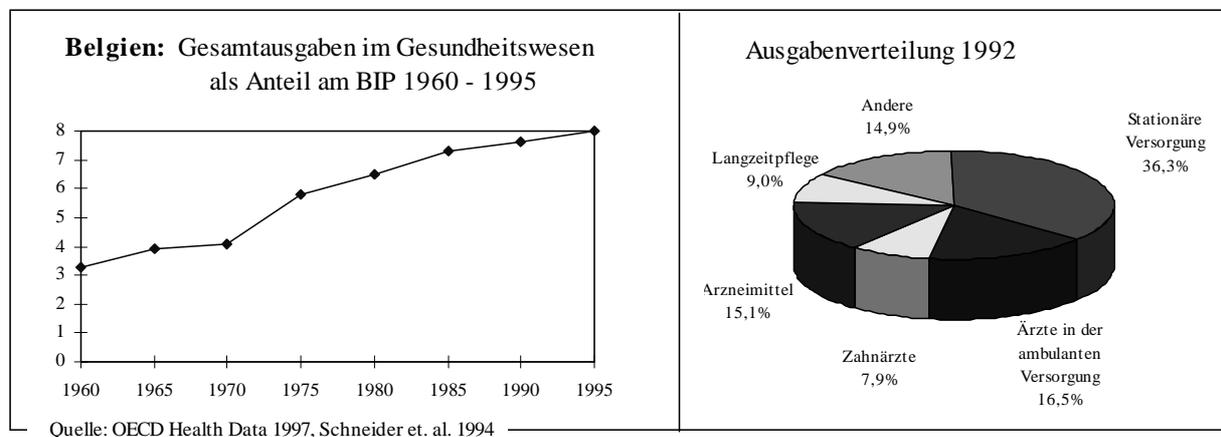
Für die **zahnärztliche** Versorgung zahlt der Patient das Honorar direkt, für das er dann eine Rückerstattung beantragen kann. Die Selbstbeteiligung der Patienten beläuft sich auf durchschnittlich 25 %.

In Belgien besteht eine sehr vielschichtige Regelung für die von den Patienten zu leistende Zuzahlung, die zu den höchsten in der Europäischen Union zählt.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Zwischen 1970 und 1985 sind die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in Belgien stark gestiegen (4,1 % bis 7,3 % des BIP). Bis 1990 bewegten sich die Gesundheitsausgaben aufgrund von Kostendämpfungsmaßnahmen (insbesondere Veränderungen in der Krankenhausstruktur und -finanzierung und bei der Kontrolle und Finanzierung von Arzneimitteln) um die 7,5 % des BIP. Im folgenden Jahr überstiegen die Ausgaben 8 % des BIP und sind seitdem stabil geblieben. 1995 betragen die Gesundheitsausgaben immer noch 8 % des BIP {7,7}, was 1.627 ECU pro Kopf entspricht {1.413}.

Abbildung 6: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1960 - 1995; Ausgabenverteilung 1992. Der Anteil der Kosten für die stationäre Versorgung ist relativ niedrig.



### RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung ist privatwirtschaftlich organisiert. 60 % der Krankenhäuser sind private gemeinnützige Einrichtungen. Es gibt eine kleine Zahl von fachärztlichen Privatkliniken und ca. 5 % der Krankenhäuser gehören den Krankenversicherungsvereinen. Die übrigen Einrichtungen haben öffentliche Träger.

Die Anzahl der **Akutbetten** je 1.000 Einwohner ist in Belgien von 5,9 im Jahre 1985 auf 4,8 im Jahre 1994 gesunken {7,3}. Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung betrug

1995 7,8 Tage {7,8}.

Jüngste Veränderungen im Leistungssystem der stationären Versorgung führten zu einer Rationalisierung der fachärztlichen Behandlung und zu Zusammenschlüssen von Krankenhäusern. Die Zahl der Krankenhausbetten wurden deutlich reduziert, während mehr Gewicht auf die häusliche Versorgung gelegt wurde.

Die ambulante Versorgung erfolgt in erster Linie durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte sowie selbständige Apotheker. Während die Allgemeinärzte häufig Einzelpraxen in der eigenen Wohnung unterhalten, sind Fachärzte meistens in den ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser tätig. Im Bereich der ambulanten Versorgung herrscht offenbar starke Konkurrenz, so daß die Ärzte sehr aufmerksam auf die Wünsche der Patienten eingehen. Die Patienten haben die freie Arztwahl.

Die **Sprechstundenbesuche** lagen 1993 mit 8,0 pro Person und Jahr erheblich über dem Durchschnitt der verfügbaren Vergleichszahlen in den EU-Mitgliedstaaten {5,2}.

Die Zahl der **niedergelassenen Ärzte** liegt mit 37,4 je 10.000 Einwohner erheblich über dem EU-Durchschnitt {28} (1994), der Anteil der **Fachärzte** und **Allgemeinärzte** ist in etwa gleich hoch. Der Anteil der Ärzte am gesamten Gesundheitspersonal lag 1992 auch über dem EU-Durchschnitt {15}. Auch die Zahl der Apotheker ist im Vergleich zum EU-Durchschnitt relativ hoch ( 10).

Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	37	28	1994
Allgemeinärzte	15	9	1995
Fachärzte	16	14	1995
Praktiz. Zahnärzte	7	6	1995
Pflegepersonal	---	87	1994
Apotheker	14	8	1994

## AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Neben dem allgemeinen Gebot der Kostendämpfung und der Suche nach Finanzierungsquellen für die Gesundheitsversorgung ist wichtigster Bestandteil der Reform der 90er Jahre das soziale Versicherungssystem.

Die Einführung eines festen Budgets für die Ausgaben der Versicherungen ermöglicht es den Krankenkassen, Gewinne oder Verluste zu erzielen. Dadurch sollen die Krankenkassen den Anreiz erhalten, effizientere Versorgungsleistungen zu erwerben.

Die Planung der Budgets für die Krankenversicherungsträger ist sehr vielschichtig und muß allmählich umgesetzt werden. Voraussetzung ist die Definition eines allgemeinen Budgets für die Krankenversicherungsträger seit 1995 und die Bereitstellung eines Teils der Sozialversicherung für die Gesundheitsversorgung. Das belgische Modell des festen Budgets sieht auch einen

Mechanismus vor, durch den Unausgewogenheiten aufgrund unterschiedlicher Risikostrukturen der jeweiligen Versicherten ausgeglichen werden sollen, und der eine flexible Reaktion ermöglicht, sollte einmal das gesamte Sozialversicherungsbudget zu gering angesetzt worden sein.





## DÄNEMARK

### ÜBERBLICK

Seit 1973 ist für die gesundheitliche Betreuung aller dänischen Bürger der staatliche Gesundheitsdienst zuständig, dessen Finanzierung, Planung und Leitung fast vollständig in der Hand der Behörden liegt. Es besteht gleicher Zugang zu den meisten Leistungen, die im wesentlichen aus Steuergeldern finanziert werden und nahezu kostenlos in Anspruch genommen werden können.

Die Organisation des Gesundheitswesens obliegt den 14 Verwaltungsbezirken, denen von der Regierung und dem Parlament ein politischer Rahmen vorgegeben wird. Das System ähnelt dem britischen Nationalen Gesundheitsdienst, da bei beiden die erste Anlaufstelle stets der Hausarzt (Allgemeinarzt) ist.

In Dänemark hielten sich die Kosten für die Gesundheitsversorgung nahezu konstant. Meinungsumfragen zeigen, daß die allgemeine Zufriedenheit mit dem System relativ hoch ist: 90 % sind sehr (54,2 %) oder ziemlich (35,8 %) zufrieden. Die Gesundheitsindikatoren liegen andererseits unter dem EU-Durchschnitt, die damit zusammenhängenden Lebensgewohnheiten und die Sterblichkeitsrate geben in Dänemark Anlaß zu beträchtlicher Besorgnis.

Die überwiegend dezentralisierte Kontrolle gibt auch Anlaß zu Fragen nach einer effizienten Ressourcenbereitstellung und einer Prioritätenverteilung in der Gesundheitsversorgung.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1996 hatte Dänemark insgesamt 5,24 Millionen Einwohner, von denen 23,6 % unter 20 {25,5} (1994) und 15,4 % über 65 {14,6} Jahre alt waren. Ein relativ hoher Anteil (7 %) der Bevölkerung ist älter als 75 {6,1}. Für das Jahr 2020 wird dieser Anteil mit 8,2 % prognostiziert {8,9<sup>13</sup>}. Dänemark hat die höchste Bevölkerungsdichte der skandinavischen Länder, wobei 85 % der Bevölkerung in städtischen Gebieten wohnen.

Die **Lebenserwartung** bei der Geburt lag mit 78 Jahren für Frauen {80,2} und 72,8 Jahren für Männer {73,9} im Jahr 1995 etwas unter dem EU-Durchschnitt.

Die Sterblichkeit lag etwas über dem EU-Durchschnitt: Die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** lag 1993 bei 8,7 je 1.000 Einwohner {8,2} und die **perinatale Sterblichkeit** lag 1994 bei 7,5 je 1.000 Lebend- und Totgeborene {7,5}. Die **Säuglingssterblichkeit** war im Jahre 1995 mit 5,2 je 1.000 Geburten leicht über dem EU-Durchschnitt {5,4}.

Die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen ist ebenso wie der **VPLJ** einer der höchsten in der Europäischen Union (Tabelle 2).

Die Zahl der **Aids**-Erkrankungen lag 1996 mit 31,6 neuen Fällen je 1 Million Einwohner etwas unter dem EU-Durchschnitt {42,7}, ist jedoch die höchste in den nördlichen EU-Mitgliedstaaten.

---

<sup>13</sup>) Mittelwert für 12 EU-Mitgliedstaaten. Vgl. Walker et. al., 1994.

Der **Tabakkonsum** ist zunehmend einer der höchsten in der Europäischen Union. 1992 waren 49,5 % {EU 37,4} der Männer und 40,1 % {EU 25,1} der Frauen über 15 Raucher.

Der **Alkoholkonsum** lag 1992 mit 11,8 Litern im Jahr über dem EU-Durchschnitt {EU 10,4}.

1998 wurden im "Gesundheitsförderungsprogramm" die vorrangigen Bereiche wie Krebsvorsorge, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfälle und psychische Erkrankungen festgeschrieben.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Das dänische Gesundheitssystem ist weitgehend dezentralisiert, wobei die Verantwortung für die Durchführung der Versorgungsleistungen die 14 Verwaltungsbezirke und die 275 Gemeinden (einschließlich Kopenhagen und Frederiksborg) tragen. Die Verwaltungsbezirke, in denen zwischen 300.000 und 500.000 Einwohner leben, sind für die stationäre Versorgung, die medizinische Grundversorgung und gesundheitsfördernde Maßnahmen zuständig. Die Mittel zur Finanzierung stammen hauptsächlich aus dem Einkommenssteueraufkommen der jeweiligen Bezirke. Die Gemeinden sind für die häusliche Pflege, Vorsorgeprogramme und den Großteil der Sozialfürsorge zuständig. Die Bezirks- und Gemeinderäte erhalten behördliche Unterstützung durch die Bezirksbeauftragten für das Krankenhauswesen und ihre Mitarbeiter.

Das Gesundheitsministerium als die oberste Gesundheitsbehörde übernimmt die Koordinierung im Gesundheitswesen und ist zuständig für die Zulassung von Arzneimitteln und dem Gesundheitspersonal. Das Ministerium gibt jedoch lediglich die Leitlinien und Orientierungshilfen vor, die Maßnahmen werden in Abstimmung mit den Verbänden und Gemeinden durchgeführt. Die Zuständigkeit des Ministeriums erstreckt sich auch auf die Planung der Gesundheitsversorgung und -vorsorge auf Bezirks- und Gemeindeebene.

Ein vom obersten Medizinalbeamten geleitetes Nationales Gesundheitsamt nimmt beratende Funktion überall dort wahr, wo medizinische, zahnmedizinische, pflegerische und pharmazeutische Fachkenntnisse verlangt werden.

Die gesamte Bevölkerung ist durch die staatliche Krankenversicherung (Sygesikring) versichert. Sie ist die einzige gesetzliche Krankenversicherung in Dänemark und deckt die medizinische Grundversorgung ab. Die Mitgliedschaft ist für die dänische Bevölkerung gesetzlich vorgeschrieben. Innerhalb dieser Versicherung können die Dänen für die ambulante Versorgung zwischen zwei Versicherungskategorien wählen.

In der Kategorie 1 haben die Versicherten Zugang zu der gesamten Sekundärversorgung, nachdem sie durch den ausgewiesenen Hausarzt überwiesen wurden, und die Gebühren für die ambulante Versorgung sind festgelegt.

In der Kategorie 2 besteht freie Wahl des Allgemeinarztes und der Fachärzte, die Ärzte können jedoch den Patienten einen erhöhten Abrechnungssatz in Rechnung stellen.

Das erklärt, warum die Mehrheit der Bevölkerung (mehr als 95 %) in der Kategorie 1 versichert ist.

Ca. 20 % der Dänen sind privat krankenversichert, überwiegend in der Form einer freiwilligen Zusatzversicherung zur Deckung der Zuzahlungen.

Die Gesundheitsvorsorge ist in Dänemark besonders gut entwickelt. In großem Umfang werden Vorsorgeuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Vorsorgemaßnahmen für Kinder einschließlich zahnärztlicher Versorgung sowie Impfung gegen Infektionskrankheiten durchgeführt. Auch Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft können unentgeltlich in Anspruch genommen werden.

## 2. Finanzierung

1997 wurden 83 % der Ausgaben durch öffentliche Mittel finanziert, und zwar überwiegend durch Steuereinnahmen auf Ebene der staatlichen, regionalen und örtlichen Gemeinden. Die übrigen (15 %) wurden durch die Selbstbeteiligung und weniger als 2 % durch die private Krankenversicherung gedeckt.

Die **Zuzahlungen** sind in erster Linie für die zahnärztliche Versorgung und zu Arzneimitteln zu leisten, sowie durch den erhöhten Abrechnungssatz für die Grundversorgung bei der kleinen Anzahl von Patienten, die in der Kategorie 2 versichert sind. Die Zahl dieser Versicherten ist in den letzten 10 Jahren insbesondere bei der zahnmedizinischen Versorgung kontinuierlich gestiegen. Für die verschreibungspflichtigen Arzneimittel beträgt der Zuzahlungssatz 8 % des Verkaufspreises. Zuzahlungen werden zum Teil auch bei medizinischen Anwendungen und der Versorgung in Pflegeheimen erhoben.

Die Gebührenordnung für die ambulante Versorgung wird zwischen dem Vertragskomitee des öffentlichen Gesundheitsdienstes und dem Ärzteverband verhandelt und unterliegt der Zustimmung der Regierung. Die Honorare der niedergelassenen Allgemeinärzte werden zum Teil über eine Kopfpauschale, überwiegend jedoch nach Einzelleistungen vergütet. Patienten der Kategorie 2 wird im allgemeinen ein höherer Gebührensatz in Rechnung gestellt als denen der Kategorie 1. Der Differenz trägt der Patient selbst.

Die zahnärztliche Vorsorge ist bis zum Alter von 18 Jahren kostenfrei. Nach dem 18. Lebensjahr werden die Kosten teilweise von der Krankenversicherung getragen, und teilweise direkt vom Patienten gezahlt. Erhebliche **Zuzahlungen** sind für die restaurativen Zahnbehandlungen zu leisten. Zahnersatz wird im allgemeinen nicht durch die Krankenversicherung gedeckt und muß vom Patienten voll bezahlt werden. Die Zahlung an den Zahnarzt erfolgt direkt, wobei die Gebührenordnung zwischen den zuständigen Verbänden verhandelt wird.

Die **Krankenhäuser** werden von der Bezirksverwaltung finanziert, in dem ein Abrechnungssystem nach Tagessätzen oder Fallpauschalen angewendet wird, das seit 1993 auch Sonderregelungen vorsieht.

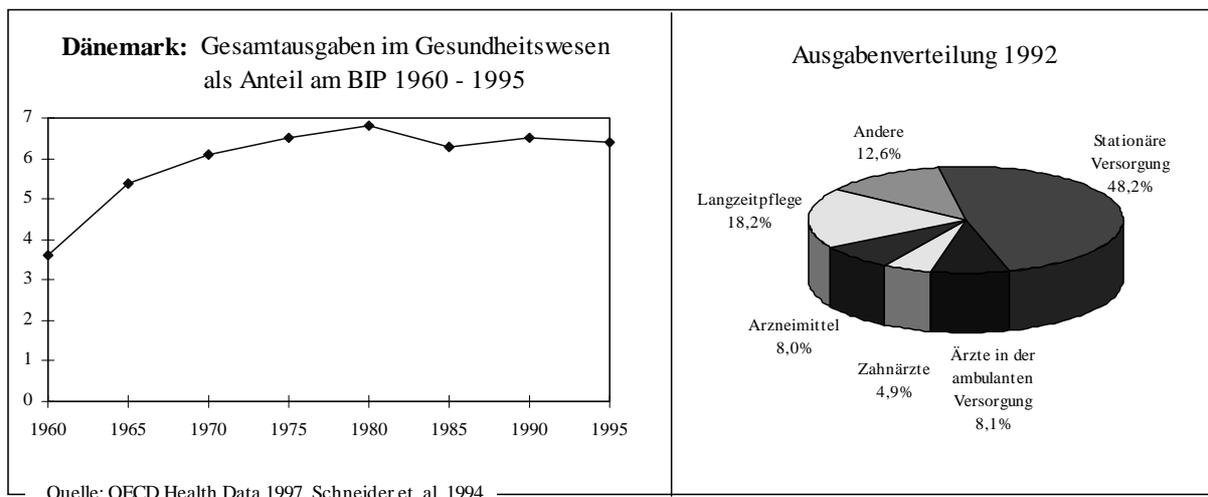
Lediglich die Kosten für **Arzneimittel**, die auf einer Positivliste des Gesundheitsministeriums stehen, werden erstattet. Darüber hinaus wurde 1993 ein Referenzpreissystem verabschiedet, das ca. ein Drittel der gesamten Arzneimittelausgaben abdeckt.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

In Dänemark sind die Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP kontinuierlich von 3,6 % im Jahr 1960 auf 6,5 % im Jahr 1975 gestiegen und blieben seitdem konstant. Sie betragen 1995 6,4 % und war somit unter dem EU-Durchschnitt {7,7 %}. Das entspricht 1.611 ECU pro Kopf {1.413} (Abbildung 7).

Die Ausgabenverteilung hat sich, wie dies für 1992 (Abbildung 7) dargestellt wurde, im letzten Jahrzehnt relativ konstant verhalten. Zu beachten ist hier der große Anteil, der für Langzeitpflege ausgegeben wird. Die Ausgaben in der ambulanten Versorgung sind jedoch im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedstaaten sehr niedrig.

Abbildung 7: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1960 - 1995; Ausgabenverteilung 1992



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Der Gesundheitsschutz und die Krankheitsvorsorge werden vom Gesundheitsministerium koordiniert, von den Bezirksverwaltungen und Gemeinden umgesetzt und überwiegend durch niedergelassene Allgemeinärzte durchgeführt. Vorsorgemaßnahmen haben einen großen Anteil an der nationalen Gesundheitsversorgung. Das gilt insbesondere für die Krebsvorsorge, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfälle und psychische Erkrankungen.

Die **medizinische Grundversorgung** erfolgt in erster Linie durch die niedergelassenen Allgemeinärzte, die für die Mehrheit der Bevölkerung, die zu den Versicherten der Kategorie 1 gehört, die erste Anlaufstelle sind und die dann die Patienten an Fachärzte und Krankenhäuser überweisen können. Die Patienten der Kategorie 2 verfügen über die freie Arztwahl, und können

sich ohne Überweisung an einen Facharzt oder ein Krankenhaus wenden. Der Allgemeinarzt ist ein selbständiger Vertragspartner in einer Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis.

Die **Krankenhäuser** unterstehen den Bezirksverwaltungen, die Gemeinden sind für die häusliche Pflege und die Versorgung der Älteren zuständig. Das einzige Krankenhaus, das unter direkter Finanzkontrolle der Regierung steht, ist das Universitätshospital in Kopenhagen. Die Versorgung in den ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser und in Tageskliniken wird besonders gefördert. Von den insgesamt ca. 25.500 Betten waren 1994 lediglich 4,0 Betten je 1.000 Einwohner der Akutversorgung vorbehalten {4,7}. Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung betrug 1994 6,0 Tage je 1.000 Einwohner und lag damit unter dem EU-Durchschnitt {7,6}. Die Zahl der **Aufnahmen in den Akutkrankenhäusern** lag jährlich über dem Durchschnitt und betrug 1993 je 1.000 Einwohner 19,7 Einweisungen. Die Wartezeiten gingen nach der Einführung einer Liste mit garantierten Wartezeiten erheblich zurück. Überall im Land gibt es Zentren für seelische Gesundheit, zu denen alle Patienten direkten Zugang haben. Seit 1992 können die Patienten das Krankenhaus frei wählen, in dem sie aufgenommen werden wollen.

Die **zahnärztliche Versorgung** wird durch in privaten Praxen niedergelassene Zahnärzte vorgenommen. Die Vorsorge wird von den Bezirks-Gesundheitsämtern organisiert.

Dänemark verfügt über ein beachtenswertes Netz an Sozialversorgungsleistungen auf Gemeindeebene und investiert stark in die **Langzeitversorgung**, die überwiegend als häusliche Pflege institutionalisiert ist. Als Rechtsgrundlage für die Langzeitpflege wurde ein Gesetz zur häuslichen Unterbringung der Älteren verabschiedet, in dem der Langzeitpflege zuhause im Gegensatz zur stationären Versorgung Vorrang eingeräumt und ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit und Privatsphäre für die älteren Patienten betont wird. Einmalig in der EU ist insbesondere die Einrichtung eines 24-Stunden-Bereitschaftsdienstes für den dringenden Hilfsbedarf älterer Menschen (Dieses System wird jetzt jedoch auch im Vereinigten Königreich eingeführt.) (1998).

Die Gesamtzahl der **Ärzte** ist in den letzten Jahren beträchtlich gestiegen und belief sich 1994 auf 29,0 je 10.000 Einwohner {28,1}. Die meisten davon arbeiten als niedergelassene Allgemeinmediziner und viele von ihnen befinden sich noch in der Facharztausbildung. 1994 lag die Anzahl der Allgemeinmediziner und Fachärzte je Einwohner noch beträchtlich unter dem EU-Durchschnitt, das gilt noch stärker für in Dänemark arbeitende Fachärzte.

Auch die Anzahl des übrigen Gesundheitspersonal lag unter dem EU-Durchschnitt.

Tabelle 11: Gesundheitspersonal in Dänemark			
Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	29	28	1994
Allgemeinärzte	6	8	1994
Fachärzte	2	11	1994
Praktiz. Zahnärzte	5	6	1994
Pflegepersonal	67	70	1993
Apotheker	2	8	1994

## **AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN**

Das dänische Gesundheitssystem funktioniert offensichtlich und erfüllt die Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitswesen und an eine wirtschaftliche Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems. Lokale Initiativen werden in der gegenwärtigen dänischen Gesundheitsversorgung als wichtig angesehen, wobei die lokale Unterstützung und die öffentliche Zustimmung zu geplanten Änderungen wesentlich zu einer erfolgreichen Umsetzung beitragen. Einige der Initiativen, die zunächst auf lokaler Ebene begannen, sind wie z. B. der 24-Stunden-Bereitschaftsdienst für den dringenden Hilfsbedarf älterer Menschen mittlerweile im ganzen Land verbreitet.

Im dänischen Gesundheitssystem sind lediglich geringfügige Änderungen geplant, und einige der Vorhaben zielen auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung und die Krankheitsverhütung ab.

Parallel zu Initiativen in anderen EU-Mitgliedstaaten veröffentlichte die dänische staatliche Gesundheitsbehörde ein Programm zur Entwicklung von Praxisleitlinien auf der Grundlage systematischer Überblicke über die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen.

Die Anstrengungen zur Stabilisierung der Gesundheitsausgaben richten sich auf die Zuzahlung bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, die - abgesehen von den Zuzahlungen bei der zahnärztlichen Versorgung - immer noch unter dem EU-Standard liegen.





## FINNLAND

### ÜBERBLICK

Das Gesundheitswesen in Finnland ist ein staatlich geplantes System zur Gesundheitsversorgung, das weitgehend durch Steuern finanziert wird. Das System bietet einen umfassenden Versicherungsschutz für eine große Bandbreite an Gesundheitsleistungen.

Für Verwaltung, Management, Planung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung waren lange Zeit die 455 Städte und Gemeinden (mit durchschnittlich 11.000 Einwohnern) zuständig. Eine starke Einflußnahme auf die Planung der Gesundheitsversorgung geht insbesondere vom Ministerium für soziale Angelegenheiten und Gesundheit aus, das durch den Einsatz von staatlichen Subventionen Anreize ausübt. Die Reform der öffentlichen Subventionen von 1993 führte zu einem Rückgang der staatlichen Einflußnahme.

Das Gesetz zur medizinischen Grundversorgung von 1992 und ein gleichzeitig erstellter Nationalplan hatten die medizinische Grundversorgung und deren Umsetzung auf Ebene der Gemeinden zum Mittelpunkt. In einem Übereinkommen mit der Umweltgesundheitsorganisation erklärte sich Finnland 1982 bereit, als **erstes** Land eine Vorreiterrolle bei der Gesundheitsversorgung einzunehmen, da seine Anstrengungen zum Ausbau der Grundversorgung und der Vorsorgemaßnahmen durch ein System öffentlicher Gesundheitszentren großen Erfolg hatten, und über die Entwicklungen der finnischen Gesundheitspolitik auf internationaler Ebene zu berichten.

Der Gesundheitszustand ist bei der Gestaltung der Politik in Finnland von vorrangiger Bedeutung. Die Gesundheitsindikatoren bewegen sich im Bereich des EU-Durchschnitts, es besteht jedoch einige Besorgnis über die vergleichsweise geringe Lebenserwartung, die teilweise auf eine hohe vorzeitige Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen ist. Selbstmord ist ein sehr großes Problem, und soziale Indikatoren wie eine hohe Arbeitslosigkeit führten dazu, daß auf sektorübergreifende Anstrengungen ein größeres Gewicht gelegt wird.

Die Gesundheitsdienste erzielen offenbar bei allgemeiner Zufriedenheit der finnischen Bevölkerung gute Leistungen. 1993 ergaben Umfragen, daß 54,2 % der Bevölkerung sehr und zu 35,8 % ziemlich zufrieden mit dem Gesundheitssystem<sup>14</sup> waren. Der Anteil der befragten Einwohner, die mit dem Gesundheitssystem sehr zufrieden sind, ist der höchste in der EU.

Im letzten Jahrzehnt hat sich die Entscheidungsfindung in der finnischen Gesundheitspolitik von einer zentralistischen Form hin zu der Lokalebene verlagert, wobei die staatliche Einflußnahme kontinuierlich abnahm. Darüber hinaus erhielten verschiedene Modelle für einen regulierten Gesundheitsversorgungsmarkt politische Unterstützung.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

---

<sup>14</sup>) Vgl. Mossialos, 1997.

1997 hatte Finnland 5,1 Millionen Einwohner. 1994 waren davon 25,4 % unter 20 {24,6} und 15,4 % über 65 Jahre alt {14,6 %}. 5,8 % waren älter als 75, was unter dem EU-Durchschnitt ist {6,1 %}. Der Altersdurchschnitt der finnischen Bevölkerung steigt weniger schnell als in den übrigen nördlichen EU-Mitgliedstaaten.

1996 entsprach die Lebenserwartung für Frauen mit 80,5 Jahren in etwa dem EU-Durchschnitt {80,2} und lag mit 73,0 Jahren bei den Männern {73,9} darunter.

1992 lag die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** mit 8,3 je 1.000 Einwohner über dem EU-Durchschnitt {8,2}, jedoch betrug 1996 die **Säuglingssterblichkeit** 4,0 je 1.000 Geburten {5,7} und die **perinatale Sterblichkeitsrate** lag mit 5,1 je 1.000 Geburten im Jahre 1994 unter dem EU-Durchschnitt {7,9}.

Der **VPLJ** ist bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sehr hoch, das gilt insbesondere für Männer (Tabelle 2). Die Fälle von **AIDS**-Erkrankungen haben seit 1994 abgenommen und beliefen sich 1996 auf 4,5 Neuerkrankungen - die niedrigste Rate in der EU {42,7}.

Der **Tabakkonsum** liegt unter dem EU-Durchschnitt. 1992 waren 33 % der Männer {EU 37,4} und 20 % der Frauen {EU 25,1} über 15 Raucher.

Der **Alkoholkonsum** lag im Jahr 1992 mit 11,8 Litern etwas höher als der EU-Durchschnitt {10,4}.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Das Ministerium für soziale Angelegenheiten und Gesundheit ist für die Politik im Bereich der Sozial- und Gesundheitsversorgung zuständig und legt die nationalen Schwerpunkte fest. Das Ministerium beschließt die Leitlinien im Rahmen eines nationalen rotierenden Vierjahresplanes, plant die Reformen und überwacht deren Durchführung. Der Zentralrat für Soziale Sicherheit überwacht die Versorgung mit angemessenen Gesundheits- und Sozialdiensten von seiten der Gemeinden und leistet im Bedarfsfall Unterstützung. In der Praxis ist er jedoch bisher sehr wenig in Erscheinung getreten.

Seit dem Sommer 1997 ist Finnland in fünf Provinzen und das autonomen Gebiet der Åland-Inseln aufgeteilt.

Für die Bereitstellung der Versorgungsleistungen, die Verwaltung der Gesundheitsdienste und die Durchführung der gesundheitspolitischen Maßnahmen sind die 455 Gemeinden mit ihren gewählten Gemeinderäten verantwortlich. Die Räte haben die Befugnis, eine proportionale Einkommensteuer zu erheben, um die Gesundheitsversorgung zu finanzieren, zu der sie darüber hinaus noch staatliche Subventionen erhalten. Der Entscheidungsfindungsprozeß für die Gesundheits- und Sozialdienstplanungen ist nicht in allen Gemeinden gleich. Die allgemeine Tendenz besteht darin, die Befugnisse an untergeordnete Ebenen wie z.B. die Gesundheitsämter oder leitende Beamte zu delegieren.

Für die Planung der Gesundheitsdienste sind die Gesundheitsämter, die Gemeinderäte und die

Gemeindeverbände gemeinsam verantwortlich. In allen Gemeinden sind erfahrene Mitarbeiter der Gesundheitszentren auch an der aktiven Planung der Gesundheitsdienste beteiligt. In mehr als 25 % der Gemeinden werden die Sozialdienste und Gesundheitsämter nach der Zusammenlegung gemeinsam verwaltet.

Für die Planung und die Bereitstellung der sekundären und tertiären stationären Versorgung sind die Gemeinden in 21 Kreisen zuständig, wobei das Universitätskrankenhaus Helsinki eine eigene Einheit darstellt. In jedem Krankenhausdistrikt sind die Gemeinden zu einem Gemeindeverband zusammengeschlossen und betreiben ein gemeinsames Zentralkrankenhaus. In jedem Gemeindeverband gibt es einen von den Gemeinden ernannten Rat, ein Krankenhauskomitee, das vom Rat ernannt wurde, und eine Verwaltungsgremium, in dem je ein für den Krankenhausdistrikt, für den medizinischen und für den pflegerischen Bereich zuständiger Direktor vertreten sind.

Die Finanzierung und die Einnahmen aus bestimmten Versorgungsleistungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung verwaltet. Die Sozialversicherungsanstalt ist dem finnischen Reichstag unterstellt und erstattet den Versicherten zum Teil die Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel, private medizinische Versorgung, betriebsärztliche Versorgung usw.

## 2. Finanzierung

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung und der Sozialdienste erfolgt weitgehend aus öffentlichen Mitteln, wobei sich die Gemeinden mit durchschnittlich 33 % an der Gesamtfinanzierung beteiligen. Die Gemeinden erzielen ihre Steuereinnahmen durch einen festen Einkommenssteuersatz, der durchschnittlich 17 % beträgt, in den einzelnen Gemeinden jedoch unterschiedlich hoch ist. 29 % stammen aus staatlichen Subventionen aus dem allgemeine Steueraufkommen. Die Finanzierung aus den Krankenversicherungsbeiträgen beläuft sich auf 13 %, wobei der Rest durch private Quellen und den Eigenanteil der Patienten finanziert wird. Die Privatversicherung trägt lediglich 2 % zu der Gesamtfinanzierung bei.

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung setzen sich aus einem Festbetrag der Arbeitnehmer und einem festgelegten Prozentsatz der Arbeitsentgelte zusammen, die der Arbeitgeber zu zahlen hat. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden von der finnischen Bevölkerung zu gleichen Teilen getragen. Da die gesetzliche Krankenversicherung jedoch Leistungen anbietet, die von der Bevölkerung nicht zu gleichen Teilen in Anspruch genommen werden (z.B. private Versorgung), entwickelten sich Bedenken hinsichtlich der Gleichbehandlung. Von der Sozialversicherungsanstalt werden 50 % der den Eigenanteil übersteigenden Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel rückerstattet. Überschreitet die Summe der nicht erstatteten Kosten für Arzneimittel einen jährlichen Höchstbetrag, werden die darüber hinausgehenden Kosten vollständig zurückerstattet.

Die **Zuzahlungen** sind überwiegend für die zahnärztliche Versorgung und Arzneimitteln zu leisten, die Gemeinden können jetzt jedoch entscheiden, ob für eine bestimmte stationäre und ambulante Versorgung bzw. die Tagespflege Gebühren erhoben werden, über deren Höhe sie innerhalb eines gesetzlich festgelegten Rahmens bestimmen können. Der Anteil der Zuzahlungen bei der Finanzierung der gesamten Gesundheitsversorgung ist im letzten Jahrzehnt gestiegen.

Die **Allgemeinärzte** in Finnland, die in Gesundheitszentren arbeiten, beziehen entweder ein Gehalt oder ihre Leistungen werden durch eine Kombination aus Gehalt (60 %), Kopfpauschalen (20 %),

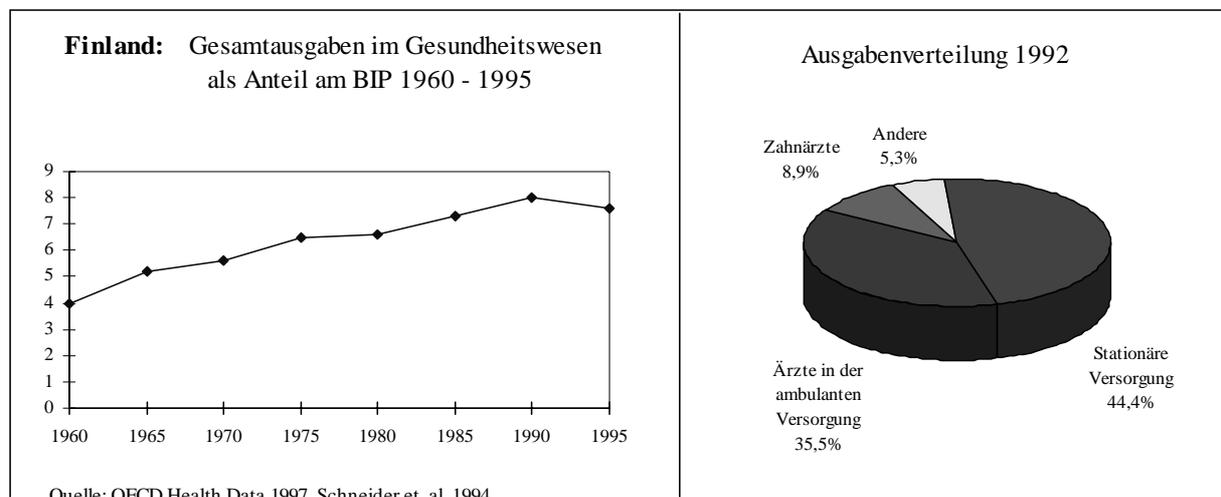
Einzelabrechnung (15 %) und einem Ortszuschlag (5 %) honoriert. Die Höhe des Honorars ist Verhandlungssache zwischen der Ärztereinigung und der Vereinigung der Gemeindeverbände.

Die Gemeinden eines Verbandes betreiben gemeinsam ein **Zentralkrankenhaus**. Es gibt deshalb eine gewisse örtliche Autonomie bei der Abrechnung der stationären Versorgung, die seit 1993 grundsätzlich nach Leistungsart erfolgt. Darüber hinaus sind die Krankenhausbezirke verpflichtet, einen Mechanismus zur Gleichbehandlung anzuwenden, wonach die Einwohner in einen Solidaritätsfonds für kostenintensive stationäre Versorgung für das Einzelfallrisiko einzahlen. Das Krankenhauspersonal ist angestellt.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Die Regierung in Helsinki übt eine starke Kontrolle über alle größeren Investitionen aus. Der Anteil der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung am BIP stieg von 3,9 % im Jahre 1960 auf 5,8 % im Jahre 1968 und blieb bis 1974 konstant. 1976 stieg der Anteil auf 6,7 % und blieb dann wieder bis in die frühen 80er Jahre unverändert. Von zunächst 7,4 % im Jahr 1989 stieg der Anteil auf 9,1 % im Jahre 1991, was in erster Linie auf eine deutliche Wirtschaftsrezession und einen Rückgang des BIP zurückzuführen ist.

Die finnische Wirtschaft erholt sich seit 1993 wieder, was zu einem kontinuierlichen Rückgang des Anteils am BIP, der für die Gesundheitsversorgung aufgebracht wird, auf 7,5 % im Jahr 1995 führte {7,7 %}. Das entspricht 1.445 ECU pro Kopf {1.413} (Abbildung 8).



Die Ausgaben der Gemeinden sind unterschiedlich hoch und sind Gegenstand genauerer Überprüfung.

1992 entfiel der größte Teil der Ausgaben (44,4 %) auf die Krankenhäuser. Die Ausgaben für die ambulante Versorgung betragen 34,5 % und für Arzneimittel 9,9 % (Abbildung 8).

Abbildung 8: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1960 - 1995; Ausgabenverteilung 1992

## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die medizinische **Grundversorgung** einschließlich **Gesundheitsschutz, Gesundheitsvorsorge** und die **zahnärztliche Behandlung** erfolgen weitgehend durch die 250 Gesundheitszentren (1995), die seit dem Gesetz zur medizinischen Grundversorgung von 1972 eingerichtet wurden. Die Gesundheitszentren stellen und verwalten den Großteil der ambulanten medizinischen Grundversorgung, der Gesundheitsvorsorge, der häuslichen Pflege und der betriebsärztlichen Versorgung, wobei letztere von Maßnahmen auf Arbeitgeberseite ergänzt werden. Ca. zwei Drittel der Konsultationen finden im Rahmen der Grundversorgung statt. Ungefähr die Hälfte der Bevölkerung ist bei einem Allgemeinarzt registriert. Jüngste Reformen zielen darauf ab, die Kontinuität in der Pflege, die Zufriedenheit von Patienten und Personal sowie die Produktivität in den Gesundheitszentren zu verbessern.

Die Bereitstellung der stationären Versorgung gehört zum Aufgabenbereich der Gemeinden. Jeder niedergelassene Arzt kann durch Überweisung die Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus veranlassen, deshalb erfüllt die gesetzliche Grundversorgung nicht die Funktion einer "Zulassungskontrolle".

1995 gab es insgesamt 416 Krankenhäuser, wobei zu den öffentlichen Akutkrankenhäusern fünf Universitätskliniken, 17 Zentralkrankenhäuser und 30 weniger spezialisierte Krankenhäuser gehörten. Lediglich einige davon stehen unter privater Leitung. 1995 gab es insgesamt - einschließlich Privatkliniken, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser für psychische Erkrankungen - 47.000 Krankenhausbetten (9 je 1.000 Einwohner), wovon 4,5 Akutbetten je 1.000 Einwohner waren {4,7}. Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung lag 1994 mit 5,5 Tagen je 1.000 Einwohner unter dem EU-Durchschnitt {7,6}. Die **Aufnahmerate in Akutkrankenhäusern** lag 1994 mit jährlich 19,8 Aufnahmen je 1.000 Einwohner über dem Durchschnitt.

Die **Langzeitpflege** wird überwiegend durch die stationären Einrichtungen der Gesundheitszentren durchgeführt, die von den Gemeinden und den Pflegeheimen der Sozialdienste betrieben werden. Andere Einrichtungen bieten häusliche Pflege und die Tagespflege an. Die häusliche Pflege wurde durch den nationalen Aktionsplan von 1991/2 gefördert.

Die Zahl der praktizierenden Ärzte belief sich 1994 auf 26,9 je 1.000 Einwohner {28,1}. Die Anzahl des Gesundheitspersonals ist im Vergleich zum EU-Durchschnitt relativ hoch.

Tabelle 12: Gesundheitspersonal in Finnland			
Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	27	28	1994
Allgemeinärzte	12	8	1994
Fachärzte	15	11	1994
Praktiz. Zahnärzte	9	6	1994
Pflegepersonal	200	70	1993
Apotheker	14	8	1994

## AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

1993 wurden mit der Reform der staatlichen Beihilfen die Finanzierung und die Organisation des Gesundheitswesens in Finnland neu strukturiert.

Hauptziel der Reform war es, die staatliche Einflußnahme auf die Verwaltung der Gesundheitsversorgung zu vermindern und die Bereiche Verwaltung, Management und Kostenkontrolle zunehmend auf die lokale Ebene zu verlagern. Der Grund dafür war in erster Linie nicht bei der Einführung einer Trennung zwischen Leistungsanbieter und Leistungserwerber zu suchen, sondern der Wunsch nach einer allgemeinen Dezentralisierung der Verwaltung. Die Gemeinden können nun freier über ihre Ressourcen verfügen, so daß den lokalen Bedürfnissen eher entsprochen wird. Sie können die Leistungserbringer einschließlich private Anbieter jetzt frei wählen. Bei der stationären Versorgung haben jedoch nach wie vor die Kreise das Monopol in der fachärztlichen stationären Versorgung.

Ihre Rolle ist im Rahmen des neu geplanten Marktes noch nicht genau definiert, der theoretisch einen Wettbewerb zwischen den Anbietern ermöglicht. Zudem verfügen die meisten Gemeinden nicht über genügend Verhandlungsgeschick.

Diskutiert wird derzeit die Vielschichtigkeit des öffentlichen Finanzierungssystems in der finnischen Gesundheitsversorgung, in dem es offenbar eine ineffiziente Versorgung, überlappende Kapazitäten und Wartelisten sowie eine Ungleichbehandlung der Bevölkerung gibt. Obwohl ein Versicherungsmodell nicht in Erwägung gezogen wird - da alle Hauptakteure (vielleicht mit Ausnahme der medizinischen Berufe) weiterhin ein überwiegend steuerfinanziertes System befürworten, - vertreten Fachleute zunehmend die Ansicht, daß die öffentliche Finanzierungsstruktur vereinfacht werden sollte.

Das finnische Gesundheitswesen befindet sich in einer Übergangsphase, und es stellt sich die Frage nach der Finanzierung und Organisation des Gesundheits- und Sozialdienstes. Eine wichtige Frage ist, wie ein tatsächlicher Wettbewerb unter den Leistungsanbietern gesteigert werden könnte und welche Anreize eingesetzt werden könnten, um die Wirtschaftlichkeit zu steigern.

Die Auswirkungen der Reduzierung der staatlichen Planung und die Einführung von Wettbewerbselementen bei den Gesundheitsleistungen müssen erst abgewartet werden, um das volle Ausmaß der jüngsten Veränderungen bewerten und die künftige Richtung der Gesundheitsversorgung in Finnland bestimmen zu können.





## FRANKREICH

### ÜBERBLICK

Der Aufbau des Gesundheitswesens in Frankreich ist sehr kompliziert; der private und der öffentliche Sektor sind sowohl an der Bereitstellung der Versorgungsleistungen als auch an deren Finanzierung beteiligt. Das System stützt sich auf eine gesetzliche Krankenversicherung, die weitgehend durch eine freiwillige Zusatzversicherung ergänzt wird.

Das System bietet einen nahezu umfassenden Versicherungsschutz. Eine große Vielfalt und ein nahezu unbegrenzter Umfang an Versorgungsleistungen sind sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung den Versicherten zugänglich, die den Anbieter frei wählen können. Das System hat sich für die Franzosen sehr zufriedenstellend entwickelt, die im Vergleich zu der übrigen EU hinsichtlich der Lebenserwartung und der Sterblichkeitsrate gut abschneiden. Im Gesundheitswesen gibt es jedoch auch einige Unzulänglichkeiten, so z.B. die AIDS-Rate und der hohe Alkohol- und Tabakkonsum. Anlaß zu Besorgnis gibt der größer werdende Unterschied in der Mortalität zwischen den sozioökonomischen Schichten in Frankreich.

Steigende Ausgaben und sich daraus ergebende Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung sind gemeinsam mit einer Verlangsamung des Wirtschaftswachstums, steigender Arbeitslosigkeit und einem zunehmenden Altersdurchschnitt der Bevölkerung die größten Probleme. Das System gehört zu den kostenintensivsten in Europa. Maßnahmen zur Kostendämpfung, die auf eine Beschränkung des Angebots und eine Verringerung des Versicherungsschutzes abzielen, wurden durch Ablehnung in der Öffentlichkeit und den hartnäckigen Widerstand der medizinischen Berufe verhindert, die in der Tradition stehen, die den medizinischen Beruf unabhängig und unter sehr liberalen Bedingungen ausüben zu können.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1997 hatte Frankreich 58,5 Millionen Einwohner, und die Verteilung der Altersgruppen entspricht weitgehend dem EU-Durchschnitt. In der Gesamtbevölkerung sind 26 % jünger als 20 {24,6 %} und 15,4 % älter als 65 Jahre {15 %}. Der Anteil der über 75jährigen ist mit 6,6 % relativ hoch {6,1 %}, er wird für das Jahr 2020 auf 8,2 % prognostiziert, was unter dem erwarteten EU-Durchschnitt sein wird {8,9}.

Nahezu 75 % der Bevölkerung Frankreichs leben in einigen wenigen städtischen Bereichen konzentriert. Die Großstadt Paris hat 9 Millionen Einwohner. Andere Großstädte wie Lille, Lyon und Marseille haben eine Million Einwohner oder mehr.

Der Gesundheitszustand der Franzosen ist nach EU-Standard recht zufriedenstellend. Die **Lebenserwartung** bei der Geburt zeigte in den letzten Jahrzehnten für beide Geschlechter einen deutlichen Aufwärtstrend. 1996 betrug die Lebenserwartung für Männer 74,1 {73,9} und 82,0 Jahre für Frauen {80,2} und ist somit die höchste in der EU. Der Unterschied in der Lebenserwartung von Frauen und Männern ist auch der höchste in der Europäischen Union.

1992 verfügte Frankreich mit 6,7 je 1.000 Einwohner über die niedrigste **altersstandardisierte**

**Mortalitätsrate** {7,8}. Die Säuglingssterblichkeit ist ebenfalls sehr niedrig, sie ist mittlerweile auf 4,9 je 1.000 Lebendgeborene gesunken {5,4}, nach 27,4 im Jahre 1960!. Dieser Rückgang war überwiegend bei der **perinatalen Sterblichkeit** festzustellen, die 1995 bei 7,4 je 1.000 Lebend- und Totgeborene lag {7,5}.

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind die Haupttodesursachen in Frankreich, sie sind Ursache für 33,5 % bzw. 27,3 % aller Todesfälle. Die männliche Sterblichkeit ist besonders hoch an Krebserkrankungen, die die Haupttodesursache bei Männern sind. Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die Haupttodesursache bei den Französisinnen. Die Sterbefälle aufgrund äußerer Ursachen wie Verletzungen oder Vergiftungen beliefen sich 1990 auf 20 je 100.000 Einwohner und waren damit weit unter dem EU-Durchschnitt {27,3}.

Der geschätzte **VPLJ** je 100.000 Einwohner waren 1993 bei den Haupterkrankungen im Vergleich zum EU-Durchschnitt recht niedrig (Tabelle 2).

Die Zahl der **AIDS**-Erkrankungen war 1994 trotz eines beachtlichen Rückgangs hoch, so daß Frankreich mit 72 Neuerkrankungen auf 1 Million Einwohner 1996 in der EU an dritter Stelle lag {42,7}.

Die Häufigkeit der **Zahnerkrankungen** lag 1993 bei 2,1 {1,9} und ist ebenso wie der EU-Durchschnitt gesunken.

Der **Alkohol- und Tabakkonsum** ist in Frankreich hoch, was erstaunlich ist, wenn man die relativ geringe Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen bedenkt, die auf Alkohol- und Tabakgenuß zurückzuführen sind.

38 % aller Männer {37,1} und 20 % aller Frauen {25,1} über 15 rauchten 1992 mindestens 20 Zigaretten am Tag.

Der Alkoholkonsum lag 1992 mit 15,7 Litern weit über dem EU-Durchschnitt {11,2}. Nach neuesten Angaben trinken 63 % der Männer und 30 % der Frauen das Äquivalent von einem Glas Alkohol am Tag.

Die sozialen Unausgewogenheiten sind in Frankreich sehr deutlich. Das Risiko eines vorzeitigen Todes ist für sozial Benachteiligte und Arbeiter größer.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Das französische Gesundheitssystem steht unter der strengen Kontrolle der Regierung, die die Hauptverantwortung für den Schutz aller Bürger trägt, gesundheitspolitische Entscheidungen fällt, den sozialen Schutz gewährleistet, die Beziehungen zwischen den Versorgungsträgern kontrolliert, gesetzgeberische Autorität über das öffentliche Krankenhaussystem ausübt und die Ausbildung des Gesundheitspersonals organisiert. Das Ministerium für Arbeit und soziale Angelegenheiten und das Gesundheitsministerium sind federführend bei gesundheitspolitischen Entscheidungen auf nationaler Ebene und erhalten Unterstützung durch nachgeordnete Behörden wie die Französische

Drogenbehörde und die Französische Blutagentur. Die Hohe Kommission für öffentliche Gesundheit unter Vorsitz des Gesundheitsministers legt die Zielsetzungen in der Gesundheitspolitik fest. ANAES, die nationale Agentur für die Zulassung der Krankenhäuser und Entwicklung der medizinischen Evaluierung befaßt sich mit der Auswertung medizinischer Verfahren und der Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung.

Auf regionaler Ebene gibt es 22 Regionaldirektionen für Gesundheits- und Sozialangelegenheiten (DRASS), die vor allem für die Planung der Gesundheits- und Sozialversorgung durch jährliche Haushaltskontrollen und die Überwachung der Gesundheitsversorgungspläne zuständig sind, auf denen die Anzahl der Krankenhausbetten nach Fachbereichen und geographischer Lage verzeichnet ist und anhand derer die Aufteilung hochwertiger Medizintechnologie erfolgt. Die DRASS kontrolliert zudem die stationären Einrichtungen und die regionalen Krankenversicherungen.

Das gesetzliche Krankenversicherungssystem gewährleistet den allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung und ist eine der Sozialversicherung zugeordnete Pflichtversicherung. Es untersteht dem Ministerium für Arbeit und soziale Angelegenheiten, und in ihm sind 99 % der Bevölkerung versichert. Es findet seine Ausformung durch verschiedene berufsständische Krankenkassen. Bei der größten zu diesem System gehörenden Krankenkasse sind ca. 80 % der Bevölkerung als abhängig Beschäftigte im Handels- und Industriesektor oder deren Familienangehörige versichert. Die übrige Bevölkerung ist über Krankenkassen für die Landwirtschaft, für Selbständige und spezifische Gruppen wie z.B. Beschäftigte im öffentlichen Dienst, Ärzte oder Studenten versichert. Die sozial Benachteiligten können medizinische Versorgung beantragen, die von den verschiedenen gemeinnützigen Organisationen bereitgestellt wird. Der Versicherungsschutz durch die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht umfassend, und ca. 87 % der Bevölkerung verfügen entweder über eine freiwillige Zusatzversicherung bei den Ersatzkassen oder eine private Krankenversicherung. In erster Linie soll damit der große Kostenanteil abgedeckt werden, der den Patienten nach Begleichung des Honorars von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstattet wird.

Die verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen bieten nahezu gleiche Leistungen an und bieten Versicherungsschutz für ein großes Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Versorgungsleistungen in der ambulanten und stationären Versorgung an. Damit die diagnostischen und therapeutischen Versorgungsleistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden können, müssen diese offiziell verzeichnet sein und von einem Arzt durchgeführt oder verordnet werden.

## **2. Tabulator Finanzierung**

Die gesetzliche Krankenversicherung wird vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer anteilig finanziert, d.h. 12,8 % des Bruttoeinkommens werden vom Arbeitgeber und 6,8 % vom Arbeitnehmer entrichtet (1994). Rentner zahlen einen geringeren Beitrag.

Derzeit kommt die gesetzliche Krankenversicherung für nahezu 74 % der gesamten Gesundheitsausgaben auf. In letzter Zeit hat dieser Anteil abnehmende Tendenz. Ersatzkassen decken ca. 6,8 % und die privaten Krankenkassen 5 % der Gesundheitsausgaben. Weniger als 3 % stammen aus dem allgemeinen Steueraufkommen und der Rest, mehr als 13 %, wird durch den Eigenanteil der Patienten getragen. Die Höhe der Zuzahlungen, die 25 Jahre unverändert blieb, wurde in jüngster Zeit in Frankreich ein Instrument zur Kostendämpfung.

Die Vergütung der in den privaten Praxen und privaten Krankenhäusern erbrachten Versorgungsleistungen erfolgt überwiegend durch die gesetzliche Krankenversicherung. Der Staat bestimmt die Höhe der Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser.

Seit 1985 werden die **öffentlichen Krankenhäuser** und Privatkliniken, die Verträge mit der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen haben, im Rahmen eines Gesamthaushaltes finanziert, der sich an den Vorjahresausgaben orientiert. Die Finanzierung erfolgt durch eine Erstattung der Tagessätze, es gibt jedoch auch Versuche, das Konzept der Diagnosefallgruppen auf das französische System anzuwenden. Die Finanzierung wird durch die regionalen Gesundheitspläne gesteuert. Das gesamte Personal in öffentlichen Krankenhäusern ist angestellt. Das Personal in den Privatkliniken wird normalerweise nach Einzelleistungen bezahlt.

Die Leistungen der gewinnorientierten **Privatkliniken** werden durch eine Kombination aus Tagessätzen und Einzelleistungen innerhalb eines allgemeinen Kostenrahmens bezahlt.

Die Leistungen der Ärzte in der **ambulanten Versorgung** (la médecine libérale) im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (Sektor 1-Ärzte) werden nach den in der Gebührenordnung festgelegten Sätzen honoriert. Die Gebührenordnung besteht aus zwei Teilen, einmal einer häufig überarbeiteten Bezugsliste für medizinische Behandlungen und zweitens den tatsächlichen Gebühren für jede Behandlung, die jährlich zwischen den Vertretern der Ärzteschaft, der Krankenkassen und der Regierung verhandelt werden.

Eine zweite Gruppe von Ärzten (Sektor 2-Ärzte) ist nicht an die Gebührensätze gebunden. Diese Ärzte können ihre eigenen Gebühren festlegen, die die offiziellen Sätze durchschnittlich um bis zu 50 % übersteigen können, wobei dieses Zusatzhonorar vom Patienten zu tragen ist.

Die Aufteilung des Grundversorgungssektors in Frankreich hat zu größerer Besorgnis hinsichtlich der Gleichbehandlung bei der Finanzierung und dem Zugang zur Versorgung geführt.

Bei der Liste der erstattungsfähigen **Arzneimittel** werden die Preise und die Höhe der Kostenerstattung durch Ministerialerlaß festgelegt. Die Kosten der freiverkäuflichen Arzneimittel, deren Kosten von den Krankenkassen nicht rückerstattet werden, sind nicht festgelegt. Die Zuzahlungen der Patienten betragen ca. 20 %, obwohl sie zwischen 0 % für notwendige Arzneimittel und bis zu 65 % für sogenannte Komfort-Medikamente schwanken. Es gibt in Frankreich keine Höchstgrenze für das Budget für Arzneimittelausgaben und keine Begrenzung bei den Rezepten.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Die Gesundheitsausgaben sind in Frankreich rascher gestiegen als das Wirtschaftswachstum. Zwischen 1965 und 1995 stiegen die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung von 5,2 % auf 9,9 % des BIP und gehören somit zu den höchsten in der EU {10,7 %}, was 2.000 ECU pro Kopf entspricht {1.413 ECU}. In den letzten 20 Jahren gab es eine Reihe von kurzfristigen politischen Initiativen zur Kostendämpfung, die meistens durch Anstrengungen zur Erhöhung der Einnahmen oder zur Senkung der Ausgaben durch die nationale Krankenversicherung gekennzeichnet waren. Trotz einiger kurzzeitiger Auswirkungen wie die Einführung eines Budgets im Bereich der öffentlichen Krankenhäuser im Jahre 1985 führte keiner der ministeriellen Pläne zu einer langfristigen Ausgabenstabilität.

Abbildung 9 zeigt die Verteilung der Ausgaben, an denen die stationäre Versorgung 1995 den größten Anteil hatte, gefolgt von der Grundversorgung.

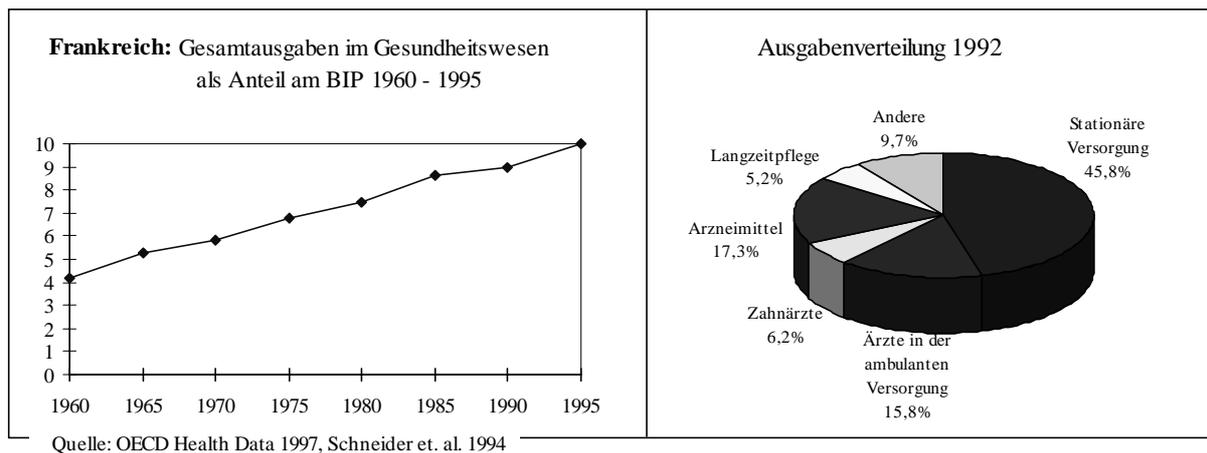


Abbildung 9: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1960 - 1995; Ausgabenverteilung 1992

## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

In Frankreich gibt es die freie Wahl für eine Vielzahl von Versorgungsleistungen in der medizinischen Grund- und Sekundärversorgung. Es gibt keine Beschränkung der freien Wahl auf Seiten der Ärzte oder der Patienten und auch keine "Zugangskontrolle" durch den Allgemeinarzt zur stationären Versorgung.

Die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung ist sehr stark konzentriert bei einer kleinen Personengruppe, und zwar wird ein hohes Maß an medizinischer Versorgung in dem ersten und nach dem fünfzigsten Lebensjahr in Anspruch genommen. Darüber hinaus gibt es bei der Inanspruchnahme große Unterschiede zwischen den verschiedenen sozialen Schichten.

In Frankreich hat der öffentliche Sektor bei der **stationären Versorgung** eine vorherrschende Rolle. Es lassen sich drei Arten von Trägerschaften unterscheiden, und zwar öffentliche Krankenhäuser, private gewinnorientierte und private gemeinnützige Einrichtungen.

Die öffentlichen Krankenhäuser sind in der Regel größer als die Privatkliniken. Sie sind im allgemeinen gut ausgerüstet und bieten Einrichtungen für Forschung und Ausbildung der Medizinstudenten und des Gesundheitspersonals. Die Verwaltung der öffentlichen Krankenhäuser wurde 1991 durch das Krankenhausgesetz gestärkt. Die öffentlichen Krankenhäuser stellen nahezu zwei Drittel aller Krankenhausbetten. Etwas mehr als die Hälfte der Betten im Privatsektor befinden sich in gewinnorientierten Krankenhäusern, die übrigen in privaten gemeinnützigen

Krankenhäusern.

1994 gab es in Frankreich 9 **Krankenhausbetten** je 1.000 Einwohner {7,3}, wobei ein leichter Rückgang der Bettenzahl in der stationären und der Akutversorgung und - wie in vielen anderen europäischen Mitgliedsländern - eine deutliche Zunahme der Betten in Langzeit-Pflegeheimen zu verzeichnen war. Seit 1993 hat Frankreich die Abschaffung von 2.000 Krankenhausbetten beschlossen, es ist jedoch noch nicht gelungen, den starken Widerstand in der Öffentlichkeit zu überwinden.

Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung ist drastisch von 12 Tagen im Jahr 1975 auf 5,9 Tage gesunken und liegt jetzt weit unter dem EU-Durchschnitt {7,6}. Die Aufnahmeleistungen sind zwischen 1980 und 1994 von 17,5 auf 20,3 Aufnahmen je Jahr und 1.000 Einwohner gestiegen.

Das Gesundheitspersonal und die einschlägigen Einrichtungen und Organisationen für die **ambulante Versorgung** gehören in Frankreich überwiegend dem Privatsektor an. Die ambulante Versorgung wird von Allgemeinärzten und Fachärzten und auch von den ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser durchgeführt. Der Wettbewerb zwischen den Allgemeinärzten untereinander und den Allgemeinärzten und den Fachärzten ist offenbar sehr stark. Die Fachärzte scheinen sich jedoch zunehmend auf den Einsatz modernster Diagnosetechniken zu spezialisieren, während in der Allgemeinmedizin die Versorgung der älteren Bürger in den Mittelpunkt rückt.

Die **Sprechstundenbesuche** sind in Frankreich sehr häufig. Durchschnittlich wird von den Patienten in der ambulanten Versorgung im Jahr 6,3mal ein Arzt {4,8} und 1,1mal ein Zahnarzt aufgesucht.

Es gibt zudem ca. 1.000 Gesundheitszentren in den Kommunen, wo angestellte Ärzte die Grundversorgung und die Gesundheitsvorsorge durchführen. Diese Gesundheitszentren befinden sich überwiegend in städtischen Gebieten, sie werden von den Gemeinden, den Ersatzkassen und anderen Gruppen betrieben und spielen eine wichtige Rolle bei der Versorgung der sozial Benachteiligten.

1994 lag die Anzahl der **praktizierenden Ärzte** bei 29 je 10.000 Einwohner und somit etwas über dem EU-Durchschnitt {28}, wobei die Zahl der **Fachärzte** und der **Allgemeinärzte** nahezu gleich hoch war. Die Mehrheit der praktizierenden Ärzte ist in den französischen Großstädten konzentriert und arbeitet im wesentlichen in eigener Niederlassung. Der Anteil der Ärzte am gesamten Gesundheitspersonal (9,5 % im Jahr 1992) liegt deutlich unter dem EU-Durchschnitt {15}. Es gibt einen recht großen Mangel an Krankenschwestern. Der Beruf der Krankenschwester ist in Frankreich nicht sehr angesehen.

Tabelle 13: Gesundheitspersonal in Frankreich (auf- bzw. abgerundet)			
Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr

Praktizierende Ärzte	29	28	1994
Allgemeinärzte	14	8	1994
Fachärzte	14	11	1994
Praktiz. Zahnärzte	7	6	1993
Pflegepersonal	57	70	1993
Apotheker	10	8	1994

### AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Ein wichtiges Thema ist in Frankreich die Stabilität der Sozialversicherung, die einen großen Rückgang der Beiträge aufgrund des geringen Wirtschaftswachstums und der Zunahme der Arbeitslosigkeit zu verzeichnen hatte. Die Sicherstellung eines Gleichgewichts zwischen den verschiedenen Krankenversicherungssystemen bleibt in Frankreich von vorrangiger Bedeutung. Die ergriffenen Maßnahmen gehen in Richtung auf eine Einschränkung der Gesundheitsversorgung in den Gesundheitsversorgungsplänen und eine Kontrolle der Verbreitung der hochentwickelten Technologie. Das System hat auch versucht, die Anzahl der niedergelassenen Ärzte durch Zulassungsbeschränkungen der medizinischen Hochschulen und eine Erhöhung der Selbstbeteiligung der Patienten zu reduzieren. Es muß sich jedoch noch herausstellen, ob diese Maßnahmen dazu geeignet sind, die inflationäre Dynamik des französischen Gesundheitssystems zu durchbrechen.

Die Einführung der zentralen Haushaltsplanung für öffentliche Krankenhäuser führte in diesem Ausgabenbereich offenbar zu Teilerfolgen. Die Regierung beabsichtigt, die Ausgaben für die Grundversorgung zu kontrollieren, die große Widerstände in der Öffentlichkeit und bei den niedergelassenen Ärzten hervorrief.

Es ist geplant, die Ausgaben in der ambulanten Versorgung durch nationale Zielvorgaben mit kollektiven und individuellen Sanktionen für deren Überschreitung und durch eine Anbindung der Ärztehonorare an die Zahl der Verordnungen und die allgemeinen Ausgaben zu senken.

Ein weiteres Thema im französischen Gesundheitswesen sind die medizinischen Leitlinien und Referenzen, medizinische Dossiers und die Entwicklung computergestützter Managementinstrumente.

ANAES ist eine funktionierende Einrichtung zur Entwicklung von Qualitätssicherungsprogrammen und Evaluierung der medizinischen Technologie in Frankreich.

Die Einführung von Patientendateien soll die Konsultation mehrerer Allgemeinärzte beschränken und somit überflüssige Verordnungen vermeiden.

Einerseits wurden in letzter Zeit in Frankreich z.B. die Versorgung in Altenheimen, die teilstationäre Versorgung und die ambulanten Operationen zunehmend eine Alternative zur stationären Versorgung, andererseits gibt es jedoch immer noch einen großen Engpaß in der Langzeitversorgung, die mit dem zunehmenden Bedarf der älter werdenden Bevölkerung nicht Schritt hält und somit zu einer großen finanziellen Belastung führt.



## DEUTSCHLAND

### ÜBERBLICK

Von 1945 bis 1990 hatte jeder Teil des getrennten Deutschlands sein eigenes Gesundheitswesen. In der Bundesrepublik Deutschland waren die Finanzierung und die Organisation des Gesundheitswesens durch die liberale Demokratie geprägt. Planwirtschaftliche Kontrolle bestimmte das Gesundheitswesen in der ehemaligen DDR.

Seit der Wiedervereinigung im Jahr 1990 wurde das in den neuen Bundesländern (der ehemaligen DDR) bestehende Gesundheitssystem radikalen Reformen unterzogen, um es den organisatorischen und finanziellen Strukturen der alten Bundesländer (BRD) anzugleichen. Das ist jetzt (1998) nahezu gelungen. Der Gesundheitszustand 45 Jahre nach der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Teilung einer ansonsten homogenen Bevölkerung bietet interessante Analysemöglichkeiten. Die meisten Gesundheitsindikatoren in den neuen Bundesländern sind immer noch unter dem Niveau der alten Bundesländer.

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein Modellsystem für die gesetzliche Sozialversicherung. Seit das System 1883 von Bismarck gegründet wurde, gab es keine grundlegenden strukturellen Veränderungen, obwohl es stark ausgebaut und bedeutenden Reformen unterzogen wurde.

Mit diesem System ist es gelungen, einen umfassenden Versicherungsschutz und einen gleichen Zugang zu einer Vielzahl fortschrittlicher medizinischer Versorgungsleistungen zu gewähren. Die Mehrheit der deutschen Bürger ist offenbar mit dem Gesundheitssystem entweder sehr oder ziemlich zufrieden (Umfrage in der Europäischen Union<sup>15</sup>).

Die Gründe für den Erfolg wurden dem hohen Maß an dezentralisierter Entscheidungsfindung und dem effektiven Verhandlungssystem zwischen den Leistungsanbietern und den Leistungserwerbern auf Bund-, Länder- und Gemeindeebene zugeschrieben.

Dieses System hat jedoch mit einigen schwerwiegenden Problemen zu kämpfen. Ein zunehmender Altersdurchschnitt der Bevölkerung gefährdet die Stabilität der einkommensbezogenen Finanzierung, auf der die Sozialversicherung basiert. In Anbetracht des Wachstums und der Höhe der Gesundheitsausgaben pro Kopf und auch als Anteil am BIP gehört das deutsche Gesundheitssystem zu den teuersten in der EU. Das zeigt sich in einem hohen Niveau der Gesundheitsressourcen, die in dem Bestreben nach Kostenstabilisierung und neuer Wirtschaftlichkeit evaluiert werden müssen und somit eine weitere Gesundheitsreform erfordern.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1997 gab es in Deutschland 82 Millionen Einwohner. Der Anteil der Jugendlichen unter 20 Jahren ist mit 21,6 % für europäische Verhältnisse relativ niedrig {24,6 %}. Dagegen sind 15,3 % der Bevölkerung älter als 65 Jahre, was ein vergleichsweise hoher Anteil ist {15 %}. 6,2 % sind älter

---

<sup>15</sup>) Vgl. Mossialos, 1997.

als 75 Jahre {6,1 %}, und man geht davon aus, daß dieser Anteil im Jahre 2020 bei 10,6 % liegen {8,9 %} und sich bis zum Jahre 2030 stabilisiert haben wird.

Die **Lebenserwartung** hat sich in den alten und in den neuen Bundesländern unterschiedlich entwickelt, sie stieg in der ehemaligen DDR zunächst schneller, stagnierte jedoch mehr oder weniger in den 70er und 80er Jahren, während sie sich der BRD weiterhin verbesserte<sup>16</sup>. Die Kluft zwischen Osten und Westen bei der Lebenserwartung wurde für beide Geschlechter zwischen 1980 und 1990 größer. 1993 betrug die Lebenserwartung der Männer 73,4 Jahre in den alten und lediglich 70,3 Jahre in den neuen Bundesländern. Die Lebenserwartung der Frauen belief sich auf 79,7 in den alten und 77,7 in den neuen Bundesländern. Hauptursache für diesen Unterschied in der Lebenserwartung sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die auf eine unterschiedliche Ernährung, bessere Lebensbedingungen, Unterschiede im Zugang zu modernster medizinischer Technologie und einer auf allen Ebenen besseren Gesundheitsversorgung in den alten Bundesländern<sup>17</sup> zurückzuführen sind.

Nach der Wiedervereinigung lag die **Lebenserwartung** bei der Geburt im Jahre 1995 noch leicht unter dem EU-Durchschnitt, sie betrug 73,6 bei den Männern {73,9} und 79,9 bei den Frauen {80,2}. Die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** lag 1993 bei 9,0 je 1.000 Einwohner und somit über dem EU-Durchschnitt {8,2}. Die **Säuglingssterblichkeit** war im Vergleich zum EU-Durchschnitt mit 5,0 je 1.000 Lebendgeborene vergleichsweise niedrig {5,4}. 1994 betrug die **perinatale Sterblichkeit** 6,9 je 1.000 Lebend- und Totgeborene {7,5}.

Die **Sterblichkeit** an Erkrankungen des Gefäßsystems sowie durch Selbstmord und Selbstbeschädigung lag über dem EU-Durchschnitt. In der Altersgruppe der 30- bis 59jährigen<sup>18</sup> ist die Sterblichkeitsrate bei den niedrigen Einkommensgruppen mehr als doppelt so hoch als bei den höchsten Einkommensgruppen.

Die **AIDS-Rate** ist seit den frühen 90er Jahren unverändert und gehörte 1996 mit 18,4 Neuerkrankungen je 1 Million Einwohner zu den niedrigsten in der EU {42,7}.

Andererseits stellen die **Zahnerkrankungen** in Deutschland weiterhin ein Problem dar, denn hier wird bei den 12jährigen eine der höchsten Raten von allen EU-Mitgliedstaaten an kariösen, fehlenden und Zähnen mit Füllungen (4,1 DMFT für 12jährige {3,1}) gemeldet.

Der **Tabakkonsum** entsprach 1992 mit 36,8 % an männlichen Rauchern über 18 in etwa dem EU-Durchschnitt {37,4}, lag jedoch bei den Frauen unter dem EU-Durchschnitt (1992 rauchten 21,5 % {25,1}).

Der **Alkoholkonsum** lag 1991 mit 14,2 Litern erheblich über dem EU-Durchschnitt {11,2}.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

---

<sup>16</sup>) Vgl. Busse und Schwartz, 1997.

<sup>17</sup>) Vgl. McKee et al., 1996.

<sup>18</sup>) Vgl. Mielke, 1994.

## 1. Struktur des Systems

Die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland basiert auf den traditionellen Grundsätzen der sozialen Solidarität, der Dezentralisierung und der Selbstregulierung. Die Rolle der Bundesregierung ist darauf beschränkt, den gesetzlichen Rahmen für die Gesundheitsversorgung zu liefern, während ein großer Teil der exekutiven Verantwortung bei den einzelnen Bundesländern liegt. Das Bundesministerium für Gesundheit ist federführend auf Bundesebene und wird zur wissenschaftlichen Beratung von den nachgeordneten Behörden unterstützt. Der Sachverständigenrat für konzertierte Aktion im Gesundheitswesen berät die in medizinischen und gesundheitsökonomischen Angelegenheiten.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind nahezu 88 % der deutschen Bevölkerung versichert. Alle Arbeitnehmer, deren Einkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt, sind in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, die Arbeitslosen werden durch den Staat versichert. 1997 waren in den ca. 600 Krankenkassen, deren Anzahl seit den frühen 90er Jahren durch Zusammenschlüsse konstant gesunken ist, 75 % der Bevölkerung pflicht- und 13 % freiwillig versichert. Weitere 10 % der Deutschen sind - entweder als öffentliche Bedienstete oder Vielverdiener - durch den Staat und/oder bei einer der rund 45 privaten Krankenversicherungen versichert. Weniger als 0,5 % der Bevölkerung ist nicht versichert. Die Krankenkassen sind traditionell regionalen, beruflichen und betrieblichen Gesichtspunkten organisiert. Seit 1996 können fast alle Arbeitnehmer ihre Krankenkasse frei wählen.

Das Leistungspaket der Sozialversicherung wird auf Bundesebene gesetzlich geregelt. Es umfaßt Sachleistungen der Krankheitsverhütung, der Gesundheitsvorsorge, der Krankheitsbehandlung (ambulant, zahnärztlich, stationär sowie mit Arznei- und Hilfsmitteln), der Rehabilitation und des Krankentransportes sowie Geldleistungen bei Krankheit.

## 2. Finanzierung

Ca. 60 % der Finanzierung erfolgt durch die Pflicht- und freiwilligen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, ca. 21 % stammen aus dem allgemeinen Steueraufkommen, durch die Privatversicherung werden ca. 7 % getragen und die restlichen 11 % sind durch den Eigenanteil der Patienten gedeckt.

Das Arbeitsentgelt ist Berechnungsgrundlage für die Krankenkassenbeiträge, die je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer gezahlt werden. Allerdings ist der Beitragssatz der einzelnen Krankenkassen unterschiedlich hoch und hängt von den Tätigkeitsmerkmalen und somit der Risikostruktur ihrer Kassenmitglieder, d.h. den verschiedenen Gesundheitsrisiken der Versicherten ab - z.B. als Ergebnis des Alters- und Geschlechtsprofils. Das führte 1994 zur Einführung eines finanziellen Ausgleichssystems zwischen den Krankenkassen. Der Mechanismus des Risikostrukturausgleichs sorgt für einen finanziellen Ausgleich zwischen den Krankenkassen. Die Zahlungen in und aus diesem Pool sind auf eine komplizierte Berechnung gestützt, die in erster Linie vom durchschnittlichen Einkommen der Mitglieder einerseits und von den durchschnittlichen Ausgaben nach Alter, Geschlecht und Berufsfähigkeit sowie geographischen Faktoren andererseits abhängt. Der durchschnittliche Beitragssatz betrug 1997 13,5 % des Bruttoeinkommens.

Im deutschen System herrscht eine strenge Trennung zwischen den Leistungserwerbern (Krankenkassen) und den Leistungsanbietern. Die Honorierung der Leistungen stützt sich auf eine

stark dezentralisierte Verhandlungsstruktur zwischen den wichtigsten Institutionen des Gesundheitswesens.

Die öffentlichen und privaten **Krankenhäuser** werden von den Bundesländern in Krankenhausplänen erfaßt und durch ein duales System finanziert, wobei die Deckung der Kapitalkosten von den Bundesländern und die Zahlung der Betriebskosten durch die Krankenkassen übernommen wird. Seit 1996 werden die Betriebskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage einer Mischsystems finanziert, das aus Fallpauschalen für bestimmte Diagnose-Therapie-Kombinationen (entsprechend den Diagnosefallgruppen), Sonderentgelten für bestimmte Eingriffe sowie Tagespflegesätzen für die jeweiligen Fachabteilung besteht. Das neue Abrechnungssystem ersetzt eine Regelung, nach der die Krankenhausleistungen auf der Grundlage von tagesgleichen Pflegesätzen ungeachtet des tatsächlichen Aufwands finanziert wurden, so daß kein Anreiz bestand, die durchschnittliche Verweildauer in den Akutkrankenhäusern zu verkürzen. Die Kosten der stationären Versorgung für Privatversicherte werden gemäß einer gesonderten Gebührenordnung rückerstattet. Die Zuzahlungen zur stationären Versorgung wurden in den letzten Jahren stufenweise erhöht. Seitdem der Grundsatz der vollen Kostendeckung abgeschafft wurde, können die Krankenhäuser Gewinne und Verluste ausweisen.

Die Kosten für die **ambulante Versorgung** werden auf der Grundlage eines formal komplizierten Verhandlungsprozesses zwischen den Vertretern der Krankenkassen und der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Um Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln zu können, müssen die Ärzte der jeweiligen Vereinigung angehören.

Das Abrechnungssystem für die ambulante Versorgung durch Allgemeinärzte, Fachärzte und Zahnärzte besteht in der **Einzelleistungsvergütung**. Es gibt eine bundesweite Gebührenordnung mit einheitlichen Punktzahlen zur Berechnung der Gebühren. Der aktuelle Geldwert der einzelnen Leistungen ergibt sich jeweils aus der regional verhandelten Gesamtsumme und der Anzahl der in der Region erbrachten Leistungen. Die Versicherten haben für die Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung keine Zuzahlungen zu leisten. Hingegen beträgt der Eigenanteil bei der **zahnärztlichen Versorgung** im Bereich der Prothetik bis zu 100 %.

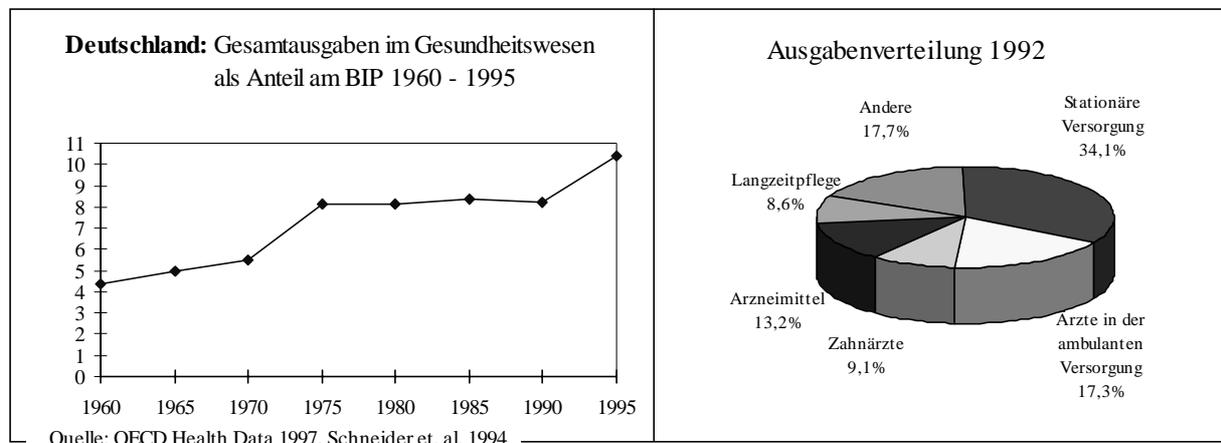
Für **Arzneimittel** gibt es in Deutschland Einheitspreise für die Abgabe in Apotheken. Die maximale Kostenübernahme durch die Krankenkassen wird durch Festpreise begrenzt. Es steht dem Arzt frei, teurere Produkte zu verschreiben, der Patient muß jedoch die zusätzlichen Kosten tragen, wenn der Preis des verschriebenen Medikaments den jeweiligen Referenzpreis übersteigt. Das Budget für pharmazeutische und ambulante Ausgaben wurde 1997 abgeschafft. Der Zuzahlungssatz für Arzneimittel ist trotz einer stufenweisen Erhöhung immer noch einer der niedrigsten in der Europäischen Union.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen<sup>19</sup>

In Abbildung 10 ist der Anstieg der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in Deutschland zwischen 1960 und 1995 zu sehen. In der BRD stiegen die Gesundheitsausgaben von 4,1 % des BIP im Jahre 1960 auf 8,1 % im Jahre 1980 und 1981 weiter auf 8,4 %, gingen jedoch nach dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 leicht zurück auf 8,2 % im Jahre 1990 {7,2}. Die deutsche Wiedervereinigung führte zu einem krassen Anstieg der Gesundheitsausgaben auf 6,9 % des BIP im Jahre 1991. Der niedrige Stand der staatlichen Ressourcen in den neuen Bundesländern war Ursache dafür, daß die Gesundheitsausgaben rasch auf das Niveau der neuen Bundesländer anstiegen. Die jüngsten Zahlen zeigen einen weiteren Aufwärtstrend zwischen 1992 und 1995. 1995 erreichte der Anteil des deutschen BIP, der für die Gesundheitsversorgung ausgegeben wird, mit 10,4 % den höchsten Stand in der EU {7,7}, was 2.362 ECU pro Kopf entspricht {1.412,7}.

Die Ausgabenverteilung der Krankenkassen nach der deutschen Wiedervereinigung war in den alten und den neuen Bundesländern unterschiedlich, wobei die Ausgaben für zahnärztliche Versorgung und Arzneimittel in den neuen Bundesländern höher als in den alten waren. Der Ausgabenanteil der Krankenkassen für die stationäre und die ambulante Versorgung war in den alten Bundesländern höher.

Abbildung 10: Gesamtausgaben der Gesundheitsversorgung 1960-1995 in der Bundesrepublik Deutschland bis 1990 und anschließend im wiedervereinigten Deutschland, Ausgabenverteilung 1995



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die **Gesundheitsvorsorge** wird von den 360 staatlichen Gesundheitsämtern und von den niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Letztere führen den Großteil der Impfungen, der Vorsorgeuntersuchungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs durch, die zu dem

<sup>19</sup>) Bis zu der Wiedervereinigung Deutschlands im Jahre 1990 beziehen sich die Daten für die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen auf die frühere Bundesrepublik. Die Angaben seit 1991 beziehen sich auf die wiedervereinigte Bundesrepublik Deutschland.

Leistungspaket der Krankenkassen gehören. Die Gesundheitsförderung war für die Krankenkassen zwischen 1989 und 1996 gesetzlicher Versorgungsauftrag. Die Gesundheitsüberwachung und Gesundheitsinformation innerhalb der Gesundheitsberichte ist noch unterentwickelt, wird derzeit jedoch ausgebaut.

In Deutschland gibt es eine klare Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die niedergelassenen Ärzte sind - mit einigen wenigen Ausnahmen - nicht generell zur Krankenhauspraxis zugelassen. Die stationäre Versorgung erfolgt ausschließlich nach Überweisung durch niedergelassene Ärzte, so daß sie die in ihren Praxen eine "Kontrollfunktion" für die Einweisung in die Krankenhäuser ausüben. Die Krankenhäuser andererseits durften lange Zeit nur eine begrenzte ambulante Versorgung anbieten. Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung führte zu langen Überweisungsketten, Doppelung der technischen Ausrüstung und Wiederholung von diagnostischen Tests.

Die im Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 festgeschriebene gesetzliche Regelung sieht ambulante Abteilungen in den Krankenhäusern, eine erhöhte Einbindung der ambulanten Versorgung zur Vorbereitung von stationären Aufenthalten und die gemeinsame Anschaffung kostenintensiver technischer Ausrüstung vor.

Es gibt drei Grundtypen von **stationären Einrichtungen**: öffentliche Krankenhäuser in staatlicher Trägerschaft, gemeinnützige Krankenhäuser, die in erster Linie von Wohlfahrtsorganisationen betrieben werden, und gewinnorientierte Privatkliniken. 1995 befanden sich 49,8 % der Krankenhausbetten in öffentlichen Krankenhäusern, 34,5 % in gemeinnützigen Krankenhäusern und 15,8 % in Privatkliniken. Die Gesamtzahl der **Krankenhausbetten** (einschließlich der Rehabilitationseinrichtungen) je 1.000 Einwohner blieb in den letzten 30 Jahren weitgehend konstant und lag 1994 mit 9,7 gut über dem EU-Durchschnitt {7,3}. In jüngster Zeit wurde ein Rückgang der Bettenzahl in der Psychiatrie und in den Allgemeinkrankenhäusern sowie ein Anstieg der Bettenzahl in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen festgestellt. Die Zahl der Akutbetten ist in den letzten Jahren gesunken, liegt aber mit 7,0 Betten je 1.000 Einwohner immer noch über dem EU-Durchschnitt {4,7}. Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung ging zwar stark zurück, ist aber mit 11,4 Tagen immer noch die höchste in der EU {7,6}.

Die Ärzte hatten traditionell in der ambulanten Versorgung eine Monopolstellung, die in letzter Zeit jedoch durch eine zunehmende Förderung der ambulanten Operationen infolge des jüngsten Gesundheitsstrukturgesetzes ins Wanken gerät. In der **ambulanten Versorgung** haben die Patienten freien Zugang zu den Gesundheitsdiensten und hochentwickelter technischer Ausrüstung, die von den Allgemeinärzten, Fachärzten und Zahnärzten gestellt wird. Der Umfang der kapitalintensiven medizinischen Ausrüstung ist mit der höchste in der EU. Das Versorgungsangebot wird durch die kassenärztlichen Vereinigungen garantiert. Es gibt ein Überangebot an ambulanter Versorgung, das zum Teil durch hohe finanzielle Anreize für technisch hochentwickelte und fachärztliche Leistungen und die Nachfrage der Bevölkerung nach anspruchsvoller medizinischer Versorgung verursacht wurde. Es hieß lange Zeit, daß das deutsche System die Nachfrage steigere und eine wirksame Grundversorgung und Gesundheitsvorsorge behindere. Die Anzahl der Sprechstundenbesuche bei den niedergelassenen Ärzten ist mit 6,4 pro Person und Jahr höher als in jedem anderen EU-Mitgliedstaat {4,8}. Eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit, die Förderung der Gesundheitsvorsorge in der Grundversorgung, eine Änderung der Gebührenordnung und erhöhte Zuzahlungen (für ärztlich verordnete und zahnärztliche Behandlungen) gehören zu den gesetzlichen Maßnahmen, um die

Effizienz in der ambulanten Versorgung zu steigern.

In Deutschland gab es, abgesehen von Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium, lange Zeit keine Einflußnahme auf die Anzahl der niedergelassenen Ärzte. Die Anzahl der praktizierenden Ärzte lag 1994 mit 32,8 je 10.000 Einwohner wesentlich über dem EU-Durchschnitt {28,1}. Der Anteil der Ärzte am gesamten Gesundheitspersonal ist mit 11,6 % verhältnismäßig niedrig {15 %}. Ein besonderes Problem stellt der hohe Anteil von **Fachärzten** gegenüber den **Allgemeinärzten** dar. Ca. 50 % aller praktizierenden Fachärzte sind niedergelassen, 45 % arbeiten in Krankenhäusern.

In Deutschland herrschte lange Zeit ein Mangel an Pflegepersonal, da die Krankenpflege aufgrund hoher Arbeitsbelastung und verhältnismäßig geringer Bezahlung kein sehr angesehener Beruf ist. In der ersten Hälfte der 90er Jahre ist die Anzahl des Pflegepersonals jedoch deutlich gestiegen.

Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	33	28	1994
Allgemeinärzte	11	8	1994
Fachärzte	19	11	1994
Praktiz. Zahnärzte	7	6	1993
Pflegepersonal	48	70	1993
Apotheker	5	8	1994

### AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Die Sozialversicherung in Deutschland stand lange Zeit im Mittelpunkt der politischen Diskussion. Das wachsende Defizit der Sozialversicherung nach der Wiedervereinigung setzte die deutsche Wirtschaft unter großen Druck. Die Ausgewogenheit von Einnahmen und Ausgaben in der Sozialversicherung wird deshalb ein Hauptanliegen sein.

In Deutschland wurden in jüngster Zeit auf Gesetzesebene zwei grundlegende Kostendämpfungsmechanismen eingeführt. Einerseits wird auf zentraler Ebene die Ausgabenkontrolle erhöht, andererseits soll der Selbstbestimmungsmechanismus der Krankenkassen als Leistungserwerber und der Wettbewerb unter den Anbietern gefördert werden. Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich also noch am Scheideweg zwischen Regulierung und Dezentralisierung der Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens.

Die Pflegeversicherung wurde 1995/96 eingeführt, um die Auswirkungen eines zunehmenden Altersdurchschnitts der Bevölkerung auf die rückläufigen Einkommen und die steigenden Kosten der Sozialversicherung auszugleichen.

Die Krankenkassen erhielten weitreichendere Befugnisse, um das Leistungsangebot zu kontrollieren und Verträge mit Leistungsanbietern, die sie für ineffizient halten, lösen zu

können. Das führte zu einer größeren Wettbewerbssituation unter den Leistungsanbietern.

Die Anzahl der in privaten Praxen niedergelassenen Ärzte wird seit 1993 nach geographischen und fachspezifischen Kriterien reguliert. Der Sachverständigenrat für konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfahl in seinem Bericht 1997 eine Orientierung der Abrechnungssysteme an dem medizinischen Erfolg. Sowohl auf seiten der Kassenärzte als auch bei den Krankenkassen gibt es Tendenzen, nur noch Verfahren und Technologien abrechnungsfähig zu lassen, die sich als wirksam erwiesen haben. Darüber hinaus ist mittlerweile für die Krankenhäuser eine Qualitätssicherung gesetzlich vorgeschrieben und Gegenstand der aktuellen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen.

Während das Abrechnungssystem der Krankenhäuser in jüngster Zeit reformiert wurde, ist die Gebührenordnung bei der ambulanten Pflege derzeit Gegenstand einer Überprüfung. Die Diskussion zeigt, daß es ein gewisses Interesse an alternativen Finanzierungssystemen im Rahmen einer managementorientierten Versorgung gibt. Anstrengungen auf seiten der Bundesvereinigungen der Krankenkassen und der Kassenärzte gehen dahin, wirksame Verfahren und Innovationen bei der modernen technischen Diagnostik, der Nachbehandlung und der medizinischen Versorgung zu fördern.

## GRIECHENLAND

### ÜBERBLICK

Das Gesundheitswesen in Griechenland stützt sich auf ein System der sozialen Pflichtversicherung. Die Gesundheitsversorgung wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen und in einem geringeren Maße durch einkommensbezogene Krankenkassenbeiträge finanziert. Das System kann deshalb hinsichtlich der Finanzierung weder als reines Beveridge-Modell noch als Bismarck-Modell eingeordnet werden. Der Privatsektor spielt sowohl bei der Finanzierung als auch bei der Erbringung der Versorgungsleistungen eine große Rolle. Erbringung und Finanzierung von Versorgungsleistungen werden von der Regierung streng überwacht.

Der griechische Nationale Gesundheitsdienst (ESY) wurde 1983 zu einem Zeitpunkt eingerichtet, als auch in den meisten anderen südlichen EU-Mitgliedstaaten die nationalen Gesundheitsdienste eingeführt wurden. Vorangegangen war eine Reform des bestehenden Gesundheitswesens, und als Versuch galt, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern, das Wachstum des Privatsektors zu drosseln, eine stärkere Betonung auf die Grundversorgung und die Beteiligung der Gemeinschaft zu legen und annehmbare Bedingungen für das in den Krankenhäusern arbeitende Gesundheitspersonal zu schaffen. Der griechische Nationale Gesundheitsdienst wurde jedoch nur zum Teil eingeführt, und die zuvor bestehenden Strukturen blieben weitgehend unverändert.

Die traditionellen Probleme im griechischen Gesundheitswesen wie ein ungleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung, Versorgungsengpässe insbesondere in städtischen Gebieten, Ineffizienz bei der Leistungserbringung und Anstieg der Gesundheitsausgaben haben weiterhin Bestand. Einige Gesundheitsindikatoren sind sehr hoch, die Zuverlässigkeit der griechischen Daten ist jedoch aufgrund der Probleme bei der Datenerhebung und Datenerfassung in Griechenland sehr fraglich. Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ist ziemlich niedrig. Lediglich 18,4 % der befragten Bevölkerung waren sehr oder ziemlich zufrieden {50,3 %}<sup>20</sup>. Strukturelle Änderungen werden aufgrund eines mangelnden Konsenses unter den politischen und sozialen Gruppen und dem Gesundheitspersonal verhindert. Seit den frühen 90er Jahren hat sich die Reform mehr in Richtung auf einen management- und marktorientierten Ansatz entwickelt.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1997 gab es in Griechenland insgesamt ca. 10,5 Millionen Einwohner. Der Altersdurchschnitt der griechischen Bevölkerung steigt: Ca. 24 % der Griechen sind jünger als 20 - das ist unter dem EU-Durchschnitt {24,6 %} - und 16,4 % sind älter als 65 - das ist über dem EU-Durchschnitt {15 %}. 6,2 % der Bevölkerung sind älter als 75, was in etwa dem EU-Durchschnitt entspricht {6,1 %}. Der Anteil der über 65jährigen wird im Jahr 2020 ca. 9,2 % betragen {8,9 %}.

Die **Lebenserwartung** für beide Geschlechter hat in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Anstieg verzeichnet und gehörte 1996 mit 75,1 Jahren für Männer {73,9} und 80,4 Jahren für Frauen {80,2} mit zu den höchsten in der Europäischen Union. Der Unterschied von 5,3 Jahren bei

---

<sup>20</sup> ) Vgl. Mossialos, 1997.

der Lebenserwartung von Frauen und Männern ist im Vergleich zu den meisten anderen EU-Mitgliedstaaten relativ gering.

Die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** war 1993 in Griechenland mit 7,2 je 1.000 Einwohner relativ niedrig {8,2}. Die Säuglings- und perinatale Sterblichkeit ist jedoch hoch. Die **Säuglingssterblichkeit** war 1995 mit 8,1 je 1.000 Lebendgeborene die höchste in der Europäischen Union. Die **perinatale Sterblichkeitsrate** war 1993 mit 10,9 je 1.000 Lebend- und Totgeborene die höchste in der EU {7,7}.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind die Haupttodesursachen in Griechenland. Die Krebserkrankungen sind jedoch im Vergleich zu einigen europäischen Nachbarn immer noch eine weniger häufige Todesursache. Die Sterbefälle durch äußere Ursachen wie Verletzungen und Vergiftungen lagen 1990 bei 7 je 100.000 Einwohner und damit wesentlich unter dem EU-Durchschnitt {27,3}.

Der **VPLJ** je 1.000 Einwohner bei ausgewählten Erkrankungen war generell im Bereich des EU-Durchschnitts (siehe Tabelle 2).

Die Häufigkeit an **AIDS**-Erkrankungen war 1996 mit 24,8 Neuerkrankungen auf 1 Million Einwohner relativ niedrig {42,7}.

**Zahnerkrankungen** waren 1990 mit 2,1 kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähnen bei 12jährigen relativ verbreitet.

Der **Tabakkonsum** ist in Griechenland insbesondere bei Männern relativ hoch. 1992 rauchten in Griechenland 57 % der Männer {37,4 %} und 24 % der Frauen {25,1 %} über 15 mindestens 20 Zigaretten am Tag.

Im Gegensatz dazu lag der **Alkoholkonsum** 1989<sup>21</sup> mit 2,3 Litern bei beiden Geschlechtern weit unter dem EU-Durchschnitt {10,7}.

Armut und mangelnde Gesundheit sind im griechischen Gesundheitssystem Anlaß zu großer Besorgnis, und eine ungleiche geographische Verteilung der Gesundheitsdienste verschärft den ungleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Das Gesundheitsministerium ist für die Entwicklung der Gesundheitspolitik im gesamten Land und die Leistungen und Finanzierung des Nationalen Gesundheitsdienstes zuständig, zudem sichert es die Gesundheitsversorgung und den Zugang zu den Sozialdiensten für die sozial Benachteiligten. Der zentrale Gesundheitsrat (KESY), dem Vertreter der professionellen Anbieter - überwiegend aus dem medizinischen Bereich - und Verbraucher angehören, berät das Gesundheitsministerium in

---

<sup>21</sup>) Letzte verfügbare Daten über den Alkoholkonsum in Griechenland.

Fragen der Gesundheitspolitik und der Forschung. Nach den Reformen von 1983 ist das Gesundheitsministerium mitverantwortlich für die Lösung gesundheitsrelevanter Aufgaben wie gesundheitsgefährdende Umwelteinwirkungen und medizinische Ausbildung, bei denen jeweils das Ministerium für Umwelt und öffentliche Arbeiten bzw. das Bildungsministerium hauptverantwortlich sind. Die fortgesetzte Überschneidung von Aktivitäten führte zu einem großen bürokratischen Aufwand, konkurrierenden Prioritäten und einer fehlenden Berechenbarkeit der Gesundheitspolitik in Griechenland<sup>22</sup>. Die Sozialversicherung wurde 1995 dem Ministerium für Arbeit übertragen. Der Aufgabenbereich ist auf drei Direktionen verteilt. Die Generaldirektion Gesundheit ist für die öffentliche Gesundheit und das Gesundheitswesen zuständig.

13 Regionen und 52 Distrikte bestimmen die Struktur des Nationalen Gesundheitsdienstes. Jeder Distrikt verfügt über zumindest ein Krankenhaus. In 7 Regionen wurden regionale Universitäts- oder Lehrkrankenhäuser eingerichtet. 1983 wurde gesetzlich eine Dezentralisierung durch die Einrichtung von 176 ländlichen Gesundheitszentren des Nationalen Gesundheitsdienstes eingeleitet, die für die Grundversorgung von 2,5 Millionen Griechen zuständig sind.

Weder die Einrichtung der städtischen Gesundheitszentren noch die Einrichtung der regionalen Gesundheitsräte, durch die das Management in der Gesundheitsversorgung verbessert und an die lokalen Bedürfnisse angepaßt werden sollte, wurden umgesetzt. Es gibt jedoch einige Initiativen, um die Verwaltung der Gesundheitsversorgung von der Regierung auf die Regionen und Distrikte zu übertragen.

Nahezu die gesamte Bevölkerung ist bei einer der ungefähr 300 Sozialkrankenkassen versichert, die selbstverwaltete öffentliche Einrichtungen sind. Die Mitgliedschaft ist für Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen gesetzlich vorgeschrieben und von der Beschäftigung abhängig. Bei der Sozialversicherungsanstalt IKA sind nahezu 50 % der Bevölkerung, überwiegend Arbeiter, Angestellte und die städtische Bevölkerung versichert. Bei der Agrarversicherungsanstalt OGA sind ca. 25 % der Bevölkerung - überwiegend Landbevölkerung - versichert, und 13 % der Bevölkerung ist bei der TEVE-TAE, der Krankenversicherung für Kaufleute, Handwerker und Kleinunternehmer versichert.

9 % der Bevölkerung sind durch den Staat und der Rest ist bei einer der zahlreichen kleinen Krankenkassen versichert. Die Anzahl der Mitglieder der IKA steigt kontinuierlich.

Die Bandbreite der Grundversorgung und die Beitragssätze werden durch die Regierung streng überwacht. Die Leistungspakete sind bei den jeweiligen Krankenversicherungen sehr unterschiedlich, wobei die IKA das umfassendste Paket einschließlich zahnärztlicher Behandlung und Versicherungsschutz für Sehhilfen anbietet. Zahlreiche kleinere Krankenversicherungen bieten zusätzliche Versicherungsleistungen an.

## **2. Finanzierung**

Das System wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen und den Sozialversicherungsbeiträgen finanziert. Mit der Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes im Jahr 1983 hat sich das System vom Bismarck'schen Modell weg und hin zum Beveridge-System entwickelt.

---

<sup>22</sup>) Vgl. Venieris, 1997.

Die IKA, die größte Krankenversicherung, wird durch einkommensbezogene Beiträge finanziert, die zu 2/3 vom Arbeitgeber und zu 1/3 vom Arbeitnehmer getragen werden. Die Betragshöhe wird von der Regierung festgelegt. Die Versicherungsbeiträge werden vom Staat stark subventioniert. Die OGA wird gänzlich vom Staat finanziert. Bisher gab es zwischen den Sozialversicherungen und dem Staat keine klare finanzielle Abgrenzung.

Die **öffentlichen ESY-Krankenhäuser** des **Nationalen Gesundheitsdienstes** werden überwiegend aus dem Staatshaushalt (70 % der Einnahmen der Krankenhäuser) und zu einem geringeren Anteil durch die Krankenversicherungen (30 %) finanziert, die ihren Mitgliedern Versicherungsschutz für eine stationäre Versorgung bieten. Die ESY-Krankenhäuser werden auf der Grundlage von Rückerstattungen nach Tagessätzen finanziert, die in den frühen 90er Jahren stark anstiegen. Die Beschäftigten in den öffentlichen ESY- und in den Nicht-ESY-Krankenhäusern sind angestellt. Die öffentlichen Krankenhäuser, die nicht zum ESY gehören, wie z.B. Militärkrankenhäuser und IKA-Krankenhäuser sowie Privatkliniken mit Kassenverträgen, werden auf der Grundlage von Tagessätzen mit zusätzlicher Vergütung der Kosten für bestimmte diagnostische und therapeutische Verfahren finanziert. Die Kostensätze der Versorgungsleistungen werden vom Gesundheitsministerium festgesetzt und müssen vom Ministerium für Arbeit und Sozialversicherung genehmigt werden. Die **Kliniken im Privatsektor** werden durch Rückerstattungen von seiten der Krankenversicherungen, Privatzahlungen der Patienten und freiwilligen Versicherungen finanziert.

Die staatliche Krankenversicherung sieht keine Zuzahlungen für die stationäre Versorgung vor, es besteht jedoch eine umfangreiche Schattenwirtschaft in diesem Bereich, die auf Engpässe bei den öffentlichen Versorgungsleistungen zurückzuführen ist. "Inoffizielle" Zahlungen an Ärzte in privaten und öffentlichen Krankenhäusern sind im griechischen Gesundheitssystem an der Tagesordnung.

Die Krankenversicherungen spielen eine wesentliche Rolle bei der Finanzierung und Bereitstellung der **ambulanten Versorgung** in Griechenland. Die Ärzte, die in den IKA-Krankenhäusern arbeiten, sind angestellt und für die medizinische Grundversorgung und die zahnmedizinische Versorgung zuständig. Darüber hinaus haben die Krankenkassen Verträge für die Grundversorgung mit in privaten Praxen niedergelassenen Ärzten, die nach Einzelleistung abrechnen. Eine Reihe von Versorgungsleistungen, die von Ärzten in Privatpraxen und privaten Diagnosezentren erbracht werden, sind vom Patienten auf der Grundlage einer förmlichen oder informellen privaten Vereinbarung direkt zu zahlen.

Die Diagnosezentren, die Verträge mit den Krankenversicherungen abgeschlossen haben, rechnen nach Einzelleistungen ab.

Nicht alle Krankenkassen verfügen über eine Positiv- oder Negativliste für Arzneimittel. Die Festpreise für Arzneimittel werden vom Handelsministerium für auf der Grundlage des niedrigsten Festpreises in der EU festgelegt. Die Krankenversicherungen erstatten den Patienten den Betrag des Festpreises, der Rest (durchschnittlich 25 %) wird vom Patienten getragen.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

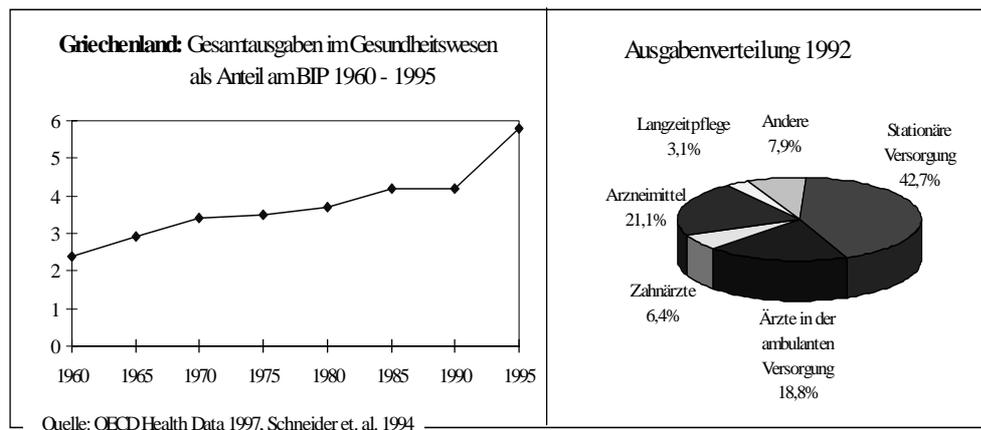
In den letzten Jahren sind in Griechenland die Gesundheitsausgaben im öffentlichen und im privaten Sektor stark angestiegen. Die gesamten Gesundheitsausgaben stiegen zwischen 1965 und 1995 von

2,6 auf 5,8 % des BIP - sie sind aber immer noch die niedrigsten in der EU {7,7} und entsprechen 483 ECU pro Kopf {1.413} (Abbildung 11). Es wurde jedoch wiederholt darauf hingewiesen, daß die OECD-Daten die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben in Griechenland zu niedrig ansetzen. Offizielle Berechnungen gehen von Gesundheitsausgaben von insgesamt 8,5 % des BIP für das Jahr 1995 aus. Es gibt einen großen Anteil an inoffiziellen Zahlungen.

Der Ausgabenzuwachs war zwischen 1980 und 1990 am höchsten. Nach den Reformen von 1983 gab es in den späten 80er Jahren einen deutlichen Anstieg der öffentlichen Ausgaben, der auf ein Moratorium für neue private Krankenhausbauten von 1983 bis 1992 und den Zusammenschluß einiger privater mit öffentlichen Krankenhäusern zurückzuführen war. Seit 1992, als die Auflagen für Privatkliniken aufgehoben wurden, gab es einen großen Ausgabenanstieg in der privaten Gesundheitsversorgung.

1996 betrug der öffentliche Anteil an den Gesundheitsausgaben 82,9 %, der Rest wurde privat finanziert. Wie in anderen EU-Mitgliedstaaten hat die stationäre Versorgung den größten Anteil an den Ausgaben (42,7 % im Jahr 1992). Der Anteil der Ausgaben für die stationäre Versorgung ist kontinuierlich gestiegen, der Anteil für Arzneimittel ist hingegen während der 80er Jahre gesunken.

Abbildung 11: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1960 - 1995; Ausgabenverteilung 1992



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Das griechische Gesundheitssystem ist durch eine starke Betonung der stationären Versorgung gekennzeichnet. Die ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser dienen oftmals der Grundversorgung. Die Bürger Griechenlands haben Zugang zu zahlreichen Gesundheitseinrichtungen, die oftmals Grund- und Sekundärversorgung anbieten. Es gibt bis heute kein formelles Überweisungssystem.

In der **Gesundheitsvorsorge** stehen die Krebserkrankungen, AIDS, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ansteckende sowie auf eine ungesunde Lebensweise zurückgehende Krankheiten im Mittelpunkt. Ein nationales Krebsregister wird derzeit eingerichtet, und der Verbesserung des Informationssystems zur Überwachung übertragbarer Krankheiten und der Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit wird Vorrang eingeräumt.

Die **ambulante Versorgung** wird von den ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser, in Praxen niedergelassenen Ärzte und Diagnosezentren durchgeführt. Der Zugang zu den ambulanten Abteilungen der öffentlichen Krankenhäuser ist unbeschränkt.

Die IKA spielt eine wichtige Rolle bei der Grundversorgung in den städtischen Gebieten. Sie betreibt ca. 200 städtische Polikliniken und Kliniken. Die Grundversorgung in den ländlichen Gebieten erfolgt durch die Provinzkrankenhäuser und die 176 ländlichen ESY-Gesundheitszentren, die in erster Linie Mitglieder der OGA versorgen.

Die übrige Gesundheitsversorgung erfolgt durch Ärzte in Privatpraxen und die ambulanten Abteilungen der Privatkliniken auf der Grundlage von vertraglichen Vereinbarungen mit den Krankenversicherungen, freiwilligen Krankenkassen oder direkten Vereinbarungen mit dem Patienten. Die Rolle der lokalen Behörden bei Bereitstellung der Grundversorgung ist sehr begrenzt.

Die Zahl der seit 1985 entstandenen **Diagnosezentren** ist so hoch, weil diese einen Ausgleich für das Moratorium für neue private Krankenhausgebäude von 1983 bis 1992 bildeten. Die nahezu 200 Diagnosezentren sind ein spezifisches Merkmal des heutigen Gesundheitssystems in Griechenland. Sie sind gut ausgerüstet und verfügen insbesondere über kapitalintensive Technologien. Dennoch ist das allgemeine Niveau an kapitalintensiver Medizintechnik im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedstaaten niedrig.

Die Einrichtungen auf dem **Krankenhaussektor** sind gesetzlich in drei Kategorien unterteilt:

- 1.) Die öffentlichen ESY-Krankenhäuser einschließlich 96 Distrikt- und 23 Regionalkrankenhäusern stellen 63,5 % aller Krankenhausbetten.
- 2.) Es gibt 27 öffentliche Krankenhäuser, die von dem Verteidigungsministerium (13 Militärkrankenhäuser), Justizministerium, Bildungsministerium (3 Lehrkrankenhäuser) bzw. von der IKA betrieben werden. Die öffentlichen Nicht-ESY-Krankenhäuser verfügen über 7,7 % aller Krankenhausbetten aus.
- 3.) Die weitgehend gewinnorientierten Privatkliniken stellen 28,8 % der gesamten Bettenkapazität in Krankenhäusern. Einige Privatkliniken bieten luxuriöse Standards, sind aber im Vergleich mit den öffentlichen Krankenhäusern personell nur sehr schlecht ausgestattet. Sie liegen überwiegend in den städtischen Gebieten von Athen und Thessaloniki und verfügen über insgesamt weniger als 100 Betten.

Die Anzahl der **Krankenhausbetten** war 1994 mit 5,0 je 1.000 Einwohner relativ niedrig {7,3}<sup>23</sup> und ist im letzten Jahrzehnt leicht gesunken. Die durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung betrug 1,3 und lag unter dem EU-12-Durchschnitt im Jahre 1992 {2,4}<sup>23</sup>. Die **Aufnahmerate** je 1.000 Einwohner betrug 1991 13,1 je Jahr, was auch vergleichsweise niedrig ist {16,2}.

1994 gab es in Griechenland insgesamt 40.500 **praktizierende Ärzte**, das entspricht 38,8 je 10.000 Einwohner und lag über dem EU-Durchschnitt {28,1}. Der Anteil der Ärzte im Verhältnis zu der Gesamtzahl des Gesundheitspersonal betrug 30,7 % und lag damit 1992 weit über dem EU-Durchschnitt {15,1 %}, was auf eine schlechte Planung der Personalressourcen zurückzuführen ist.

---

<sup>23</sup>) Gesamtzahl der Krankenhausbetten.

Der Anteil der Pflegekräfte liegt unter dem EU-Durchschnitt (Tabelle 15). Der Anteil der Ärzte und des Pflegepersonals im öffentlichen und im freiwilligen Sektor ist während der 80er Jahre bedeutend gestiegen.

Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	39	28	1994
Allgemeinärzte	13	9	1990
Fachärzte	21	13	1992
Praktiz. Zahnärzte	10	6	1994
Pflegepersonal	36	70	1993
Apotheker	8	8	1994

### AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Aktuelle Themen sind die Engpässe im griechischen Gesundheitssystem, die durch die Reformen von 1983 nicht ausreichend behoben werden konnten. Eine der wichtigsten Verbesserungen war der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch die Einrichtung der ländlichen Gesundheitszentren des Nationalen Gesundheitsdienstes. Wichtige Probleme bleiben weiterhin bestehen: Die Multiplikation der Finanzressourcen, teures Leistungsangebot, ungleiche geographische Verteilung der Gesundheitsdienste, zentralistische Entscheidungsfindung bei ungenügender Berücksichtigung der lokalen Bedürfnisse, unzureichende Koordination zwischen den Anbietern im privaten und öffentlichen Sektor und unzureichende Versorgung aufgrund eines schlechten Managements, Fehlen einer systematischen Ressourcenplanung und -überwachung. Das Hauptziel der jüngsten Reformvorschläge von 1994, 1995 und 1996 war eine Verbesserung der Effizienz bei der Erbringung und Finanzierung der Versorgungsleistungen. Die Vorschläge beinhalten eine größere Betonung der Grundversorgung, die Beteiligung der Gemeinschaft und die Einrichtung eines Hausarzt- und Überweisungssystems. Die Krankenkassen sollten sich zusammenschließen. Das ESY-Management sollte auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene gestärkt werden. Es gibt auch vermehrte Anstrengungen, die Autonomie und die Managementfähigkeiten der Krankenhäuser zu verstärken.

Die allgemeine Zufriedenheit mit dem System erscheint nach den jüngsten Umfragen immer noch sehr niedrig zu sein, und die Reform wird deshalb als dringend erforderlich angesehen.

Die historische Erfahrung in Griechenland hat jedoch gezeigt, daß die Umsetzung von Reformen oftmals Unmut bei der Bevölkerung und den Fachleuten erzeugte und auch auf Widerstand gegensätzlicher politischer Interessen stieß, was zu einem ständigen Hinausschieben der Gesundheitsreform führte.



## IRLAND

### ÜBERBLICK

Die Gesundheitsversorgung der irischen Bevölkerung erfolgt überwiegend durch ein öffentlich finanziertes Gesundheitswesen unter zentraler öffentlicher Kontrolle, das allen Bürgern einen Anspruch auf Versorgungsleistungen gewährt. Im Gegensatz zu dem Nationalen Gesundheitsdienst im Vereinigten Königreich ist der Anspruch auf völlig oder nur zum Teil kostenfreie Versorgung von der finanziellen Situation des Versicherten abhängig, nach der die Bevölkerung zwei Kategorien zugeordnet wird.

35 % der irischen Bevölkerung werden der Kategorie 1 zugerechnet, in der die niedrigsten Einkommensgruppen versichert sind. Bürger in der Kategorie 1 haben kostenlosen Anspruch auf das gesamte Leistungsangebot. Die Mehrheit von 65 % der Bevölkerung gehört in die Kategorie 2 und muß für die medizinischen Versorgungsleistungen entweder direkt zahlen oder sich freiwillig versichern. Für die Behandlung und die Unterbringung in den öffentlichen Krankenhäusern ist ein geringer Tagessatz zu zahlen. Nahezu ein Drittel der irischen Bevölkerung, und zwar die Hälfte der unter die Kategorie 2 fallenden Versicherten, ist bei der freiwilligen privaten Krankenversicherungsbehörde (Voluntary Health Insurance Board - VHI) versichert, die 1957 gegründet wurde, um eine Zusatzversicherung zu ermöglichen.

Die meisten Gesundheitsindikatoren der irischen Bevölkerung rangieren immer noch unter dem EU-Durchschnitt, haben sich jedoch in den letzten beiden Jahrzehnten wesentlich verbessert. Die aktuellen Gesundheitsausgaben sind ebenso wie das Wirtschaftswachstum rasch angestiegen, die Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP bewegen sich jedoch immer noch innerhalb des EU-Durchschnitts.

Die Zufriedenheit mit dem System ist vergleichbar mit dem EU-Durchschnitt. 49,9 % der Iren sind sehr oder ziemlich zufrieden mit ihrem System {50,3 %}. Irland zielt mit seiner Strategie zur Erhöhung der Leistungen in erster Linie auf die Planung, Organisation und Erbringung der Gesundheitsversorgung und nicht so sehr auf die Erhöhung der Finanzmittel ab.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1997 gab es in Irland 3,55 Millionen Einwohner, von denen 33 % jünger als 20 {24,6} und 11,3 % älter als 65 Jahre waren {15}, wobei lediglich 4,7 % älter als 75 Jahre waren {6,1}. Nach Schätzungen wird diese Zahl im Jahr 2020 9,1 % betragen {8,9}. Der Anteil der jungen Menschen unter der irischen Bevölkerung ist somit sehr groß. Die Arbeitslosigkeit ist ein Problem. 1994 lag die Arbeitslosenrate in Irland bei 9,0 % {4,7}. Diese Zahl würde noch höher sein, würden nicht so viele junge Menschen auswandern.

Die **Lebenserwartung** bei der Geburt betrug 1996 für Frauen 78,5 Jahre und lag somit unter dem EU-Durchschnitt {80,2}, sie war mit 73,2 Jahren bei den Männern etwas niedriger {73,9}. Die Lebenserwartung ist während der 70er Jahre im Vergleich zu den anderen EU-Mitgliedstaaten langsamer gestiegen.

Die Sterblichkeitsrate ist relativ hoch. Die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** lag 1993 bei 9,0 je 1.000 Einwohner und war somit die höchste in der EU {8,2}. Die Säuglingssterblichkeit lag 1996 mit 5,5 je 1.000 Lebendgeborene leicht unter dem EU-Durchschnitt {5,4}, und die **perinatale Sterblichkeit** belief sich 1995 auf 9,0 je 1.000 {7,5}.

Die **Sterblichkeit** an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die höchste in der EU, und der VPLJ aufgrund von ischämischen Herzerkrankungen setzt Irland in der EU an die zweite Stelle (siehe Tabelle 2).

Die **AIDS-Rate** war zwar 1996 mit 25 Neuerkrankungen auf 1 Million Einwohner niedriger als der EU-Durchschnitt {42,7}, steigt jedoch seit 1982<sup>24</sup> im Gegensatz zu den Entwicklungen in anderen Mitgliedstaaten.

Der **DMF-Indikator für Zahnerkrankungen** bei den 12jährigen lag mit 2,7 im Jahr 1990 etwas unter dem EU-Durchschnitt {3,1}.

Es gibt mehr Raucherinnen, jedoch weniger Raucher als im EU-Durchschnitt. 1992 rauchten 30 % der Männer {37,4} und 30 % der Frauen {25,1} über 15.

Der **Alkoholkonsum** stieg von 9 Litern im Jahr 1990 auf 11,2 Liter im Jahr 1994 {11,6}.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Der Pfeiler des irischen Gesundheitssystems ist der Nationale Gesundheitsdienst, durch den die Versicherten der Kategorie 1 - in den niedrigsten Einkommensgruppen und nahezu 35 % der irischen Bevölkerung - eine unentgeltliche Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen können. Über die Zugehörigkeit zu dieser Kategorie entscheiden Einkommen, Zahl der Familienangehörigen, Alter und anderen Faktoren. Voraussetzung für den Zugang zu freier medizinischer Versorgung ist eine Behandlungskarte, die "Medical Card", die von einem der acht regionalen Gesundheitsämter ausgestellt wird und durch die der Versicherte eine unentgeltliche medizinische Grundversorgung erhält. Die Patienten der Kategorie 2 müssen für alle Leistungen in der ambulanten Versorgung zahlen.

Die eine bestimmte Höhe überschreitenden Ausgaben für Arzneimittel werden unabhängig vom Einkommen rückerstattet. Die stationäre Versorgung in den öffentlichen Krankenhäusern ist für Patienten der Kategorie 1 ebenso kostenlos, Patienten der Kategorie 2 müssen seit 1987 eine geringe Zuzahlung leisten.

Gewisse Leistungen sind für alle Patienten unentgeltlich, dazu gehören die Behandlung von übertragbaren Krankheiten und einige Gesundheitsleistungen für Kinder.

Der Nationale Gesundheitsdienst ist auf die Versorgung der weniger Begüterten ausgerichtet. Die

---

<sup>24</sup>) Widersprüchliche Angaben über AIDS-Häufigkeit im Januar 1994, vgl. Tabelle 4.

Freiwillige Private Krankenversicherungsbehörde und BUPA Irland, die jüngeren Datums ist, gewährleisten die freiwillige Versicherung. Die gesetzlichen Vorschriften für die private Krankenversicherung sind durch das Krankenversicherungsgesetz von 1994 geregelt. Danach müssen die Krankenversicherungen für jede spezifische Art der Leistung dieselben Kosten bei allen Versicherten ungeachtet des Alters, Geschlechts und Gesundheitsrisikos abrechnen. Die Beiträge sind nach einem spezifischen Verfahren der Solidarberechnung festgesetzt, bei dem ein Risikoausgleichsmechanismus zum Tragen kommt. Die privaten Krankenversicherungen sind auch gesetzlich dazu verpflichtet, mit allen daran Interessierten Verträge abzuschließen. Das Gesetz zur Krankenversicherung legt darüber hinaus fest, daß die privat Versicherten Anspruch auf einen lebenslangen Versicherungsschutz haben und daß die Krankenkassen das Vertragsverhältnis nicht ohne Zustimmung des Versicherten beenden können. 1994 war ca. die Hälfte der Versicherten der Kategorie 2 privat versichert, um die Ausgaben für Zuzahlungen in der ambulanten und stationären Versorgung und die Leistungen der Privatkliniken zu decken. Zur Auswahl stehen verschiedene Leistungsgruppen, so z.B. die Kostenübernahme bei der Behandlung in Privatkliniken.

Das Gesundheitssystem ist in Irland sehr zentralisiert. Das Gesundheitsministerium ist für die soziale Sicherheit, die Entwicklung der Gesundheitspolitik und die allgemeine Planung der Gesundheitsversorgung auf nationaler Ebene zuständig.

Der Krankenhausrat und der Nationale Gesundheitsrat beraten den Gesundheitsminister in Angelegenheiten der Gesundheitspolitik und der Funktionsweise der Gesundheitsversorgung. Die Kommunalbehörden haben seit den 60er Jahren keinen direkten Einfluß mehr auf diese politischen Entscheidungen.

Auf regionaler Ebene obliegt die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung den acht Gesundheitsämtern, in deren Einzugsbereich zwischen 200.000 und 1,2 Millionen Einwohner leben. Jedes Gesundheitsamt hat seinen eigenen Leiter und ihm gehören gewählte lokale Vertreter, einige von den Ministerien ernannte Vertreter und Vertreter des beim jeweiligen Amt beschäftigten Gesundheitspersonals an. Bei der Erbringung der Gesundheitsleistungen spielen auch zahlreiche gemeinnützige Organisationen eine wichtige Rolle, mit denen die Gesundheitsämter gemäß dem Gesundheitsgesetz von 1970 Vereinbarungen treffen dürfen.

## 2. Finanzierung

Die Regierung hat eine strenge Haushaltskontrolle über die öffentlichen Gesundheitsausgaben. Die Zuwendungen an die Gesundheitsämter erfolgen jährlich auf Grundlage des demographischen Faktors und der Höhe des regional vorhandenen Versorgungsniveaus. Die Haushalte werden monatlich streng kontrolliert.

Die Finanzierung des irischen Gesundheitssystems erfolgt überwiegend aus öffentlichen Mitteln (ca. 78 %). Ca. 13,5 % werden durch Direktzahlungen finanziert. Der Hauptanteil der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen und mit einem Gesundheitsbeitrag von 1,5 % des Bruttoverdienstes der Versicherten bestritten, die nicht der Kategorie 1 angehören.

Die Finanzierung der **Krankenhäuser** unter der Kontrolle der Gesundheitsgremien erfolgt durch einen Haushaltsvoranschlag. Die freiwilligen öffentlichen Krankenhäuser (überwiegend Lehrkrankenhäuser) erhalten ihre Haushaltspläne direkt vom Gesundheitsministerium. Die

Zuzahlungen für die stationäre Versorgung sind gering und werden lediglich von den Patienten der Kategorie 2 gezahlt. 1993 führte das irische Gesundheitsministerium zur Berechnung der Mittelbereitstellung für die größeren Akutkrankenhäuser eine Mischkalkulation ein. Die Privatkrankenhäuser sind weitgehend auf die Patienten, die bei der VHI versichert sind, und auf Direktzahlungen angewiesen.

Die **Ärzte** in den ambulanten Abteilungen der mit öffentlichen Mitteln finanzierten Krankenhäusern sind angestellt. Die in den Krankenhäusern tätigen Fachärzte erhalten für Leistungen an ihren Patienten der Kategorie 1 eine Vergütung auf der Grundlage eines Kollektivvertrags, und die Leistungen für Patienten der Kategorie 2 werden getrennt abgerechnet. Die Allgemeinärzte erhalten je Patient von den Gesundheitsämtern eine Kopfpauschale nach dem medizinischen Versorgungsplan, die auf dem Alter, Geschlecht und der regionalen Zugehörigkeit ihrer Patienten basiert sowie eine Kostenpauschale.

Die medizinische Versorgung der Patienten der Kategorie 2 wird nach Einzelleistung vergütet. Die Gebührenordnung wird zwischen der Irischen Ärztevereinigung und dem Gesundheitsministerium verhandelt.

Die **Zahnärzte** werden von Gesundheitsämtern angestellt und bezahlt. Die niedergelassenen Zahnärzte werden nach Einzelleistung honoriert, wobei die Gebührenordnung zwischen der Irischen Zahnärztervereinigung und dem Gesundheitsministerium verhandelt wird. Die zahnärztliche Behandlung ist für Patienten der Kategorie 1 kostenlos, lediglich eine geringe Zuzahlung wird für restaurative Zahnbehandlungen erhoben.

In einer Positivliste sind die für Patienten der Kategorie 1 verordnungsfähigen **Arzneimittel** aufgeführt, die 1993 3.100 Produkte umfaßte. Die Arzneimittel sind für Patienten der Kategorie 1 kostenfrei. Von Patienten der Kategorie 2 werden für diese Medikamente Zuzahlungen erhoben. Die Verordnungen für Patienten der Kategorie 1 werden überprüft. Die Preise werden vom Gesundheitsministerium im Vergleich mit fünf anderen EU-Mitgliedstaaten festgesetzt.

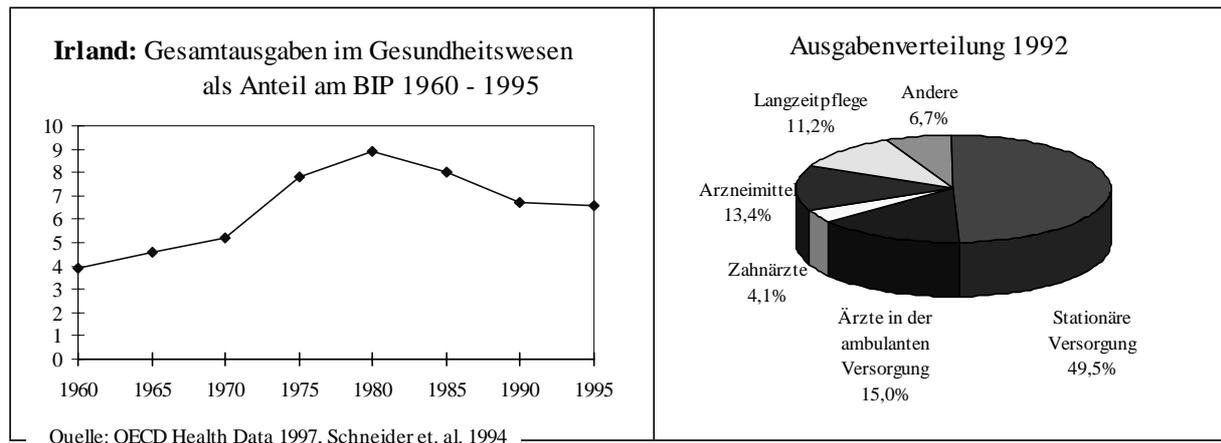
### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Seit Jahren gibt es Kostendämpfungsprogramme. Durch diese Programme konnten die Ausgaben im öffentlichen Krankenhausesektor während der 80er Jahre teilweise recht stabil gehalten werden.

In Abbildung 12 wird die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den letzten drei Jahrzehnten veranschaulicht. Die Gesamtausgaben stiegen von 3,8 % des BIP im Jahre 1960 auf 8,8 % im Jahre 1980 an, die Zahl sank kontinuierlich während der 80er Jahre auf 6,6 % im Jahr 1990 und sank weiter auf 6,4 % im Jahre 1995 {7,7 %}, was 877 ECU pro Kopf {1.413 ECU } entspricht. Die Stabilität der Gesundheitsausgaben in Irland ist teilweise auf die strenge Haushaltskontrolle der Krankenhäuser im öffentlichen Sektor zurückzuführen.

Die Ausgabenverteilung konzentriert sich immer noch auf den Krankenhausesektor. Dieses Ungleichgewicht verlagert sich jedoch langsam hin zu der Grundversorgung. Die Ausgaben bei der öffentlichen zahnmedizinischen Versorgung sind recht niedrig, weil die Mehrheit der zahnärztlichen Leistungen für Erwachsene auf privater Basis erbracht wird.

Abbildung 12: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1960 - 1995; Ausgabenverteilung 1992



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Leistungen der **Gesundheitsvorsorge** werden vor allem im Rahmen eines Programms der Versorgung durch die Gemeinden erbracht, das die kommunale Gesundheitsvorsorge wie Verhütung von Infektionskrankheiten, Sonderprogramme für den Gesundheitsschutz bei Kindern und die Gesundheitsförderung umfassen. Die Nationale Gesundheitsstrategie zur Verbesserung des Gesundheitszustands der irischen Bevölkerung von 1993 stellt die Verhütung alkoholbedingter Gesundheitsrisiken und eine nähere Orientierung an regionalen Bedürfnissen in den Mittelpunkt.

Die **Grundversorgung** erfolgt durch Allgemeinärzte, die in der Regel eine Einzelpraxis unterhalten, obwohl die Zahl von Gemeinschaftspraxen zunimmt. Die Grundversorgung untersteht der direkten Kontrolle der Gesundheitsämter. In Irland haben die Patienten die freie Wahl des Allgemeinarztes. Diese üben als Hausärzte die Zugangskontrolle zu den Fachärzten aus, die ihre Leistungen überwiegend in den ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser erbringen.

Es gibt in Irland drei Hauptkategorien von **Akutkrankenhäusern**: die von den Gesundheitsämtern finanzierten und in deren Besitz befindlichen Krankenhäuser (ca. 60 %), die freiwilligen öffentlichen Krankenhäuser, die in freier Trägerschaft sind und direkt vom Staat finanziert werden (24 %), und die Privatkliniken (14 %). Die von den Gesundheitsämtern betriebenen Krankenhäuser lassen sich wieder in drei Gruppen unterteilen - regionale, allgemeine (Grafschaftsebene) und Distriktkrankenhäuser. Von den regionalen Krankenhäusern (12 %), die sich den am dichtesten besiedelten Gebieten befinden, werden Leistungen in allen Fachbereichen erbracht. Die Allgemeinkrankenhäuser (30 %), deren Einzugsbereich die einzelnen Grafschaften sind, verfügen über Abteilungen für Allgemeinmedizin, allgemeine Chirurgie, Geburtshilfe, Frauen- und Kinderheilkunde mit angestellten Fachärzten. Die Distriktkrankenhäuser (52 %) sind kleine

Krankenhäuser mit 20 bis 40 Betten, in denen teilzeitbeschäftigte Allgemeinärzte arbeiten, die die medizinische Versorgung und kleine chirurgische Eingriffe durchführen. Einige Distriktkrankenhäuser wurden in Seniorenheime umfunktioniert. Bei den öffentlichen freiwilligen Krankenhäusern handelt es sich zumeist um allgemeine Lehrkrankenhäuser, die Versorgung in den wichtigsten Fachgebieten anbieten und oftmals den medizinischen Hochschulen angegliedert sind. 1994 gab es in Irland in der stationären Akutversorgung 11.853 **Krankenhausbetten**, was 5,0 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner {7,3} entspricht. Die Anzahl der Krankenhäuser und insbesondere der Krankenhausbetten im öffentlichen Sektor ist seit 1982 deutlich gesunken. Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung sank 1995 auf 6,7 Tage, was gegenüber dem EU-Durchschnitt recht niedrig ist {7,6}. Die Anzahl der Krankenhausbetten je Krankenhausbett lag 1993 bei 31,0 {31,3}. Es gibt Anzeichen dafür, daß Leistungen und Inanspruchnahme der Tageskliniken und bei ambulanten Operationen steigen.

Das Gesundheitsministerium übt eine strenge Kontrolle bei der kapitalintensiven **medizinischen Ausrüstung** für den öffentlichen Bereich aus, und das Niveau der kostenintensiven Medizintechnik ist nahezu das niedrigste in der Europäischen Union.

Das Ministerium kontrolliert ebenso das gesamte Personal, das von den Gesundheitsämtern angestellt wird, und diese Kontrolle über die Personalressourcen war in der zweiten Hälfte der 80er Jahre besonders streng, was zu einem überall recht niedrigen Niveau in diesem Bereich führte (Tabelle 16). Das gilt insbesondere für die **praktizierenden Ärzte**. Sie hatten 1990 lediglich einen Anteil von 9,9 % am gesamten Gesundheitspersonal (15,1 %). Das Verhältnis von **Fachärzten** zu **Allgemeinärzten** beträgt nahezu 1:2. Die Zahl der Allgemeinärzte, die bei den Gesundheitsämtern registriert ist und im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes für die Versorgung der niedrigen Einkommensgruppen zuständig ist, unterliegt einer strengen Regelung. Die Anzahl insbesondere der Zahnärzte ist im Vergleich zum EU-Durchschnitt besonders niedrig, während die Anzahl des Pflegepersonals dem Durchschnitt entspricht.

Die medizinische Ausbildung genießt ein hohes Ansehen.

Tabelle 16: Gesundheitspersonal in Irland			
Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	20	28	1994
Allgemeinärzte	5	8	1994
Fachärzte	3	11	1994
Praktiz. Zahnärzte	4	6	1993
Pflegepersonal	74	70	1993
Apotheker	3	8	1994

## AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Die Kommission zur Finanzierung des Gesundheitswesens, die 1987 von der Regierung als Antwort auf die politischen Kontroversen über die starken Kürzungen bei den öffentlichen

Gesundheitsausgaben ins Leben gerufen wurde, kam bald zu dem Schluß, daß die Probleme des irischen Gesundheitswesens weniger im Bereich der Finanzierung, sondern eher bei der Art der Planung, Organisation und Erbringung der Leistungen zu suchen seien. Es gab Forderungen nach einer stärkeren Verbrauchervertretung, besserer Information des Managements und einer angemessenen Förderung des Wettbewerb zwischen den Anbietern.

Mittlerweile haben sich die Hauptinitiativen auf eine Verbesserung der Leistungen im Krankenhaussektor konzentriert - damit soll eine größere Koordinierung und Integration der stationären und ambulanten Versorgungsleistungen gemäß den Vorschlägen der Dubliner Krankenhausinitiative erzielt werden. Große Fortschritte wurden auch bei der Inanspruchnahme der Tageskliniken und der ambulanten Operationen erzielt.

Den Wartelisten insbesondere für Patienten ohne Privatversicherung wurde Priorität eingeräumt. Verstärkt wurde die größere Einbindung der Ärzte in den Managementbereich. Die allgemeine Entwicklung geht hin zu einer strengeren Kontrolle der ärztlichen Leistungen und Verordnungen, und es werden zunehmend Qualitätsmaßnahmen in der klinischen Praxis, bei der Leistungserbringung und in der Organisation gefördert.

Man geht davon aus, daß es künftig im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes von 1994 einen größeren Markt für Privatkrankenversicherungen geben wird.



## ITALIEN

### ÜBERBLICK

Der italienische Nationale Gesundheitsdienst (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) wurde 1978 gegründet, um allen Bürgern den Zugang zu einer größtenteils unentgeltlichen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Die Finanzierung des Gesundheitssystems geschieht in erster Linie durch öffentliche Gelder aus dem Steueraufkommen und durch die Sozialversicherungsbeiträge. Die Leistungen werden sowohl von öffentlichen als auch von privaten Trägern angeboten. Der italienische Gesundheitsdienst ist im Gegensatz zu seinem Prototyp, dem britischen NHS, weitgehend dezentralisiert. Das Parlament legt den überall im Land zu garantierenden Mindeststandard für gesundheitliche Versorgungsleistungen und die Bedingungen fest, unter denen der private Sektor in Anspruch genommen werden darf. Die Durchführung, Planung, Finanzierung und Überwachung der gesundheitlichen Leistungen ist Aufgabe der 20 Regionen. Das Gesundheitssystem ist aus historischen Gründen sehr uneinheitlich, denn die häufigen Regierungswechsel ließen keine zentralen Koordinierung zu.

Das Niveau des Gesundheitswesens liegt unter dem EU-Durchschnitt. Es gibt sehr große Unterschiede in der Versorgung mit gesundheitlichen Leistungen zwischen dem Norden und dem Süden des Landes, wobei der Norden besser abschneidet. Der Einsatz an Finanz- und Humanressourcen im italienischen Gesundheitswesen ist jedoch sehr hoch, was auf eine unangemessene und ineffiziente Verteilung, Verwaltung und Verwendung schließen läßt.

Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit diesem System ist im Vergleich zu den anderen EU-Mitgliedstaaten sehr niedrig und nimmt in Bezug auf den öffentlichen Sektor nach letzten Umfragen noch weiter ab.

Der Umstand, daß vorangegangene Initiativen zur Umstrukturierung des Gesundheitssystems insbesondere in Süditalien nicht den gewünschten Erfolg hatten, war Anlaß für die jüngste Reform, die Ende 1993 verabschiedet wurde und derzeit umgesetzt wird. Die Reform zielt auf eine Lösung des chronischen Problems der Defizite und eine Steigerung der Effizienz in der Leistungserbringung ab.

Ungeachtet der großen Probleme, die bei dem Versuch der Konsolidierung einer gleichen und effizienten Gesundheitsversorgung und -finanzierung entstehen, sind die allgemeinen Gesundheitsindikatoren der Italiener im Vergleich zum EU-Durchschnitt gut. Italien verfügt in einigen Fachbereichen zudem über ein hervorragendes und außerordentliches medizinisches Expertenwissen.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

In Italien lebten 1997 insgesamt 57 Millionen Einwohner, wobei das Pendel im Vergleich zum EU-Standard etwas in Richtung der Älteren ausschlägt. Nahezu 21 % sind jünger als 20 {24,6} und 16,4 % sind älter als 65 Jahre {15}. Ca. 6,2 % waren älter als 75, was nahezu dem EU-Durchschnitt entspricht {6,1}, für das Jahr 2020 werden für diese Gruppe jedoch 10,1 % prognostiziert und somit wesentlich über dem geschätzten EU-Durchschnitt {8,9} liegen. Italien hat mit den niedrigsten

Bevölkerungszuwachs in der EU.

Obwohl die Säuglingssterblichkeit leicht über dem EU-Durchschnitt liegt, sind die allgemeinen Indikatoren für den Gesundheitszustand in Italien positiv. Die **Lebenserwartung** bei der Geburt lag 1996 bei 74,9 für Männer {73,9} und 81,3 für Frauen {80,2}.

Die **Sterblichkeitsrate** betrug 1993 7,1 je 1.000 Einwohner {8,2}. Die **Säuglingssterblichkeit** sank wie auch in der übrigen EU und belief sich 1996 auf 5,8 je 1.000 Lebendgeborene {5,4}. Die **perinatale Mortalität** lag 1993 bei 8,8 % je 1.000 Lebend- und Totgeborene und somit über dem EU-Durchschnitt {7,9}.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind die Haupttodesursachen. 1994 betrug die Sterbefälle durch äußere Verletzungen und Vergiftungen 16,7 je 100.000 Einwohner {23}.

Der geschätzte **VPLJ** je 100.000 Einwohner lagen 1992 bei den Haupterkrankungen mit Ausnahme der Krebserkrankungen bei Männern leicht unter dem EU-Durchschnitt (Tabelle 2).

1996 standen die **AIDS-Fälle** mit 91,8 neu gemeldeten Fällen je 1 Million an zweiter Stelle in der EU nach Spanien.

Die **Zahnerkrankungen** verzeichneten 1990 mit einem DMF-Indikator von 4,9 bei den Zwölfjährigen zwar einen Rückgang, lagen aber immer noch über dem EU-Durchschnitt {4,4}.

Der Anteil der **Raucher** in der Bevölkerung war 1992 mit 38,8 % der Männer {37,1} und 26 % der Frauen {25,1} über 15 Jahren relativ hoch.

Der **Alkoholkonsum** lag 1992 mit 10,7 Litern im Jahr für beide Geschlechter etwas unter dem EU-Durchschnitt {11,2}.

Es gibt große regionale Unterschiede im Gesundheitszustand, und zwar insbesondere zwischen dem Norden und dem Süden. Die Bevölkerung im Norden Italiens kommt im allgemeinen in den Genuß eines höheren Maßes an Gesundheitsversorgung, es gelten höhere Indikatoren für die sozioökonomischen Bedingungen und den Gesundheitszustand.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Der italienische Nationale Gesundheitsdienst bietet der Bevölkerung eine umfassenden Versicherungsschutz. Seine Verwaltung des Systems gilt als äußerst bürokratisch. Es gliedert sich in drei - die nationale, die regionale und die lokale - Verwaltungsebenen.

Die Grundstruktur des SSN besteht in den Regionalregierungen und den lokalen Gesundheitsstellen (Unità sanitaria locale - USL).

Italien ist in 20 Regionen einschließlich der autonomen Region Südtirol mit den Provinzen Trient und Südtirol untergliedert. Die Regionen sind in ca. 320 lokale Gesundheitsstellen (USL) unterteilt;

hinzu kommen 184 öffentliche, aber selbstverwaltete Krankenhäuser. Seit Ende 1992 tragen die USL die Verantwortung in der Verwaltung und Bewirtschaftung der Gesundheitsversorgung. Die Leistungserbringung ist in einigen Regionen streng horizontal mit den USL integriert, die für die Erbringung und den Erwerb aller Gesundheitsleistungen innerhalb eines bestimmten Gebietes zuständig sind. Zwar gelten die USL als zentrales Element aller gesundheitspolitischen Aktivitäten, doch gehen aufgrund der sehr konkreten regionalen Pläne starke richtungsweisende Impulse von den Regionen aus.

Auf regionaler Ebene erfolgt die Umsetzung der gesundheitspolitischen Maßnahmen durch gewählte Räte, und die Finanzierungsmechanismen werden auf lokaler Ebene festgesetzt.

Die Rolle der Regierung in Rom ist begrenzt, da die Regionen weitgehend autonom und für die Planung, Finanzierung, Überwachung und Kontrolle des Gesundheitswesens innerhalb ihrer Zuständigkeitsbereiche verantwortlich sind. Die beiden wichtigsten Funktionen werden auf zentraler Ebene ausgeübt: die Definition der gesamten Gesundheitsressourcen und ihre Verteilung an die Regionen auf der Grundlage einer Kopfpauschale - der das Parlament zustimmen muß - und die Definition des von den Regionen zu garantierenden Mindeststandards der gesundheitlichen Leistungen. Der Nationale Gesundheitsrat, dem Vertreter der Regierung, der Regionen, der Zentralverwaltung, der Ärzteschaft und sozialer Vereinigungen angehören, berät die Regierung. Den Vorsitz führt der Gesundheitsminister .

## **2. Finanzierung**

Die Finanzierung des italienischen Gesundheitssystems erfolgt in erster Linie aus öffentlichen Mitteln, wobei 40,8 % der Einnahmen aus den Pflichtbeiträgen und 37,5 % aus Steuergeldern stammen (1995). Der Rest wird durch private Beiträge, überwiegend Zuzahlungen zu den Versicherungsleistungen, finanziert. Durch die Reform von 1993 wurde eine Zusatzversicherung gefördert.

Die Pflichtbeiträge sind nach wie vor ein wichtiger Bestandteil der Finanzierung, obwohl im Reformgesetz von 1978 ihre Abschaffung befürwortet wurde. Theoretisch trägt der Arbeitgeberanteil 9,6 % und der Arbeitnehmeranteil 0,9 % des Bruttoeinkommens, doch sind im konkreten Fall auch Abweichungen möglich.

Die Steuererhebung und die Haushaltsplanung finden zwar auf nationaler Ebene statt, die Regionen sind jedoch bei der Ausgabenplanung sehr autonom, wodurch Überschüsse zur Reinvestition und auch Defizite entstehen können, die ausgeglichen werden müssen.

Darauf hingewiesen werden sollte, daß es einige Probleme beim Geldfluß zwischen den Regionalregierungen und den USL gibt, die einerseits als Erwerber von Gesundheitsleistungen und andererseits als Anbieter von stationären Versorgungsleistungen auftreten, wenn es sich um öffentlich finanzierte USL-Krankenhäuser handelt. Die öffentlichen Krankenhäuser des Nationalen Gesundheitsdienstes SSN rechnen Einzelleistungen ab, ihre Ausgaben werden einfach von der zuständigen USL übernommen. Die Ausgaben der selbstverwalteten Krankenhäuser werden nicht von der USL, sondern von der jeweiligen Region ausgeglichen. Die Finanzierung erfolgt zum Teil auf einer historischen Grundlage und zum Teil nach Gebührensätzen für Diagnosefallgruppen. Die Kosten der privaten Krankenhäuser, die Verträge mit den Regionen haben, werden durch die USL rückerstattet. Leistungen des privaten Sektors werden insbesondere dann genehmigt, wenn sie auf

dem öffentlichen Sektor nicht verfügbar sind. Die Vergütungen in anderen Kategorien von Privatkliniken erfolgen auf der Grundlage eines vereinbarten Tagessatzes für die stationäre Versorgung und nach Einzelleistungsabrechnung für ambulante Patienten.

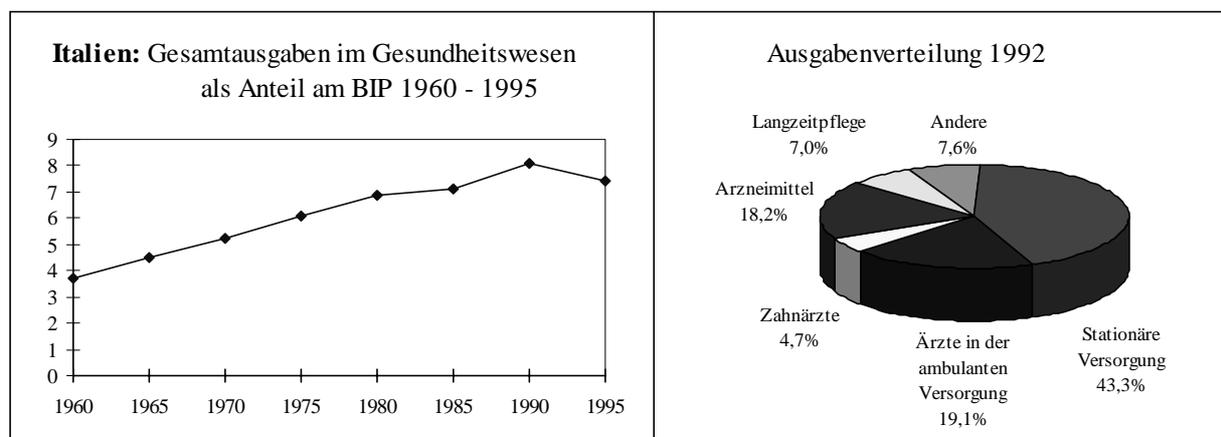
In Italien arbeiten die **Allgemeinärzte** und Kinderärzte in eigener Niederlassung und werden normalerweise mit einer Kopfpauschale für die Grundversorgung honoriert. Mit der jüngsten Reform wurde eine Einzelleistungsvergütung für kleinere chirurgische Eingriffe und eine Zuzahlung für die ambulante fachärztliche Versorgung eingeführt. Das in den öffentlichen Krankenhäusern arbeitende Gesundheitspersonal ist im allgemeinen beim Nationalen Gesundheitsdienst angestellt und bezieht ein Gehalt.

Die Rückerstattung der Kosten für verordnete **Arzneimittel** erfolgt weitgehend nach einer Positivliste. Lediglich Arzneimittel, die in Behandlungsplänen aufgeführt sind, werden in den Krankenhäusern verwendet. Für verordnete Arzneimittel der Klasse B für die ambulante Versorgung und für die Versorgung in Tageskliniken leisten die Patienten Zuzahlungen von 50 %. Die Arzneimittel der Klasse A für schwere und chronische Erkrankungen werden praktisch unentgeltlich bereitgestellt. Zahlreiche Patienten sind generell von allen Zuzahlungen befreit.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen in Italien sind von 3,6 % des BIP im Jahre 1960 auf einen relativ hohen Satz von 8 % im Jahr 1993 gestiegen { 7 % }. Seitdem wurde ein Rückgang auf 7,7 % { EU 7,7 % } verzeichnet, was auf zentrale Kostenkontrollmaßnahmen wie Einfrierung von Gehältern und Haushaltskürzungen bei Neueinstellungen zurückzuführen ist. Bei der Aufteilung der Gesamtausgaben auf die Hauptversorgungsbereiche zeichnet sich ein für Europa typisches Bild: Der Anteil der stationären Versorgung beträgt etwa 47 %, für die ambulante Versorgung werden 30 % und für Arzneimittelanteil 17 % ausgegeben.

Abbildung 13: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1960 - 1995; Ausgabenverteilung 1992



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Gesundheitsversorgung erfolgt durch öffentliche und durch private Träger. Die Rechtsvorschriften von 1978 ermöglichten vertragliche Vereinbarungen zwischen dem Nationalen Gesundheitsdienst SSN und den privaten, gewinnorientierten und gemeinnützigen Leistungsanbietern. Die Verträge unterscheiden sich nach Umfang und nach der mit dem Anbieter vereinbarten Vergütung.

Obwohl im **Krankenhaussektor** die Versorgungsleistungen überwiegend vom öffentlichen Sektor angeboten werden, ist der SSN stark auf die von den privaten Trägern erbrachten Versorgungsleistungen in den **Tageskliniken und Diagnosezentren** angewiesen. 80 % der Krankenhausbetten sind im öffentlichen Sektor, weniger als 20 % privat. Die öffentlichen Krankenhäuser sind selbstverwaltete Unternehmungen, die von Beauftragten der Region verwaltet werden. Gemeinnützige - und Privatkliniken arbeiten außerhalb des SSN. Die Patienten können alle Krankenhäuser einschließlich der privaten frei wählen.

Das Ergebnis ist die große Gefahr eines Überangebotes an stationären Leistungen und negativer Anreize für eine effiziente Leistungsversorgung aufgrund der Zahlungsvereinbarungen. Italien verfügte 1994 über 5,3 **Krankenhausbetten** je 1.000 Einwohner {4,7}. Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung ist zwar gesunken, befindet sich jedoch immer noch auf dem hohen Niveau von 8,8 Tagen je Behandlungsfall {7,6}. Die Aufnahmequote stieg auf 15,5 je 100 Einwohner im Jahr 1994 {16,7}. Insbesondere im Süden ist die häusliche Pflege nur sehr schwach entwickelt, und es gibt nur eine kleine Zahl von Seniorenheimen.

Die **Konsultationen** liegen mit 11 Haus- und Sprechstundenbesuchen pro Kopf und Jahr deutlich über dem europäischen Standard {7}.

Die **Grundversorgung** über den SSN erfolgt im allgemeinen durch die USL. Darüber hinaus gibt es häufig eine Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit dem SSN auf einer Teilzeitbasis neben ihrem Krankenhausdienst. Die Patienten sind entweder bei dem von der SSN angestellten oder den niedergelassenen Ärzten registriert, die theoretisch den Zugang zur Sekundärversorgung steuern.

Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	53	28,1	1994
Allgemeinärzte	---	8	1994
Fachärzte	5	12	1993
Praktiz. Zahnärzte	6	6	1992
Pflegepersonal	41	70	1992
Apotheker	10	7	1992

## AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

In den späten 90er Jahren lag das Hauptaugenmerk auf dem Management der Gesundheitsleistungen, die USL wurden vergrößert und die Krankenhäuser wurden zu

selbstverwalteten Unternehmungen. Da die Umsetzung der Reform von 1993 noch nicht abgeschlossen ist, kann noch nicht beurteilt werden, wie das Ergebnis hinsichtlich der Gleichbehandlung, der Effizienz und der Kostendämpfung ausfallen wird. Die Manager scheinen eher daran interessiert, den Haushalt auszugleichen, als die medizinische Versorgung zu verbessern. Erste Beobachtungen lassen darauf schließen, daß die größeren USL beträchtliche Schwierigkeiten im Managementbereich haben. Das Schicksal der privaten Träger ist noch nicht geklärt, da die Rationalisierung eine größere Inanspruchnahme, nicht jedoch die Bereitstellung privater Versorgungsleistungen gefördert hat

Da immer noch eine große Unzufriedenheit mit dem öffentlichen Gesundheitswesen besteht, steigt der Anteil der Bevölkerung ständig, der sich privat versichert, wobei die Versorgungsleistungen auf dem privaten Sektor aufgrund eines höheren Standards der nichtmedizinischen Grundleistungen wie der Verpflegung allgemein bevorzugt werden.

Eine zunehmende regionale Autonomie führte zu vehementem Widerspruch hinsichtlich der Aufteilung der Steuereinnahmen unter den Regionen, was nachteilige Auswirkungen auf die ungleiche Verteilung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen zwischen dem Norden und dem Süden hatte. Trotz zahlreicher Reformbemühungen fehlt es weiter an einer Strategie, um die grundlegenden Ungleichheiten im italienischen Gesundheitswesen in Italien zu beheben.

Der Druck auf den SSN ist weiterhin sehr hoch, und die Aussichten auf eine Änderung sind ungewiß. Einerseits gibt es Seilschaften politischer Parteien, die einen hohen Grad an Autonomie genießen. Andererseits steht die schwache Stellung der italienischen Regierung einem nachhaltigen Wandel im Wege.

## LUXEMBURG

### ÜBERBLICK

Die meisten Einwohner Luxemburgs sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (Assurance maladie) versichert, die in neun Sozialkrankenkassen untergliedert ist. Es handelt sich dabei größtenteils um berufsständische Krankenkassen; die Beiträge sind einkommensbezogen und werden je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer aufgebracht. Ein großer Teil der Bevölkerung hat eine Zusatzversicherung bei einer Ersatzkasse (Mutuelles) abgeschlossen.

Der wichtigste Unterschied bei der Gesundheitsversorgung im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedstaaten besteht darin, daß alle medizinischen Versorgungsleistungen durch niedergelassene Ärzte erfolgen.

Einen großen Anteil hat die fachärztlichen Versorgung. Die Bevölkerung des kleinsten EU-Mitgliedstaates ist mit ihrem Gesundheitswesen weitgehend zufrieden, wobei die Gesundheitsausgaben pro Kopf mit zu den höchsten gehören. Die Gesundheitsfinanzierung ist ein zentrales Thema, da die Krankenkassen und Krankenhäuser zunehmend Defizite verzeichnen.

Die Gesundheitsindikatoren liegen etwas unter dem EU-Durchschnitt und die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung steigt aufgrund eines zunehmenden Altersdurchschnitts der Bevölkerung. Als problematisch wird die Erbringung und Finanzierung der Langzeitpflege angesehen.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1997 hatte Luxemburg 412.000 Einwohner mit einer durchschnittlichen Alterspyramide. 23,8 % waren jünger als 20 {24,6}, 13,8 % waren älter als 65 Jahre {15} und 5,3 % waren über 75 {6,1}. Bis zum Jahr 2020 wird diese Gruppe nach den Schätzungen 8,2 % betragen {8,9}.

Die allgemeinen Gesundheitsindikatoren liegen etwas unter dem EU-Durchschnitt. Die **Lebenserwartung** bei der Geburt für Männer und Frauen liegt unter dem EU-Durchschnitt. 1995 betrug sie für Frauen 79,1 {80} und für Männer 72,6 {73,6}. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern (6,5 Jahre) liegt etwas über dem EU-Durchschnitt {6,4}.

Die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** lag 1993 bei 8,0 je 1.000 Einwohner {8,2}. Die **Säuglingssterblichkeit** lag 1996 mit 4,9 je 1.000 Lebendgeborene {5,4} ebenso wie die **perinatale Sterblichkeit** mit 7,0 % je 1.000 Lebend- und Totgeborene im Jahr 1993 etwas unter dem EU-Durchschnitt {7,5}. Die Haupttodesursachen bei jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren sind Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr.

Die **Sterblichkeit** an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (104) für beide Geschlechter liegt unter dem EU-Durchschnitt {139}, und die Sterblichkeit an Krebs liegt bei den Männern mit 303 darüber.

1993 war der geschätzte VPLJ je 1 Million Einwohner an ausgewählten Todesursachen bei den Männern durch Krebserkrankungen und bei den Frauen durch Krankheiten des zerebrovaskulären Systems besonders hoch (siehe Tabelle 1).

Die Zahl der **AIDS**-Fälle ist seit 1993 gesunken und lag mit 29,3 gemeldeten Neuerkrankungen auf eine Million Einwohner im Jahr 1996 deutlich unter dem EU-Durchschnitt {42,7}.

Der Indikator für **Zahnerkrankungen** betrug 1990 bei den 12jährigen 3,1 DMFT im Jahr {3,1}.

Der **Tabakkonsum** liegt leicht über dem EU-Durchschnitt, wobei 1992 38 % der Männer {37,1} und 26 % der Frauen über 15 rauchten {25,1}.

Der **Alkoholkonsum** betrug 1990 14,7 Liter und war der höchste in der EU {11,6}. Diese Angaben müssen jedoch mit Vorsicht behandelt werden, weil die Einwohner aus den Nachbarländern in Luxemburg beträchtliche Alkoholmengen für den persönlichen Gebrauch erwerben.

Die Zielvorgabe des Regierungsplans "Santé pour Tous" ist eine Senkung vorzeitiger und vermeidbarer Sterbefälle und eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Die Krankenkassen unterliegen der Aufsicht des Ministeriums für Arbeit und Sozialversicherung und werden von gewählten Vertretern der Anbieter und Mitglieder der Krankenkassen verwaltet. Sie sind in einem Dachverband zusammengeschlossen, der für die Abrechnungen und Verwaltung der Zahlungen an die Anbieter verantwortlich ist. Die Höhe der Vergütungen ist Gegenstand der Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Anbietern. Der Dachverband, dem die Präsidenten und Vizepräsidenten aller Krankenkassen angehören, wurde 1994 gegründet und verwaltet zentral das gemeinsame Budget aller Krankenkassen. Zur Konsolidierung des Budgets kann der Dachverband die Verträge mit den Anbietern gestalten sowie die Zuzahlungsbeträge und die Krankenkassenbeiträge ändern.

Das Gesundheitswesen ist direkt dem Gesundheitsministerium unterstellt. Der luxemburgische Krankenhausverband berät das Ministerium in Angelegenheiten der Krankenhausbedarfsplanung und -organisation.

Die Krankenversicherung (Assurance maladie) bietet der Mehrheit der Bevölkerung Versicherungsschutz, einige Berufsgruppen sind in spezifischen Berufskrankenkassen versichert, die sie nicht frei wählen können. Das Leistungspaket für die Krankenversicherung ist einheitlich und wird von der Regierung festgelegt.

Die Zusatzversicherungen bieten normalerweise eine begrenzte zusätzliche Deckung für besondere Leistungen bei der stationären und zahnärztlichen Versorgung. Lediglich 4.000 Einwohner (1 %) waren 1992 privat versichert. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren jedoch deutlich gestiegen.

### 2. Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt überwiegend aus Beiträgen zu der Sozialversicherung, die zur Hälfte vom

Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer getragen werden und ca. 5 % des Bruttoarbeitsentgeltes betragen. Die Beitragssätze werden vom Dachverband der Krankenkassen (Union de Caisse de maladie - UCM) festgelegt. 1995 erfolgte 60 % der Finanzierung durch die Krankenkassenbeiträge. Die staatlichen Beihilfen im Gesundheitswesen betragen 31 %, 8,5 % wurden durch Zuzahlungen und die Privatversicherung finanziert.

Die Patienten erhalten normalerweise eine Kostenrückerstattung durch die Krankenkassen, Bestrebungen gehen jedoch dahin, daß die Leistungsanbieter direkt von den Krankenkassen bezahlt werden sollten.

**Alle Krankenhäuser (öffentliche und private)** werden seit 1995 für ihre Leistungen aus dem zentral verwalteten gemeinsamen Budget bezahlt. Die Einführung der Krankenhausbudgets ersetzte das vorangegangene Gebührensystem nach Tagessätzen. Das Budget jedes einzelnen Krankenhauses wird zwischen der UCM und den Krankenhäusern verhandelt. Diese Budgets beinhalten nicht die Honorare der Ärzte, die mit Ausnahme eines einzigen Krankenhauses weiterhin nach Einzelleistungen abgerechnet werden. Die Schwangerenversorgung wird durch einen Pauschalbetrag abgeglichen. Die Regierung zahlt einen Anteil von bis zu 80 % der Kapitalkosten und behält somit eine weitgehende Kontrolle über die Kapitalinvestitionen. Eine pauschalisierte Zuzahlung zu den Krankenhausleistungen soll die Ausgaben für die Verpflegung decken.

In der **ambulanten Versorgung** erfolgt die Abrechnung nach Einzelleistungen. Die Gebührenordnung wird zwischen den Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen verhandelt und ist für alle Seiten verbindlich. Das gilt auch für die private Krankenversicherung. Die Vereinbarungen müssen von einem interministeriellen Ausschuß genehmigt werden. Die Patienten erhalten eine Kostenrückerstattung durch die Krankenkassen mit Ausnahme einer Zuzahlung von 5 % (oder 20 % für den ersten Hausbesuch im Monat).

Die **Zahnärzte** rechnen nach Einzelleistungen ab. Die Gebührenordnung ist Gegenstand der Verhandlungen zwischen den Vertretern der Zahnärzteschaft und der Krankenkassen. Die Zuzahlungen bei Prothesen beträgt 20 %. Für anderen Zahnersatz ist ein Eigenanteil nur von den Patienten zu leisten, die in den letzten zwei Jahren keinen Zahnarztbesuch nachweisen können.

Bei **Arzneimitteln** erfolgen die Zuzahlungen der Patienten auch durch einen Pauschalbetrag, der sich auf 8 % des Preises beläuft. Für einige erstattungsfähige Medikamente gibt es eine Negativliste. Es gibt keine Positivliste. Die Einführung eines Festpreissystems wird derzeit erwogen.

Die Preise einiger Medikamente orientieren sich an jenen, die in Belgien gelten, bei anderen herrscht jedoch keine Preisbindung. Eine Transparenzliste, die von Apothekern und Ärzten zur Verbesserung einer effizienten Verordnung erstellt wurde, ist für die Anbieter nicht verbindlich.

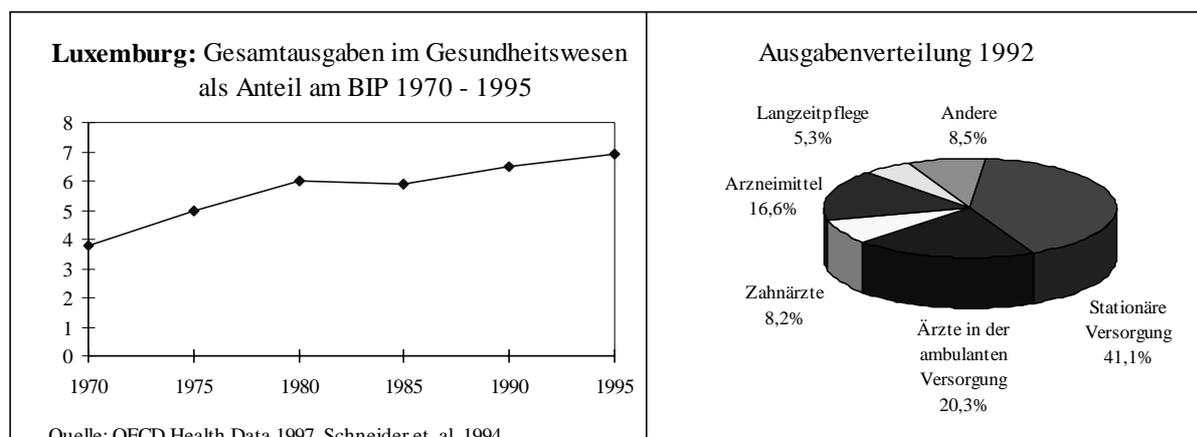
### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Die Gesundheitsausgaben in Luxemburg stiegen drastisch von 3,7 % des BIP im Jahr 1970 auf 6,4 % im Jahr 1981. Seither ist diese Zahl langsamer angestiegen, belief sich 1995 auf 7,0 % des BIP und liegt damit unter dem EU-Durchschnitt {7,2 %}. Dieser Wert entspricht jedoch 2.279 ECU pro Kopf und ist somit der zweithöchste Betrag in der EU {1.413}. Diese Diskrepanz ist teilweise auf den starken Anstieg des Volkseinkommens in Luxemburg zurückzuführen, wovon ein Großteil aus dem Ausland stammt. Deshalb gibt es einen beträchtlichen Unterschied zwischen dem

Gesamteinkommen und dem verfügbaren Einkommen.

Die Ausgabenverteilung entspricht überwiegend dem EU-Durchschnitt, wobei die Krankenhausausgaben den größten Anteil daran haben, gefolgt von den Ausgaben für die ambulante Versorgung und die Arzneimittel. Das Ausgabenwachstum war im letzten Jahrzehnt insbesondere im Arzneimittelsektor sehr hoch.

Abbildung 14: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1970 - 1995; Ausgabenverteilung 1992



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Gesundheitsversorgung erfolgt durch private und öffentliche Träger. Die **Krankenhausplanung** erfolgt nach einem geographischen Plan. Für den Bau neuer Krankenhäuser ist die Genehmigung der Regierung erforderlich.

Luxemburg verfügte 1994 über 18 Krankenhäuser und 4.443 Krankenhausbetten. Privatkliniken werden überwiegend von Wohlfahrtsverbänden betrieben. Der Versicherte kann sich in ein Krankenhaus seiner Wahl - auch in anderen Mitgliedstaaten - begeben, wobei jedoch zuvor die Zustimmung der jeweiligen Krankenkasse erforderlich ist.

Es gibt ein Überangebot an Akutbetten. In der Langzeitpflege fehlen jedoch ausreichende stationäre und Pflegeeinrichtungen, was zu langen Wartelisten führt.

Die Gesamtzahl der **Krankenhausbetten** je 1.000 Einwohner war 1994 nach dem europäischen Standard mit 11,1 Betten hoch {7,3}. Das geht einher mit einer relativ hohen Zahl von 1,8 der stationären Krankenhaustage pro Kopf in der Akutversorgung {1,25}.

Der **durchschnittliche Aufenthalt** in der Akutversorgung sank 1993 zwar auf 9,8 Tage, war jedoch

noch immer der zweithöchste in der Europäischen Union {7,6}.

In der **ambulanten Versorgung** haben die Patienten freien Zugang zur Gesundheitsversorgung und technologisch hoch entwickelter Ausrüstung, die von niedergelassenen Allgemeinmedizinern, Fachärzten und Zahnärzten gestellt wird. Die Grundversorgung für Kinder wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen wird vom Staat und den Kommunen organisiert. Die Anzahl der Sprechstundenbesuche je Einwohner und Jahr lag 1994 bei 8,3 für Frauen und 6,4 für Männer.

Im Verhältnis zur Bevölkerung ist Luxemburg recht gut mit kostenintensiver Medizintechnologie bei bildgebenden Diagnoseverfahren und in der Strahlentherapie ausgerüstet.

In Luxemburg gibt es keine medizinischen Hochschulen, und alle Ärzte werden im Ausland ausgebildet, normalerweise in Deutschland, Frankreich, Belgien, Schweiz oder im Vereinigten Königreich.

Die Ärzte sind verpflichtet, ihre Versorgungsleistungen innerhalb des Sozialversicherungssystems anzubieten. Die Anzahl der **praktizierenden Ärzte** liegt mit 21,6 je 10.000 Einwohner unter dem EU-Durchschnitt {28,1} (1994). Die meisten davon sind Fachärzte. Der Anteil der Ärzte am gesamten Gesundheitspersonal lag 1991 bei 11,1 % {13,5 %}.

Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	22	28	1994
Allgemeinärzte	8	8	1994
Fachärzte	13	13	1994
Praktiz. Zahnärzte	5	6	1993
Pflegepersonal	68	86,8	1994 (WHO)
Apotheker	9	8	1994

## AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Durch die letzte größere Gesundheitsreform im Jahre 1992 erfolgte eine überwiegende Neuorganisation der Krankenkassen. Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung hat aufgrund der steigenden Defizite der Sozialversicherungen entscheidende Bedeutung erlangt. Die staatlichen Subventionen wurden mittlerweile auf einen Höchstsatz von 40 % der gesamten Gesundheitsausgaben begrenzt. Wird der Höchstsatz überschritten, müssen zusätzliche Finanzierungsquellen eingerichtet werden.

Die Erbringung und Finanzierung der Langzeitpflege, die für die Bevölkerung in Luxemburg das größte Problem darstellt, wurde mit der Gesundheitsreform von 1992 nicht systematisch angegangen.

Die Einrichtung von Pflegeheimen ist sehr wichtig, weil es in diesem Bereich nicht genügend Pflegepersonal gibt. Die Bestrebungen gehen dahin, durch eine Neuklassifizierung der Betten Kapazitäten von der Akutversorgung auf die Langzeitpflege zu übertragen. Das Gesundheitsministerium hat begonnen, das System der häuslichen Pflege für die Senioren zu verbessern, um Aufenthalte in Krankenhäuser zu vermeiden. Programme für häusliche Pflege werden durch die Kommunen und durch eine finanzielle Unterstützung bei der häuslichen Pflege ausgebaut. Die Einführung einer Pflegeversicherung wird derzeit erwogen.

## NIEDERLANDE

### ÜBERBLICK

Das niederländische Gesundheitswesen wird größtenteils sowohl durch die gesetzliche als auch durch die private Krankenversicherung finanziert, wobei 1993 62 % der Bevölkerung Mitglieder in der gesetzlichen und 31 % in der privaten Krankenversicherung waren. Der Leistungskatalog der Nationalen Pflichtversicherung für besondere Krankheitskosten (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - ABBZ) umfaßt Akutrisiken, chronische Erkrankungen, Invalidität und psychiatrische Versorgung. Der private gemeinnützige Sektor und niedergelassene Ärzte spielen bei der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle.

Die Niederländer sind im Vergleich zu anderen europäischen Bürgern mit ihrem Gesundheitswesen weitgehend zufrieden. In einer Umfrage waren 72,8 % sehr oder ziemlich zufrieden mit dem System, im Vergleich dazu liegt der EU-Durchschnitt bei 50,3 %<sup>25</sup>. Eine besondere Stärke des Systems ist die umfassende Leistung für ambulante Versorgung und Langzeitpflege für die Älteren. Die Kostendämpfung im Arzneimittelsektor war besonders erfolgreich, und die Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP sind in den 90er Jahren, dem Jahrzehnt der Gesundheitsreform, stabil geblieben.

1986 sahen die Reformvorschläge der Dekker-Kommission einen Umbau in zwei Hauptbereichen des niederländischen Gesundheitswesens vor, und zwar die Einführung einer allgemeinen Pflichtversicherung für Versorgungsleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich für die gesamte Bevölkerung und einen geregelten Wettbewerb auf dem Versicherer- und Anbietermarkt. Die vier Hauptziele der Reform waren: Koordinierung der Finanzierung im Gesundheits- und Sozialwesen, Erhöhung der finanziellen Effizianzanreize in der Gesundheitsversorgung, verbesserte Koordination zwischen der Finanzierung und Planung der Gesundheitsdienste und gesteigerte Selbstregulierung des vielschichtigen niederländischen Krankenversicherermarktes. Der Simon-Plan von 1990 verfolgt die Grundsätze des Dekker-Plans von 1986 und entwickelte diesen weiter. Die Regierung hat seitdem die stufenweise Umsetzung durch Ausweitung des Versicherungsschutzes auf Nicht-Akutrisiken (z.B. medizinische Anwendungen und ambulant verordnete Arzneimittel) betrieben und Schritte in Richtung auf eine Marktorientierung, die Umwandlung der Krankenkassen von Verwaltungseinheiten in Risiko tragende Unternehmungen, die Möglichkeit, daß Krankenkassen mit ausgewählten Ärzten und Apothekern Einzelverträge abschließen, Verhandlungen über Vergütungen jenseits der offiziell genehmigten Gebührensätze und die Ausweitung ihres Einzugsgebietes unternommen. Der Wettbewerb findet nun auf der Grundlage der Pauschalprämien zwischen der Qualität und Quantität der von den Vertragsanbietern erbrachten Leistungen statt.

Es haben große Veränderungen wie die deutliche Zunahme der Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung der Versorgungsleistungen und Umstrukturierung der Krankenkassenverwaltungen stattgefunden. Die Umsetzung der Reformen ist aufgrund eines starken Widerstandes auf seiten der Interessengruppen und der technischen und politischen Vielschichtigkeit der Reform hinter dem Zeitplan.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1996 hatte die Niederlande 15,5 Millionen Einwohner, wobei der Anteil der jugendlichen und auch der älteren Bevölkerung etwas über dem EU-Durchschnitt lag. Der Anteil der Älteren ist für EU-

---

<sup>25</sup> ) Vgl. Mossialos, 1997.

Verhältnisse niedrig.

Die **Lebenserwartung** bei der Geburt betrug 80,4 Jahre für Frauen {80,2} und 74,7 Jahre für Männer {73,9}.

Die Sterblichkeit lag unter dem EU-Durchschnitt: die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** betrug 1993 9,0 je 1.000 Einwohner {8,2}, die **Säuglingssterblichkeit** lag 1996 bei 5,2 je 1.000 Lebendgeborene {5,4}, die **perinatale Sterblichkeit** lag jedoch mit 7,9 % je 1.000 Lebend und Totgeborene im Jahr 1995 über dem Durchschnitt {7,5}.

Die Sterbefälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (118 für beide Geschlechter) lag unter dem EU-Durchschnitt {139}, die Sterbefälle an Krebserkrankungen sind für beide Geschlechter (295) jedoch deutlich höher als der EU-Durchschnitt {200}.

Die **AIDS**-Fälle sind seit 1992 gesunken und lagen mit 25,1 neu gemeldeten Fällen je 1 Million Einwohner im Jahr weit unter dem EU-Durchschnitt {42,7}.

1992 waren 42,9 % aller Männer {37,4} und 30,5 % aller Frauen {25,1} über 15 **Raucher**.

Der **Alkoholkonsum** belief sich 1990 auf 9,9 Liter im Jahr {11,7}.

Der Alkohol- und Tabakkonsum ist während der 80er und 90er Jahre gesunken. Das könnte auf die beträchtliche Steigerung der Aktivitäten in der Gesundheitsförderung in den frühen 90er Jahren und einem Rauchverbot in der Öffentlichkeit gemäß einem Gesetz von 1990 zurückzuführen sein.

Der **DMF**-Indikator für 12jährige lag 1990 bei 1,7, und war somit weit unter dem EU-Durchschnitt ist {3,1}.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Die gesamte Bevölkerung ist in der Nationalen Pflichtversicherung für besondere Krankheitskosten (AWBZ) gegen chronische Erkrankungen und Langzeitpflege pflichtversichert. Der Leistungskatalog der Nationalen Pflichtversicherung wurde allmählich ausgeweitet, 1989 wurden psychiatrische Behandlung, künstliche Gliedmaßen und Anwendungen und 1992 die ambulante Verordnung von Medikamenten aufgenommen. Dennoch wird durch die Nationale Pflichtversicherung der Großteil der Ausgaben für stationäre Versorgung nicht gedeckt.

Die gesetzliche Krankenversicherung (Verplichte Ziekenfondsverzekering - ZFW) wird von nahezu 40 Krankenkassen angeboten, bei denen 60 % der niederländischen Bevölkerung versichert sind. Die Bemessungsgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung liegt unter der in den anderen Gesundheitssystemen nach dem Bismarck-Modell geltenden. Ein Großteil der Bevölkerung, nahezu 37 %, gehört zu den höheren Einkommensgruppen, und Selbständige können sich nicht gesetzlich, sondern müssen sich privat krankenversichern (Particular Verzekering), um die Ausgaben für die Akutversorgung in Form von Sachleistungen zu decken.

Für die öffentlichen Bediensteten, das sind ca. 6 % der niederländischen Bevölkerung, gibt es ebenfalls eine spezifische Pflichtversicherung, die im Vergleich zur ZWF einen umfassenderen Versicherungsschutz im Form von Sachleistungen bietet.

Die Mitglieder der gesetzliche Krankenkassen können Zusatzversicherungen (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) abschließen, um zusätzliche Risiken abzudecken. Nahezu 90 % der Krankenkassenmitglieder haben eine Zusatzversicherung, um Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung abzudecken.

Das Ministerium für öffentliche Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (VWS) trägt die Verantwortung für die Planung und Umsetzung der gesundheitspolitischen Maßnahmen und die gesetzliche Krankenversicherung. Der Gesundheitsminister entscheidet über die Höhe der einkommensbezogenen Beiträge an die Krankenkassen nach Konsultation des Krankenkassenrates. Er ist zuständig für den Planungsbedarf an Versorgungsleistungen, wobei ihm die Entscheidung über die Anschaffung kostenintensiver Medizintechnik und die Einrichtung von Krankenhausabteilungen obliegt, ebenso wie bei den zwischen den Krankenkassen und Ärzten sowie den Krankenhäusern verhandelten Gebühren. Alle haushaltstechnischen Entscheidungen müssen vom Parlament verabschiedet werden. Der Nationale Sachverständigenrat für öffentliche Gesundheit, der Krankenhausrat und der Gesundheitsrat sind halbstaatliche Einrichtungen, die den Gesundheitsminister beraten.

## **2. Finanzierung**

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert den überwiegenden Anteil des Gesundheitswesens in den Niederlanden - 1992 nahezu 68 % der Gesundheitsausgaben. Der Anteil der Privatversicherung belief sich auf 13,7 % der Ausgaben. Die Finanzierung wird durch direkte Zuzahlungen und staatliche Subventionen ergänzt.

Ein Gesamtbudget für die Gesundheitsausgaben wird vom Ministerium vorgeschlagen und vom Parlament verabschiedet. Darüber hinaus gibt es bei einigen Versorgungsbereichen wie Krankenhäusern und ambulanter Versorgung Ausgabenhöchstgrenzen.

Die Krankenkassenbeiträge sind einkommensbezogen und werden größtenteils vom Arbeitgeber getragen (5,15 % des Bruttoeinkommens), der Beitragsanteil der Arbeitnehmer ist wesentlich niedriger (1,15 % des Bruttoeinkommens). Die Verwaltung und Verteilung der Beiträge erfolgt durch einen Zentralfonds auf der Grundlage der Risikostruktur der Mitglieder. Zudem zahlen die Mitglieder einen von den einzelnen Krankenkassen festgelegten Pauschalbetrag. Der Pauschalbetrag belief sich 1995 auf 10 % aller Gesundheitsausgaben. Die Zahlung eines Pauschalbetrags und einer Kopfpauschale an die Krankenkassen wurde 1993 eingeführt und ersetzte das vorangegangene System einer vollen Kostenrückerstattung der Ausgaben der Krankenkassen.

Der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse wurde vereinfacht, indem die Krankenkassen jetzt auch andere Mitglieder aufnehmen können. Die Krankenkassen können bei der Qualität und Quantität ihrer Leistungen in Wettbewerb treten. Der Wettbewerb in der Privatversicherung hat im niederländischen Gesundheitswesen eine längere Tradition. Die Privatversicherer sind insbesondere vertraut mit den wettbewerbsorientierten Prämienzahlungen und Ansprüchen auf Versorgungsleistungen und Qualitätspflege. Die Beiträge werden individuell durch die privaten Versicherer festgelegt und sind weitgehend vom Alter der Mitglieder abhängig.

Die Leistungsvergütungen werden zwischen den Krankenkassen oder den Privatversicherern und den Leistungserbringern verhandelt. Der Höchstsatz wird von der Regierung festgelegt, seit 1992 können jedoch auch niedrigere Gebührensätze vereinbart werden.

Die Finanzierung der **stationären Versorgung** erfolgt durch ein Globalbudget, das seit 1983 von jeder regionalen Bezirksverwaltung angewendet wird. Der Budgetentwurf wird nun für jedes Krankenhaus auf der Grundlage hochgerechneter Aktivitäten und Ausgaben für Kapitalinvestitionen und Personal geplant. Funktionelle Unterschiede zwischen den Krankenhausabteilungen und die sich daraus ergebenden Ausgabenunterschiede werden dabei berücksichtigt. Das Budget wird vom Zentralrat für Tarifkontrolle geplant (Central Orgaan Tarieven Gesondheidszorg - COTG). Die in den Krankenhäusern arbeitenden Ärzte werden nach Einzelleistungen und der vom COTG festgelegten Gebührenordnung honoriert.

In den Niederlanden gibt es eine lange Tradition der öffentlichen Finanzierung für verschiedene Arten der **Langzeitpflege**, und die Kapazitäten für die stationäre Langzeitversorgung gehören zu den höchsten in der Welt<sup>26</sup>.

Der Einsatz von Medizintechnik ist zustimmungspflichtig und wird vor der Aufnahme in das Leistungsangebot eingehend geprüft. Die wichtigste Institution zur medizinisch-technologischen Bewertung ist in diesem Zusammenhang der Gesundheitsrat, dessen Aufgabe gesetzlich festgeschrieben ist. Die niederländische Organisation für technologische Bewertung (NOTA) berät das Parlament. In den Niederlanden findet zunehmend eine Evaluierung dirigistischer Maßnahmen zur Verbesserung des Kosten-Nutzen-Effektes im Gesundheitssektor statt.

Die in **Praxen niedergelassenen Ärzte** erhalten in der Regel eine Kopfpauschale von der gesetzliche Krankenversicherung und rechnen mit den Privatversicherungen nach Einzelleistungen ab. Das Honorar der Fachärzte setzt sich aus Kopfpauschalen und Einzelleistungsvergütungen für technische Maßnahmen und Diagnosen zusammen. Bemühungen, die Höhe der Facharzthonorare zu kürzen, waren aufgrund eines gleichzeitigen Anstiegs des Leistungsvolumens von begrenztem Erfolg.

Die **Arzneimittel** sind in einer Positivliste erstattungsfähiger Medikamente aufgeführt. Ein Festpreissystem wurde 1991 für genehmigte Produkte eingeführt und von einem unabhängigen Ausschuß erstellt, der der Krankenkassenvereinigung berichtet. Die Patienten müssen die Kosten, die über den Festpreis hinausgehen, selbst tragen.

Die **Zuzahlungen** belaufen sich auf durchschnittlich 8 % des Preises des verordneten Medikaments. Weitere Zuzahlungen werden erhoben für zahnärztliche Behandlungen, medizinische Anwendungen und Pflegeheime.

---

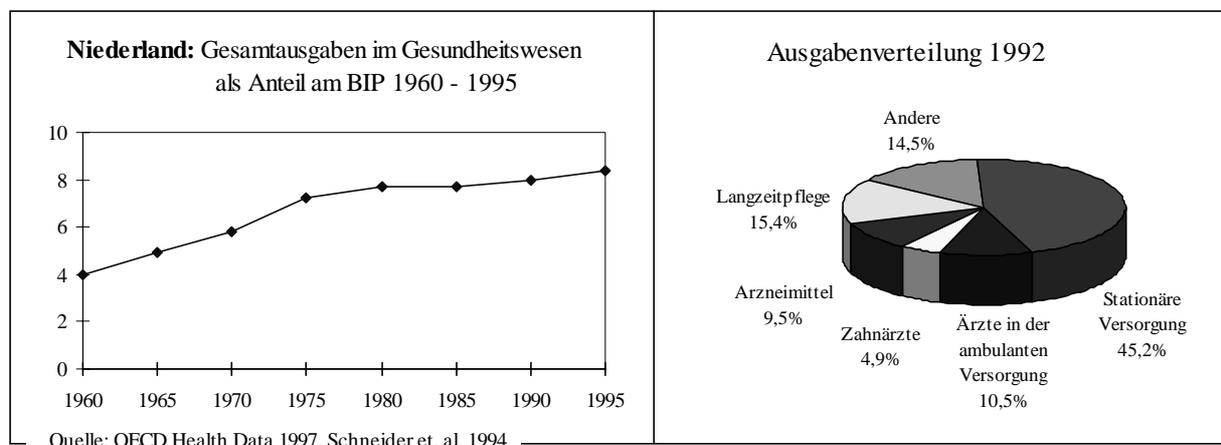
<sup>26</sup> ) Vgl. Van het Loo, unveröffentlicht, 1998.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

In den Niederlanden stiegen die Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP von 4,3 % im Jahre 1965 auf 8,3 % im Jahre 1982 und kamen nach einem leichten Anstieg 1990 wieder auf diesen Stand zurück. Sie stiegen 1992 dann auf 8,6 % und blieben 1995 auf diesem Niveau. Die Zahl ist im Vergleich zum EU-Durchschnitt hoch {7,7 %} und entspricht 1.711 ECU pro Kopf {1.413 ECU} (Abbildung 15).

Die Verteilung der Ausgaben ist im letzten Jahrzehnt sehr konstant geblieben, veranschaulicht wird dies für 1992 (Abbildung 15). Der Ausgabenanteil für Arzneimittel ist einer der niedrigsten in der EU. Da die stationäre Versorgung in den verschiedenen Quellen nicht einheitlich definiert ist, gibt es unterschiedliche Angaben zum Anteil der stationären Versorgung, der die Ausgaben sowohl für die stationäre als auch für die Versorgung in ambulanten Abteilungen umfassen kann.

Abbildung 15: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1960 - 1995; Ausgabenverteilung 1992



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

**Gesundheitsschutz und -vorsorge** werden durch ein nationales Immunisierungs- und Vorsorgeprogramm sowie nationale Kampagnen zur Gesundheitsförderung organisiert. Die Gesundheitsvorsorge wird in erster Linie bei den Allgemeinärzten durchgeführt, die eine sehr gute Ausbildung auf diesem Gebiet haben. Die Kosten für die Gesundheitsvorsorge werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Die Allgemeinärzte spielen in den Niederlanden eine Schlüsselrolle, weil sie nahezu die gesamte **medizinische Grundversorgung** leisten und normalerweise den Zugang zu den Fachärzten kontrollieren, die überwiegend in Krankenhäusern arbeiten. Die Allgemeinärzte (Huisartsen) sind

unabhängige Auftragsnehmer, und ca. 40 % von ihnen sind in Gemeinschaftspraxen oder Gesundheitszentren tätig. Obwohl die Mehrzahl der Fachärzte freiberuflich arbeitet, wird die fachärztliche Versorgung fast ausschließlich von den Krankenhäusern organisiert.

Die Patienten müssen sich bei einem Allgemeinarzt und auch bei einem Apotheker registrieren lassen. Kassenpatienten können unter allen Allgemeinärzten wählen, die einen Vertrag mit ihrer Krankenkasse abgeschlossen haben, das gilt jedoch in der Regel für alle Allgemeinärzte. Privat versicherte Patienten und öffentliche Bedienstete können jeden beliebigen Allgemeinarzt aufsuchen. Die Zuzahlungen für die ambulante Versorgung wurde 1990 abgeschafft.

Es gibt Anzeichen dafür, daß alternative Behandlungsmöglichkeiten wie die Homöopathie zunehmend von den Allgemeinärzten angeboten und von den Patienten immer häufiger in Anspruch genommen werden. Die Kosten für die homöopathische Behandlung werden nur zu einem geringen Teil durch die Krankenkassen rückerstattet, oftmals jedoch durch die Zusatzversicherungen gedeckt.

Die **zahnmedizinische Versorgung** wird mit Ausnahme der Vorsorgebehandlungen größtenteils von den Zusatzversicherungen gedeckt. Eine Eigenbeteiligung durch die Patienten liegt darüber hinaus zwischen 0 und 100 % für restaurative Maßnahmen.

Die **stationäre Versorgung** in den Niederlanden erfolgt überwiegend durch private gemeinnützige und selbstverwaltete Krankenhäuser. Nahezu 85 % der 55.000 Aktivbetten waren 1996 in privater Trägerschaft. Nahezu alle der 156 Krankenhäuser (1996) haben ambulante Abteilungen, die fester Bestandteil des Systems sind. Zunehmend wird die ambulante Versorgung der stationären Versorgung vorgezogen, wobei die Versorgung in Tageskliniken zunehmend an Bedeutung gewinnt. Seit 1988 finden Zusammenlegungen von Krankenhäusern statt, und die Provinzen haben die Bettenkapazitäten in der Akutversorgung gesenkt. Die Niederlande ist mit **Akutbetten** immer noch gut versorgt, die zwischen 1985 und 1994 von 4,7 auf 4,0 je 1.000 Einwohner sanken {4,7}. Der **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung liegt mit 9,9 Tagen je 1.000 Einwohner im Jahr 1994 über dem Durchschnitt {7,6}.

Die Anzahl der **praktizierenden Ärzte** betrug 29,3 je 10.000 Einwohner {EU 28,0 im Jahr 1990}. 1994 belief sich die Anzahl der Fachärzte je 1.000 Einwohner auf 8,7 und lag damit deutlich unter dem EU-Durchschnitt {11}. Seit 1984 ist die Zahl der in Ausbildung befindlichen Ärzte aufgrund von Kapazitätseinschränkungen gesunken. Mittlerweile fehlt medizinisches Personal insbesondere in der Orthopädie, Ophthalmologie, Rheumatologie und Psychiatrie. Die Niederlassungsbeschränkung für Ärzte in bestimmten Gebieten wurde 1992 abgeschafft. Der Zugang zum Studium an den medizinischen Hochschulen ist streng geregelt.

Die Anzahl der selbständigen Apotheker gehört mit 1,6 je 10.000 Einwohner zu den niedrigsten in der Europäischen Union {7,7}.

Tabelle 19: Gesundheitspersonal in den Niederlanden			
Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr

Praktizierende Ärzte	29	28	1994
Allgemeinärzte	4	8	1994
Fachärzte	9	11	1994
Praktiz. Zahnärzte	31	70	1993
Pflegepersonal	2	6	1993
Apotheker	2	8	1994

## AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Im letzten Jahrzehnt gab es in dem niederländischen Gesundheitswesen einen grundlegenden Wandel, die Hauptziele waren die Kostendämpfung und Effizienzsteigerung beim Erwerb und der Erbringung von Versorgungsleistungen. Ein Hauptinstrument für die Kostendämpfung war die Festsetzung von Höchstgrenzen im Budget für Gesamt- und sektorielle Ausgaben.

Der Dekker-Plan von 1986 sorgte für einen "regulierten Markt", um die Effizienz bei den gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu steigern. Obwohl der Dekker-Plan niemals völlig umgesetzt wurde, gab es Schritte in Richtung auf ein mehr marktorientiertes Versicherungs- und Anbieternetzwerk. Vor diesem Hintergrund werden jetzt die Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ausgehandelt, wodurch die Regulierung der Planung und Vertragsschließung für die Leistungserbringung auf die Krankenkassen überging.

Andererseits wurde die Nationale Pflichtversicherung für besondere Krankheitskosten (AWBZ) durch den Dekker-Plan für eine gesetzliche Krankenversicherung um eine große Bandbreite an medizinischen Versorgungsleistungen erweitert. Die AWBZ steht unter strenger zentraler Kontrolle.

Die Frage eines umfassenden Versicherungsschutzes wird weiterhin diskutiert. Die Koexistenz von Privatversicherungen und Sozialversicherungen mit ihren Unterschieden in der Qualität und Quantität der Grundversorgung und der hochentwickelten Versorgungsleistungen hat zu Diskussionen über eine größere Annäherung der beiden System geführt.

Von seiten der Regierung wird die Formulierung von Leitlinien für eine effiziente und angemessene medizinische Versorgung in den Niederlanden gefördert, obwohl dies als letztendliche Verantwortung der Leistungserbringer und ihrer wissenschaftlichen Vereinigungen und Versicherer in Absprache mit den Patienten angesehen wird. An der Qualitätssicherung sind alle Parteien in einer gemeinsamen Anstrengung zur Definition und Überwachung der Pflegestandards beteiligt. Es gibt bereits einige etablierte Programme, die für die Erweiterung der Leitlinien hin zu einer effektiven, effizienten und kostenwirksamen medizinische Qualitätspflege geeignet sind, wie z.B. die niederländische Initiative zur technologischen Bewertung in der Gesundheitsversorgung.

Darüber hinaus wurden in letzter Zeit Finanzinformationssysteme zur Unterstützung der Umsetzung und Überwachung der Kostendämpfung institutionalisiert.



## PORTUGAL

### ÜBERBLICK

Der portugiesische Nationale Gesundheitsdienst "Serviço Nacional de Saúde" wurde 1979 eingeführt, durch den jeder Bürger Portugals unabhängig vom Einkommen allgemeinen Versicherungsschutz genießt. Die Verfassung wurde 1989 dahingehend verändert, daß der Nationale Gesundheitsdienst nicht mehr in jedem Falle kostenlos in Anspruch genommen werden kann. Zwar wurde die unentgeltliche Versorgung weiterhin angestrebt, jedoch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage des Einzelnen. Die Finanzierung erfolgt überwiegend aus öffentlichen Mitteln, einige Versorgungsleistungen werden jedoch noch weiterhin innerhalb der Sozialversicherung erbracht. Die Versorgung erfolgt in erster Linie durch den öffentlichen Sektor.

Die Gesundheitsausgaben sind im Vergleich zum EU-Durchschnitt sehr niedrig. Die Portugiesen sind mit ihrem Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen EU-Bürgern weitgehend unzufrieden. Es gab eine Zahl von Gesetzesinitiativen zur Verbesserung der Standards der Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen. Da die gesundheitlichen Versorgungsleistungen die Nachfrage noch nicht ausreichend zufriedenstellen, gab es im letzten Jahrzehnt einen großen Zuwachs der Aktivitäten auf dem privaten Sektor, und zwar insbesondere bei der privaten Krankenversicherung.

Trotz der geringen Finanzmittel für das Gesundheitswesen haben sich die Gesundheitsindikatoren in den letzten Jahrzehnten wesentlich verbessert. Die meisten Gesundheitsindikatoren liegen jedoch immer noch unter dem EU-Durchschnitt.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1997 gab es in Portugal 9,8 Millionen Einwohner, wovon nahe 25 % jünger als 20 Jahre {24,6 %} und 15 % älter als 65 {15 %} waren. Der Anteil der über 75jährigen ist mit 5,7 % niedrig {6,1 %}, man rechnet jedoch im Jahr 2020 mit 8,7 % {8,9 %} (EU 12).

Portugal weist bei den allgemeinen Gesundheitsindikatoren relativ schlechte Werte auf, obwohl die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs niedrig ist.

Die **Lebenserwartung** von Frauen ist von 67,2 im Jahre 1960 auf 78,5 im Jahr 1996 gestiegen {80,2}, die Lebenserwartung der Männer ist von 61,7 im Jahre 1960 auf 71,2 im Jahr 1996 gestiegen {73,9}, was eine beträchtliche Steigerung für beide Geschlechter bedeutet, obwohl diese immer noch unter dem EU-Durchschnitt liegt. Der Unterschied zwischen der männlichen und weiblichen Lebenserwartung ist mit 7,3 Jahren beachtlich.

Die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** war 1993 mit 9,3 je 1.000 Einwohner auch hoch {8,2}. Die **Säuglingssterblichkeit** war mit 6,9 je 1.000 Lebendgeborene 1996 die zweithöchste in der Europäischen Union {5,4}. Die **perinatale Sterblichkeit** lag 1995 mit 9,0 je 1.000 Lebend- und Totgeborenen über dem Durchschnitt {7,5}.

Die Sterbefälle aufgrund von Verletzungen durch Gewalteinwirkungen und von Vergiftungen lagen 1994 mit 11,9 unter dem EU-Durchschnitt {23}.

Der geschätzte VPLJ war für EU-Verhältnisse für ischämische Herzkrankheiten relativ niedrig, jedoch hoch für zerebrovaskuläre Erkrankungen (Tabelle 2).

Die **AIDS**-Fälle haben im Gegensatz zu den meisten anderen EU-Mitgliedstaaten seit 1990 beständig zugenommen und lagen 1996 mit 81,1 Neuerkrankungen je 1 Million Einwohner an zweithöchster Stelle in der EU {42,7}.

Die **Zahnerkrankungen** liegen gemäß dem DMF-Indikator mit 3,2 im Jahr 1990 leicht über dem EU-Durchschnitt {3,1}.

Der **Tabakkonsum** ist bei den Geschlechtern sehr unterschiedlich. 1994 rauchten 40 % aller Männer mindestens 20 Zigaretten am Tag {37,1}, jedoch nur 12 % aller Frauen {25,1}.

Der **Alkoholkonsum** lag 1990 mit 9,8 Litern pro Kopf unter dem EU-Durchschnitt {11,6}.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Das Gesundheitsministerium überwacht die Aktivitäten innerhalb des Nationalen Gesundheitsdienstes und auf dem Privatsektor, setzt die Höhe der Zuzahlungen fest, beschließt die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten und koordiniert die Aktivitäten im Gesundheitswesen und Vorsorgeprogramme für ausgewählte Krankheiten und Bevölkerungsgruppen. Der Nationale Gesundheitsrat besteht aus verschiedenen Gesundheitsfachleuten aus unterschiedlichen Bereichen und berät den Gesundheitsminister.

Durch den portugiesischen Nationalen Gesundheitsdienst sind ca. 75 % der Bevölkerung versichert. Die restlichen 25 % sind über ihren Arbeitgeber Mitglieder in spezifischen Zusatzversicherungen. Das gilt in erster Linie für den öffentlichen Dienst und das Militär.

Die Versorgungsleistungen werden überwiegend durch öffentliche Träger innerhalb des Nationalen Gesundheitsdienstes erbracht. Das Gesetz zur Gesundheitsversorgung von 1990 sah eine engere Zusammenarbeit zwischen dem Nationalen Gesundheitsdienst und dem Privatsektor auf der Grundlage von Verträgen vor.

Der portugiesische Krankenhausplan weist drei geographische Räume aus. Für die ambulante Versorgung ist Portugal in 18 Distrikte auf dem Festland unterteilt.

Auf dem Festland sind die Gesundheitsbehörden (Administração Regional de Saúde - ARS) für die Integration der Leistungen auf dem öffentlichen und dem privaten Sektor und die räumliche Verteilung und Verwaltung der Gesundheitszentren zuständig.

Mit der Gesetzgebung von 1993 wurde eine vermehrte Dezentralisierung angestrebt, so daß jetzt die fünf portugiesischen Regionen einschließlich der Azoren und Madeira auch in Bezug auf ihre Gesundheitsdienste völlig autonom sind, die von den jeweiligen Regionalregierungen verwaltet werden.

## 2. Finanzierung

Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt weitgehend durch das allgemeine Steueraufkommen, durch das 1992 61,6 % der Gesamtausgaben finanziert wurden. 13,7 % der Gesamtausgaben wurden durch die Sozialversicherung bestritten. Die Sozialversicherungsbeiträge (die Renten-, Invaliden- und Arbeitslosenversicherung umfassen) betragen durchschnittlich 35 % des Bruttoeinkommens, wobei der Arbeitgeber 24 % und der Arbeitnehmer 11 % tragen. Die private Krankenversicherung leistete 1992 einen Anteil von 2,2 % der gesamten Gesundheitsfinanzierung. Die Zuzahlungen der Patienten, die auf alle Leistungen - ausgenommen die öffentliche allgemeinärztliche ambulante Versorgung sowie die zahnärztliche und die stationäre Versorgung - zu entrichten sind, betragen 21,9 %.

Die stationäre Versorgung in **öffentlichen Krankenhäusern** ist zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme kostenfrei. Bis 1989 galt für die Krankenhäuser ein jährlich angepaßtes Gesamtbudget, seither jedoch geht man zunehmend dazu über, das jährliche Gesamtbudget anhand der Gesamtsumme der Kosten der verschiedenen Diagnosefallgruppen (DRG) zu errechnen. Die Ärzte rechnen ihre Tätigkeit in Privatkliniken nach Einzelleistungen ab. Werden **Privatkliniken** innerhalb der Sozialversicherung in Anspruch genommen, werden die Versorgungsleistungen lediglich in Höhe der Preise für die Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern rückerstattet, höhere Kosten werden nur dann rückerstattet, wenn die benötigten Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern nicht zur Verfügung stehen. Diese Bedingungen führten zu einem variablen Anteil des Patienteneigenanteils zwischen 10 und 50 %.

Die **Gesundheitszentren** des Nationalen Gesundheitsdienstes (Centros de Saúde) sind für die Grundversorgung zuständig und verwalten normalerweise ein eigenes Budget, das auf Distriktebene verwaltet wird.

Die **zahnärztliche Versorgung** erfolgt durch den Nationalen Gesundheitsdienst, die **Zahnärzte** sind angestellt und beziehen ein Gehalt. Vertraglich vereinbarte **private Versorgungsleistungen** werden nach von der Regierung festgelegten Tarifen rückerstattet. Der Eigenanteil der Patienten bei Zahnersatz beträgt durchschnittlich nur 25 %.

Die in den öffentlichen Krankenhäusern und den öffentlichen Gesundheitszentren arbeitenden **Ärzte** und einige Fachärzte werden direkt vom nationalen Gesundheitssystem angestellt und entlohnt. Darüber hinaus werden Ärzte in freier Praxis und Ärzte, die ihre privaten Versorgungsleistungen in Krankenhäusern anbieten, normalerweise pro Behandlung honoriert.

Die **Arzneimittel** sind auf einer Liste für Medikamente mit Kostenrückerstattung aufgeführt (Positivliste), eine Negativliste besteht für nahezu 500 Produkte. Zuzahlungen für verordnete Medikamente betragen zwischen 0 und 50 %, abhängig ist das von der Schwere der zu behandelnden Erkrankung. Durchschnittlich werden 23 % der Medikamentenkosten vom Patienten getragen. Die Arzneimittelpreise in Portugal gehören zu den niedrigsten in der EU.

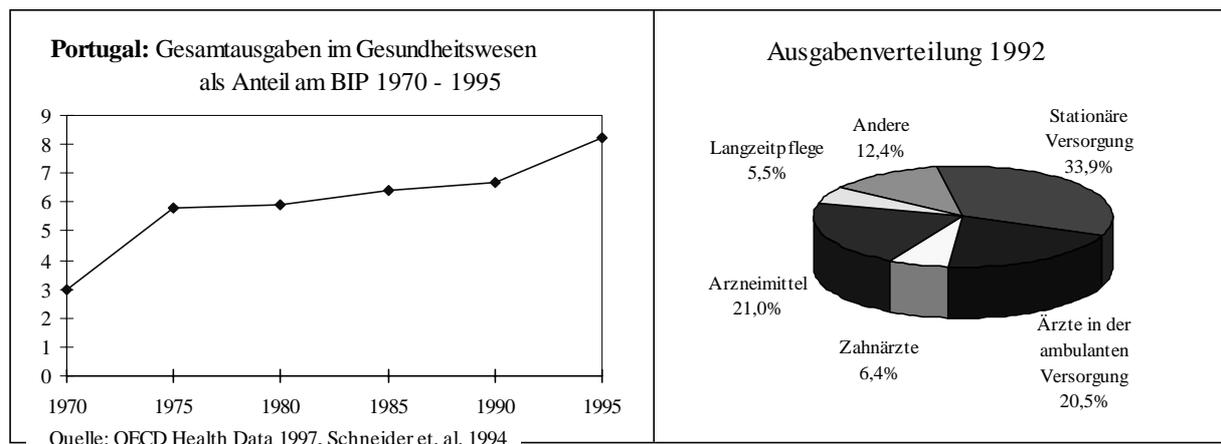
## 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Die gesamten Gesundheitsausgaben stiegen von 2,8 % des BIP im Jahr 1970 auf 5,6 % im Jahre 1975. Sie sanken 1977 auf 4,9 %, stiegen jedoch auf einen durchschnittlichen EU-Wert von 6,9 % im Jahr 1986. Die Zahl bewegte sich dann um die 7 % und betrug 1992 7,2 %. In den letzten vier

Jahren stiegen die Gesundheitsausgaben in Portugal auf 8,2 % des BIP im Jahr 1995, und lagen damit über dem EU-Durchschnitt {7,7 %}. Das entspricht jedoch in absoluten Zahlen lediglich 644 ECU pro Einwohner, und Portugal rangierte damit 1995 an zweitletzter Stelle in der EU {1.413}.

Die Ausgabenverteilung ist eher in Richtung ambulante Versorgung gewichtet, wobei für die stationäre Versorgung nur ein relativ geringer Anteil ausgegeben wird {Abbildung 16}.

Abbildung 16: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1970 - 1995; Ausgabenverteilung 1992



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

In Portugal ist der Krankenhaussektor überwiegend in öffentlicher Trägerschaft. Es gibt zwei Haupttypen von Krankenhäusern, die Zentralkrankenhäuser und die allgemeinen Distriktkrankenhäuser. Von den insgesamt 15 Zentralkrankenhäusern, die sich in Lissabon, Porto und Coimbra befinden, werden sämtliche fachärztliche Leistungen angeboten. Sie gehören oftmals zu den universitären Einrichtungen und haben den Status von Lehrkrankenhäusern. Die insgesamt 38 allgemeinen Distriktkrankenhäuser verfügen über alle üblichen Fachabteilungen und bieten für 250.000 bis 300.000 Einwohner stationäre und Tagesklinik-Versorgung.

Zudem gibt es 15 Fachkliniken (Geburtshilfe, Pädiatrie, Orthopädie etc.), 6 psychiatrische Kliniken und 24 Ortskrankenhäuser.

Nahezu 83 % der Betten befinden sich in Einrichtungen des öffentlichen Sektors, die übrigen werden von privaten, gemeinnützigen und gewinnorientierten Krankenhäusern gestellt. Außer in Notfällen erfolgt die Aufnahme in Krankenhäuser durch eine Überweisung. Die Bettenkapazität gehört zu den niedrigsten in Europa. 1994 gab es 4,3 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner, was deutlich unter dem EU-Durchschnitt liegt {7,3}, und die Anzahl der Krankenhausbetten in Portugal sinkt weiter.

Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung sank auf 7,9 Tage und liegt somit unter dem EU-Durchschnitt {9,8}. Die Aufnahmeeraten sind von 6,7 im Jahr 1970 auf 11,3 pro Jahr und Gesamtbevölkerung im Jahr 1993 gestiegen. Ein spezifisches Problem ist die zunehmende Inanspruchnahme der Notfalleinrichtungen in den Krankenhäusern, anstatt sich an die Einrichtungen zur Grundversorgung zu wenden.

Die **Grundversorgung** erfolgt überwiegend durch das Netzwerk der Gesundheitszentren. Einige davon sind privat, die Mehrheit ist jedoch in öffentlicher Trägerschaft und wird vom Nationalen Gesundheitsdienst verwaltet. Die Patienten müssen sich bei einem Arzt in ihrer Umgebung registrieren lassen.

Die **fachärztliche Versorgung** wird zunehmend durch niedergelassene Vertragsärzte durchgeführt, die in Teilzeit in Krankenhäusern und in ihren Praxen arbeiten. Dieses Modell wurde durch die Reform vom 1993 gesetzlich zugelassen. Die privaten Polikliniken, die z.B. Laboruntersuchungen, Diagnostik und medizinische Rehabilitation anbieten, ergänzen das öffentliche Leistungsangebot beträchtlich.

Der **Sprechstundenbesuche** außerhalb der Krankenhäuser sind mit 3,2 mal pro Person und Jahr weniger häufig als in anderen EU-Mitgliedstaaten {4,8}.

Die Anzahl der praktizierenden Ärzte lag 1994 mit 29,3 je 10.000 Einwohner über dem EU-Durchschnitt {28,1}, das Verhältnis von **Allgemeinärzten** zu **Fachärzten** war 3:1. Der Anteil der Ärzte am gesamten Gesundheitspersonal lag 1993 mit 25,3 % weit über dem EU-Durchschnitt {15,1}. In allen Pflegebereichen gibt es einen großen Personalmangel (Tabelle 20).

Tabelle 20: Gesundheitspersonal in Portugal			
Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	29	28	1994
Allgemeinärzte	6	8	1994
Fachärzte	17	13	1994
Praktiz. Zahnärzte	31	70	1993
Pflegepersonal	2	6	1993
Apotheker	12	8	1994

## AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Die Dezentralisierung des Managements in der Gesundheitsversorgung, die Deregulierung und die Orientierung auf den Binnenmarkt begannen mit den Reformen von 1990 und wurden durch die Reformgesetze von 1993 fortgesetzt. Das langfristige Ziel besteht in einer Verbesserung der Zufriedenheit der Öffentlichkeit und der Ärzteschaft mit dem Nationalen Gesundheitsdienst. Das Hauptziel bestand darin, private Versorgungsleistungen, die als qualitativ hochwertiger gelten, in das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem zu integrieren. Das Hauptkonzept ist eine "Auslagerung" von Versorgungsleistungen an private Leistungserbringer, das gilt insbesondere für technologisch hochentwickelte Leistungen wie Tätigkeiten in Laboratorien und in der Radiologie

und die Grundversorgung. Das Gesetz von 1993 ermöglichte, daß die öffentlichen Versorgungsleistungen vertraglich von anderen Einrichtungen wie den örtlichen Gesundheitsämtern und freiwilligen Organisationen verwaltet oder bereitgestellt werden. Auch regionale Gesundheitsbehörden dürfen direkt mit niedergelassenen Ärzten Verträge abschließen.

Die Patienten andererseits sind nun aufgefordert, Privatversicherungen abzuschließen, bei denen die Beitragssätze sich nach Alter und Geschlecht richten. Diese Vorschrift des Gesetzes von 1993 wird noch am meisten diskutiert. Die Privatversicherer können eine staatliche Zuzahlung erhalten, wenn die Höhe der Beiträge unter den Durchschnittskosten pro Kopf im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes liegt. Sie können darüber entscheiden, wie sie die Leistungserbringer vergüten. Es ist geplant, daß die Privatversicherer künftig ihren Mitgliedern einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten.

Die Dezentralisierung ist bisher noch nicht vollständig gelungen, und die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den Diensten der Grundversorgung wurde noch nicht zufriedenstellend umgesetzt.

## SPANIEN

### ÜBERBLICK

Das aktuelle System der Gesundheitsversorgung in Spanien wurde durch das Gesundheitsrahmengesetz von 1986 begründet, das den allgemeinen Anspruch auf Gesundheitsversorgung bestätigte, der in der spanischen Verfassung von 1978 festgeschrieben ist. Seither arbeitet das Land am Aufbau eines eigenen staatlichen Gesundheitssystems (Sistema Nacional de la Salud - SNS), vom dem 1997 nahezu 98,5 % der Bevölkerung erfaßt waren. Alle Regionen Spaniens wurden in diese Entwicklung einbezogen, wobei das Ziel darin besteht, die Verwaltung des Gesundheitswesens den einzelnen Regionen zu übertragen. 1998 mußte dieser Prozeß der Dezentralisierung noch in 10 von 17 autonomen Regionen vollendet werden.

Durch die Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes wurde ein nahezu umfassender Versicherungsschutz für eine große Bandbreite an Leistungen erzielt. Der Gesundheitszustand der Spanier liegt bei einer Reihe von Schlüsselindikatoren über dem EU-Durchschnitt. Das System entwickelte eine Evaluierung neuer medizinischer Verfahren und Technologien vor deren Einführung.

Die Effizienz in der Leistungserbringung gibt weiterhin Anlaß zur Besorgnis. Es gibt lange Wartelisten für eine Reihe von Gesundheitsmaßnahmen, die bei der Bevölkerung frühzeitig zu deutlicher Unzufriedenheit mit dem System im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedstaaten geführt haben. Die Akzeptanz des spanischen Gesundheitswesens in der Öffentlichkeit hat sich jedoch in den letzten fünf Jahren deutlich verbessert, was darauf schließen läßt, daß die Öffentlichkeit den jüngsten Veränderungen zustimmt. Es gibt auch Schwierigkeiten, ein stabiles Finanzierungssystem einzurichten und den Ausgabenanstieg zu kontrollieren.

Eine Herausforderung für das spanische Gesundheitswesen ist der zunehmende Altersdurchschnitt der Bevölkerung, weshalb neue Finanzierungsquellen für die Langzeitpflege der älteren Bürger gefunden werden müssen. Gemeinsam mit Italien hat Spanien eine der niedrigsten Geburtenraten in der EU.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1997 waren in Spanien 39,7 Millionen Einwohner registriert. Die Altersverteilung weicht nur geringfügig von der EU-Norm ab: 24 % sind jünger als 20 {26,6 %} und 15,3 % älter als 65 Jahre {15 %}. Der Anteil der über 75jährigen entspricht dem EU-Durchschnitt {6,1 %} und wird 2.020 voraussichtlich mit 7,9 % unter dem prognostizierten EU-Durchschnitt liegen {8,9}.

Die allgemeinen Gesundheitsindikatoren sind für Spanien im Vergleich zum EU-Durchschnitt recht günstig. 1995 lag die **Lebenserwartung** bei der Geburt für Männer bei 74,4 Jahren {73,9} und für Frauen bei 81,6 Jahren {80,2}.

1993 betrug die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** 7,0 je 1.000 Einwohner {8,2}. Die **Säuglingssterblichkeit** ist mit 5,0 je 1.000 Lebendgeborene recht niedrig {5,4}. 1994 lag die **perinatale Sterblichkeit** mit 6,5 je 1.000 Lebend- und Totgeborene unter dem EU-Durchschnitt {7,5}.

Die Haupttodesursachen vor dem 35. Lebensjahr sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Unfälle. Auffallend ist die relativ hohe Sterblichkeit im Alter unter 35. Zwischen 1981 und 1991 stiegen die Todesfälle durch Kraftfahrzeugunfälle im Verkehr bei den Männern um 30 % und bei

den Frauen um 20 %. Die Selbstmordrate liegt unter dem EU-Durchschnitt und entspricht der in den anderen südlichen EU-Mitgliedstaaten. Die Rate der Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehört ebenso wie die in den anderen südlichen EU-Mitgliedstaaten zu den niedrigsten in Europa.

1991 war der geschätzte **Verlust an potentiellen Lebensjahren** je 100.000 Einwohner bei den Haupterkrankungen mit Ausnahme der Sterbefälle an Krebs unter den spanischen Männern im Vergleich zum EU-Durchschnitt recht niedrig.

Krebs: 1.707 Jahre bei Männern {1.484,3} und 991,5 Jahre bei Frauen {1.174,6}; ischämische Herzkrankheiten: 543,2 Jahre bei Männern {840,2} und 92,4 Jahre bei Frauen {183,1}; Krankheiten des zerebrovaskulären Systems: 237 Jahre bei Männern {254,5} und 132,7 Jahre bei Frauen {166}.

Trotz eines deutlichen Rückgangs seit 1994 lag die Häufigkeit der AIDS-Neuerkrankungen mit 162,5 je 1 Million Einwohner im Jahr 1996 immer noch an erster Stelle in der Europäischen Union {42,7}.

Der DMF-Indikator für **Zahnerkrankungen** liegt mit 4,1 über dem EU-Durchschnitt {3,1}.

Der **Tabakkonsum** ist bei den Männern und Frauen in Spanien unterschiedlich. 1993 rauchten 44 % aller Männer {34,4} und 21 % aller Frauen {25,4} über 15 mindestens 20 Zigaretten pro Tag. Der Zigarettenkonsum pro Kopf ist im Gegensatz zu den Tendenzen in den anderen EU-Mitgliedstaaten nicht rückgängig.

Der **Alkoholkonsum** lag 1990 für beide Geschlechter trotz eines bedeutenden Rückgangs in den letzten Jahrzehnten mit 13 Litern pro Kopf und Jahr über dem EU-Durchschnitt {11,6}.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Das Gesundheitssystem SNS wird im Rahmen der Sozialversicherung vom Nationalen Gesundheitsdienst (Instituto Nacional de La Salud - INSALUD) in Madrid verwaltet. Das INSALUD ist auf der Leitungsebene verantwortlich für die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und versorgt nahezu 40 % der spanischen Bevölkerung in 10 der 17 spanischen Regionen mit Gesundheitsleistungen. Die Geld- und Sachleistungen werden vom Nationalen Institut für Sozialversicherung (INSS) und dem Nationalen Institut für Sozialleistungen (INSERSO) direkt verwaltet. Die übrigen sieben Regionen (Katalonien seit 1981, Andalusien seit 1984, das Baskenland und Valencia seit 1987, Navarra und Galizien seit 1991 und die Kanarischen Inseln seit 1994) verfügen bereits über eigene Verwaltung im Gesundheitswesen. Damit ist ihnen auch die Verantwortung für die öffentliche Gesundheit, die Gesundheitsplanung und die Leitung und Verwaltung der Gesundheitsversorgung innerhalb der Region vollständig übertragen worden. In jeder der sieben Regionen ist das Gesundheitsministerium der Regionalregierung federführend. Ziel der Reformen von 1986 ist es, die Gesundheitsleistungen von der Sozialversicherung auf alle 17 Regionen eigenverantwortlich zu übertragen.

Alle autonomen Regionen haben Gesundheitspläne erarbeitet und ihre Zuständigkeitsbereiche auf der Grundlage der geographischen Lage, der Einwohnerzahl sowie demographischer,

epidemiologischer und sozioökonomischer Faktoren in Gesundheitskreise eingeteilt, die als Grundstruktur für die Planung und Verwaltung der Grund- und Sekundärversorgung dienen. Die Gesundheitskreise sind darüber hinaus in Gesundheitsbezirke unterteilt, in denen die Planung und Koordinierung der primären Gesundheitsleistungen stattfinden.

Das spanische Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten führt öffentliche Gesundheitsprogramme durch, erläßt nationale Richtlinien zur Gesundheitspolitik und stellt deren Umsetzung sicher. Ein überregionaler Gesundheitsrat der SNS fungiert als die Kommunikationsbrücke zwischen den regionalen Gesundheitsbehörden untereinander und zwischen diesen und dem Gesundheitsministerium, um sicherzustellen, daß die strategischen Gesundheitspläne der autonomen Regionen mit den nationalen Zielsetzungen und Prioritäten übereinstimmen.

In dem öffentlich finanzierten Versicherungssystem sind 98,5 % der spanischen Bevölkerung versichert. Davon sind 93 % durch eine Pflichtversicherung versichert. 1 % (die Geringverdiener) erhält staatliche Beihilfen, und für 4,5 %, überwiegend öffentliche Bedienstete, gilt ein spezifisches Versicherungssystem. Ca. 17 % der Spanier schließen eine zusätzliche freiwillige Privatversicherung ab.

Die Versicherungen spielen, abgesehen von der INSALUD, die durch die Ersatzkassen und privaten Krankenkassen repräsentiert wird, im spanischen Gesundheitssystem eine geringfügige Rolle.

Das innerhalb des SNS in allen Regionen angebotene Leistungspaket wird seit 1995 von der Regierung festgelegt, die den Umfang der Grundversorgung, die stationäre und ambulante Versorgung, die Zuzahlungen zu Arzneimitteln und zusätzliche Leistungen insbesondere für medizinische Hilfsmittel wie Prothesen und Fahrzeuge für Behinderte festlegt. Leistungen, deren Nutzen oder Wirksamkeit der Behandlung wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden kann, sind nicht versichert.

## 2. Finanzierung

Mit der Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes hat sich die Finanzierung des Gesundheitssystems in Spanien vom Bismarck-Modell weg hin zum Beveridge-Modell geändert. Heute erfolgt 80 % der Finanzierung durch Steuergelder, 18 % stammen aus einkommensbezogenen Sozialversicherungsbeiträgen an die Krankenkassen, die sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen, und der Rest wird durch andere Versicherungen finanziert. Zuzahlungen innerhalb des SNS sind für Medikamente und medizinische Geräte zu leisten (6,1 % der gesamten Gesundheitsausgaben).

Auch für zahnärztliche Leistungen werden Zuzahlungen erhoben (6,3 % der gesamten Gesundheitsausgaben). Die Jahresbudgets werden den autonomen Regionen auf Grundlage einer angenäherten Pro-Kopf-Berechnung bereitgestellt.

Die **öffentlichen Krankenhäuser** innerhalb des SNS werden im Rahmen eines Globalbudgets finanziert. Die Budgets für die INSALUD-Krankenhäuser werden nach einem nationalen Bewertungsschema (UPA) bemessen, daß auf der Grundlage nationaler Durchschnittswerte stationäre Behandlungsentgelte pro Patientenbehandlung festlegt. Getrennt abgerechnet werden kostenintensive Leistungen. Die **Privatkliniken** können sich an dem Nationalen Gesundheitsdienst auf Grundlage von Vereinbarungen, Verträgen oder durch Bereitstellung eigener Ressourcen

beteiligen.

Die **Krankenhausärzte** sind angestellt. Die Leistungen der **Allgemeinärzte** in der Grundversorgung werden nach Anzahl der Patienten und neuerdings durch eine Kombination aus Gehalt und Kopfpauschale vergütet.

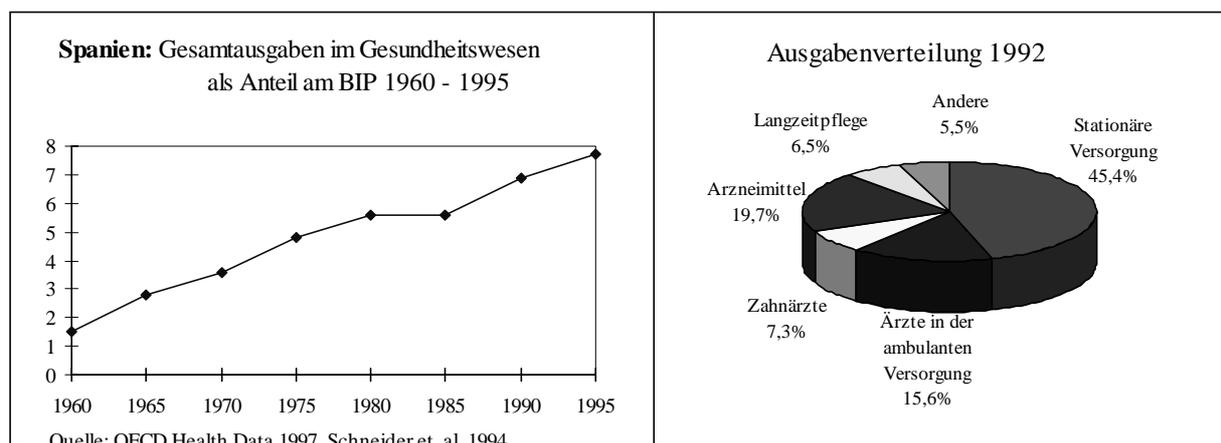
Die Honorarregelung für Mediziner ist unausgewogen, denn sie verursacht eine große Ineffizienz in der ambulanten Versorgung.

Die Preise für Arzneimittel sind auf der Grundlage der Kosten der Bestandteile streng geregelt. Die Medikamentenpreise in Spanien gehören zu den niedrigsten in der EU. 1993 wurde eine Negativliste eingeführt, die ursprünglich für 800 Produkte galt. Die Patienten haben hohe Zuzahlungen von 32 % zu leisten.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Spanien gehört zu den wenigen EU-Mitgliedstaaten, die ein globales nationales Gesundheitsbudget aufstellen. Die gesamten Gesundheitsausgaben sind allmählich von geringen 1,5 % des BIP im Jahr 1960 auf 7,6 % des BIP im Jahr 1995 gestiegen und entsprechen somit fast dem EU-Durchschnitt {7,7 %} bzw. 894 ECU pro Kopf {1.413 ECU}. Der öffentliche Anteil an den Ausgaben beträgt ca. 80 %. Der insbesondere im öffentlichen Sektor beobachtete Ausgabenanstieg ist das Ergebnis einer größeren Leistungsangebots und Versicherungsschutzes, der Ausweitung der Grund- und Sekundärversorgung und eines gestiegenen Arzneimittelverbrauchs. Die Ausgabensteigerung wurde insbesondere bei der stationären Versorgung beobachtet.

Abbildung 17: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1970 - 1995; Ausgabenverteilung 1992



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Das Leistungsangebot unterteilt sich in Grundversorgung und fachärztliche Versorgung, wobei

letztere die Sekundär- und Tertiär-Versorgung umfaßt.

In Spanien erfolgt die **Grundversorgung** weitgehend durch den öffentlichen Sektor. Die Allgemeinärzte und Kinderärzte kontrollieren den Zugang und tätigen die Überweisungen zu den Fachärzten.

Die Gesundheitsförderungsprogramme sind gekoppelt mit der Förderung einer gesünderen Lebensführung und der Bekämpfung von Tabak- und Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. Der Gesundheitsplan von 1995 legt 14 vorrangige Maßnahmen für spezifische Krankheitsgruppen wie z.B. AIDS, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Erkrankungen fest. Die Grundversorgung wird in zwei Formen durchgeführt. Bisher war es üblich, einen in einer Praxis niedergelassenen Arzt aufzusuchen, der normalerweise Teilzeit arbeitet und nach Patientenzahl honoriert wird. In jüngster Zeit werden die Leistungen auch durch Gesundheitszentren (Equipos de Atención Primaria - EAP) erbracht, die eine zunehmend wichtigere Rolle spielen. Die EAP sind Gemeinschaftspraxen, in denen die Ärzte normalerweise angestellt sind. Nahezu 60 % der Bevölkerung war 1994 bei einem EAP registriert. Der Umfang der Leistungen in der Grundversorgung in Spanien wird als ausreichend betrachtet.

### Sekundär- und Tertiär-Versorgung

Die Leistungen in der stationären Versorgung werden in erster Linie vom öffentlichen Sektor erbracht. Die nichtstationäre Versorgung erfolgt in Ambulatorien, die Sprechstunden, diagnostische Verfahren und kleinere chirurgische Eingriffe anbieten. Alle autonomen Regionen verfügen zumindest über ein Allgemeinkrankenhaus, in dem die klinischen Basisleistungen und ein 24-Stunden-Notdienst angeboten werden.

Der Zugang zu größeren Fachkrankenhäusern erfolgt lediglich durch die Überweisung eines Facharztes. Die Bedarfsplanung der Krankenhäuser orientiert sich an der Struktur und den Bedürfnissen innerhalb eines Gesundheitskreises.

1997 gab es 896 Krankenhäuser. Die Anzahl der **Krankenhausbetten** lag 1994 bei 4,0 je 1.000 Einwohner {7,3}. Die Mehrheit von 69 % waren in öffentlicher Trägerschaft.

die **durchschnittliche Verweildauer** in der stationären Akutversorgung liegt mit 11,5 über dem EU-Durchschnitt {9,8}.

Die Anzahl der **praktizierenden Ärzte** betrug 1993 40,8 je 10.000 Einwohner und lag damit deutlich über dem EU-Durchschnitt (28,2). Die Anzahl des Pflegepersonals wird als den Bedürfnissen angemessen bezeichnet, obwohl sie weit unter dem EU-Durchschnitt liegt.

Tabelle 21: Gesundheitspersonal in Spanien			
Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr

Praktizierende Ärzte	41	28	1993
Allgemeinärzte	*)	8	1994
Fachärzte	*)	13	1994
Praktiz. Zahnärzte	43	74	1993
Pflegepersonal	3	6	1994
Apotheker	10	7	1993
*) Weder bei OECD noch WHO liegen diesbezügliche Angaben vor.			

## **AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN**

Die Gesundheitsreform von 1986 führte zu weitreichenden Veränderungen bei der Finanzierung und Erbringung von gesundheitlichen Versorgungsleistungen in Spanien, was zu einem beachtlichen Anstieg der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem führte.

Die noch verbleibenden Ziele der Reform von 1986 sind eine Ausweitung der gesetzlichen Sozialversicherung auf die gesamte Bevölkerung und die Vollendung des Dezentralisierungsprozesses bei den verbleibenden zehn Regionen. Erforderlich dafür ist eine genaue Erfassung der Gesundheitsausgaben auf regionaler und nationaler Ebene.

Eine der wichtigsten Maßnahmen ist somit eine Verbesserung der Managementfähigkeiten der Anbieter im Gesundheitssektor auf regionaler Ebene.

Zudem haben einige Regionen wie z.B. Katalonien damit begonnen, die Funktionen der Leistungsanbieter und Leistungserwerber innerhalb des Nationalen Gesundheitsdienstes voneinander zu trennen. In diesem Modell sind Verträge zwischen den Leistungserwerbern (regionale Gesundheitsbehörden und INSALUD) und den Anbietern (öffentliche und private Krankenhäuser) vorgesehen, die sich auf die Erbringung vereinbarter Leistungen gegen einen Pauschalbetrag stützt. Das Konzept ist die Effizienzsteigerung durch Übertragung der Verantwortung auf lokale Träger und die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal im Gesundheitsmanagement. Das Modell stützt sich auf die Erfahrungen, die mit einer Trennung der Leistungsanbieter und Leistungserwerber im Vereinigten Königreich und Schweden gemacht wurden. Durch dieses Modell werden auch einige neue Elemente wie die Anwendung auf die Sekundär- und Grundversorgung eingeführt. Die öffentlichen Gesundheitszentren als Vertragspartner sollen letztendlich zu autonomen öffentlichen Unternehmungen werden.

Langfristige Ziele sind eine Effizienzsteigerung durch kürzere Wartezeiten, eine größere Auswahlmöglichkeit der Kunden unter den von Leistungsanbietern und eine Beteiligung der Gemeinden an der Grundversorgung.



## SCHWEDEN

### ÜBERBLICK

Das Gesundheitswesen ist zentraler Bestandteil des umfassenden schwedischen Sozial- und Wohlfahrtsystems. Die gesamte Bevölkerung hat Zugang zu einem reichhaltigen Angebot an Leistungen und ist in der staatlichen Sozialversicherung versichert, die überwiegend durch die Beiträge der Arbeitgeber finanziert ist.

Ein vorherrschendes Merkmal des schwedischen Gesundheitssystems ist die zentrale Rolle, die die 23 Provinziallandtage und drei Großgemeinden bei der Planung, Finanzierung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung innerhalb ihrer Zuständigkeitsbereiche spielen. Die stationäre Versorgung wird nahezu vollständig durch die von den Provinziallandtagen erhobenen Steuern finanziert und durch Krankenhäusern erbracht, die von den Provinziallandtagen betrieben werden. Die starke Betonung der lokalen demokratischen Kontrolle des Gesundheitswesens hat sich in den letzten 25 Jahren entwickelt und gipfelte im schwedischen Gesundheitsversorgungsgesetz von 1982.

Lange Zeit wurde im schwedischen Gesundheitswesen größter Wert auf Gleichbehandlung gelegt. Das System war bei der Eingrenzung der Gesundheitsausgaben auf einen konstanten Anteil am BIP recht erfolgreich. Sinkende Finanzmittel haben jedoch zu Engpässen in der Gesundheitsversorgung wie Behandlungen nach Wartelisten geführt. Die traditionell starke Betonung der stationären Versorgung hat zu einem gewissen Überangebot an Krankenhausleistungen und einem schwachen Stand und unzureichender Integration der Grundversorgung geführt. Die Patienten haben nur eine begrenzte Auswahl, und Produktivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgungsleistungen sind Gegenstand von Reformen, deren Strategie auf eine größere Marktorientierung abzielt.

Die Gesundheitsindikatoren, die offenbar in engem Zusammenhang mit der Umwelt und den Lebensgewohnheiten stehen, liegen etwas über dem EU-Durchschnitt. Es gibt Hinweise auf einen größer werdenden Unterschied des Gesundheitszustands zwischen den einzelnen sozialen Schichten. Es wird von einer steigenden Nachfrage in der Gesundheitsversorgung ausgegangen, da der Anteil der älteren Bürger in Schweden groß ist und weiter zunimmt.

### BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

Schweden hatte 1997 8,8 Millionen Einwohner. 24,6 % waren jünger als 20, und dieser Anteil ist im letzten Jahrzehnt konstant geblieben {26,6 %}. Der Anteil der Personen über 65 hat in den letzten 10 Jahren zugenommen und liegt mit 17,1 % über dem EU-Durchschnitt {15 %}. Der Bevölkerungsanteil der über 75jährigen ist mit 8,2 % der größte in der Europäischen Union {6,1 %}.

Bei einer Reihe von Gesundheitsindikatoren liegt Schweden über dem EU-Durchschnitt. Die **Lebenserwartung** bei der Geburt lag 1995 bei 76,2 Jahren für Männer {73,6} und 81,5 Jahren für Frauen {80,0}, sie ist damit die höchste für beide Geschlechter in Europa.

Die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** lag 1993 bei 6,9 je 1.000 Einwohner und war somit außergewöhnlich niedrig {8,2}. Dasselbe gilt für die **Säuglingssterblichkeit**; 1996 wurden 4,0 je

1.000 Lebendgeborene gezählt {5,4} und 1994 lag die **perinatale Sterblichkeit** bei 5,5 je 1.000 Lebend- und Totgeborene {7,5}. Beide Indikatoren sind die zweitniedrigsten in der Europäischen Union.

Die Haupttodesursachen sind wie im übrigen Europa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Unfälle bei Personen unter 35 Jahren. Der Rückgang der Herz-Kreislauf-Erkrankungen war weniger ausgeprägt als in anderen EU-Mitgliedstaaten. Bei 14,2 Sterbefällen durch Unfälle je 100.000 Einwohner ist dieser Wert deutlich unter dem EU-Durchschnitt {27,3}.

Der geschätzte VPLJ je 100.000 Einwohner lag im Jahr 1992 für die Hauptkrankheiten im Vergleich zum EU-Durchschnitt, mit Ausnahme der Sterbefälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, relativ niedrig.

Krebs: 1.043 Jahre bei Männern {1.452} und 1.126,5 Jahre bei Frauen {1.173}; ischämische Herzkrankheiten: 733 Jahre bei Männern {825} und 195 Jahre bei Frauen {179}; Krankheiten des zerebrovaskulären Systems: 174,5 Jahre bei Männern {247} und 115 Jahre bei Frauen {170}.

Die Zahl der **AIDS**-Neuerkrankungen war 1996 mit 16 je 1 Million Einwohner ziemlich niedrig {42,7}.

Der DMF-Indikator für **Zahnerkrankungen** lag mit 2,2 unter dem EU-Durchschnitt {3,1}.

Die Schweden sind als Europäer mit einem gesünderen Lebensstil bekannt. Der **Tabakkonsum** ist kontinuierlich gesunken. 1993 rauchten 25,2 % der Männer {37,1} und 23,4 % der Frauen {25,4} über 15 mindestens 20 Zigaretten am Tag.

Der **Alkoholkonsum** ist seit 1970 konstant und war 1991 mit 6,3 Litern pro Jahr {11,2} für beide Geschlechter auch vergleichsweise niedrig.

Im internationalen Vergleich ist der Gesundheitszustand, mit Ausnahme einer überdurchschnittlichen Häufigkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sehr hoch. In den letzten Jahren scheint jedoch die Sterblichkeitsrate gemessen an der Anzahl der Krankmeldungen und der Fälle von Frühruhestand zu steigen. Gesundheitsprobleme scheinen mit der Umwelt und den Lebensgewohnheiten zusammenzuhängen. Es gibt Anzeichen dafür, daß Familien mit niedrigem Einkommen, Arbeitslose, Alleinlebende und Zuwanderer einen schlechteren Gesundheitszustand als andere Gruppen haben.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Die Erbringung und Finanzierung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen sind in Schweden überwiegend Aufgaben der öffentlichen Hand. Für die Gesundheitsversorgung tragen die 23 Provinziallandtage und die drei Gemeinden die Verantwortung, die das Gesundheitswesen für ihren regionalen Zuständigkeitsbereich verwalten. Die Gesundheitsversorgung wird auf allen Ebenen des Gesundheitswesens koordiniert. Die Provinziallandtage sind unabhängige demokratisch gewählte

Gremien.

Die Rolle der Regierung ist im Gesundheitswesen auf die Vorgabe eines Orientierungsrahmens beschränkt. Der Provinziallandtagsverband ist koordinierende Institution zwischen den Provinziallandtagen und der Regierung.

Auf nationaler Ebene gibt es zwei große Bereiche: das Ministerium für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten (Socialdepartementet) und eine Reihe relativ unabhängiger Verwaltungsagenturen wie das Zentralamt für das Gesundheits- und Sozialwesen (Socialstyrelsen).

Die Hauptaufgabe des Zentralamtes besteht in der Fachaufsicht der Provinziallandtage, der Forschung und Auswertung der Entwicklung in allen Bereichen der Sozial- und Gesundheitspolitik, und es ist das nationale Informationszentrum in diesem Bereich.

Das Staatliche Institut für Planung und Rationalisierung des Gesundheits- und Sozialwesens (SPRI), dessen gemeinsame Träger die Regierung und die Provinziallandtage sind, betreibt qualifizierte Entwicklungsarbeit zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Eine weitere wichtige Regierungsbehörde, die dem Gesundheitsministerium und dem Zentralamt für Gesundheit unterstellt ist, ist die Staatliche Auswertungsstelle für medizinisch-technologische Bewertung (SPU). Ihre Hauptaufgabe ist die Mitwirkung an der rationellen Ausnutzung gegebener Ressourcen im Gesundheitswesen.

Das Nationale Sozialversicherungsinstitut verwaltet das Sozialversicherungssystem, bei dem die gesamte schwedische Bevölkerung und alle in Schweden ansässigen Ausländer versichert sind. Die Beiträge werden vom Arbeitgeber mit staatlichen Beihilfen gezahlt. Der Krankenversicherungsanteil des Sozialversicherungssystems besteht in erster Linie aus Sachleistungen. Die privaten Krankenversicherungen spielen eine untergeordnete Rolle. Es gibt kein festgeschriebenes Leistungspaket. 1995 wurden die nationalen Prioritäten für die gesundheitlichen Versorgungsleistungen veröffentlicht: erstens, der Grundsatz der Menschenrechte; zweitens, der Grundsatz der Bedürftigkeit und Solidarität; drittens, der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit. Es steht jedoch jedem Provinziallandtag und jeder Gemeinde frei, eigene praxisorientierte Prioritäten zu setzen.

## 2. Finanzierung

Die Provinziallandtage tragen den größten Teil (ca. 65 %) der Gesundheitsausgaben über die Einkommenssteuer. Der Rest wird durch eine Kombination aus staatlichen Beihilfen (10 %), der Sozialversicherung mit staatlichen Beihilfen (18 %), Privatversicherern (3 %) und (in einem begrenzten Umfang - 4 %) Direktzahlungen der Patienten finanziert.

Die Aufteilung der Mittel zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen zwischen der nationalen Sozialversicherung und den Provinziallandtagen erfolgt auf zwei verschiedenen Wegen. Die Provinziallandtage erhalten Zuwendungen gemäß ihrem Aufwand bei der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus trägt das Sozialversicherungssystem die Kosten der zahnärztlichen und ambulanten Versorgung.

Die **Krankenhäuser** erhielten bis vor kurzem ein festes Jahresbudget, das die Personalkosten,

Arzneimittel, Bedarf und Ausstattung sowie Reinvestitionen umfaßte. Während der 80er Jahre wurden die Budgets für klinische Abteilungen eingerichtet. 1998 wurde das Finanzierungssystem durch Provinziallandtage und Gemeinden grundlegend geändert. In einigen wurden neue Leistungsvereinbarungen auf Grundlage von Fallpauschalen getroffen. Teilweise wird auch nach Einzelleistungen abgerechnet.

Die meisten **Ärzte** sind bei den Provinziallandtagen entweder in Krankenhäusern oder in Grundversorgungszentren angestellt und sind Gehaltsempfänger. Nur ein kleiner Anteil ist in Praxen niedergelassen und wird nach Einzelleistungen honoriert. Das Gehalt errechnet sich nach der Qualifikation und dem Arbeitsanfall. Das Gesetz über Hausärzte und Ärzte in freier Praxis von 1993 sieht vertragliche Vereinbarungen mit dem Sozialversicherungssystem und den Provinziallandtagen vor, durch die für die gesamte Familie eine Grundversorgung gewährleistet wird. Dieses Versicherungssystem wird derzeit überprüft, weil es nicht entsprechend den Erwartungen in Anspruch genommen wurde und zu einer zunehmenden Anzahl von Überweisungen führte.

Die Aufwendungen der Patienten für verordnete **Arzneimittel** werden teilweise durch die staatliche Sozialversicherung rückerstattet, wenn sie in der nationalen Positivliste registriert sind. Die Kosten werden gemäß einer Festpreislite rückerstattet. Es gibt einen festen Zuzahlungssatz, der für jedes Medikament 10 Skr beträgt. Bei einer stationären Versorgung sind von den Patienten keine Zuzahlungen für Arzneimittel zu leisten.

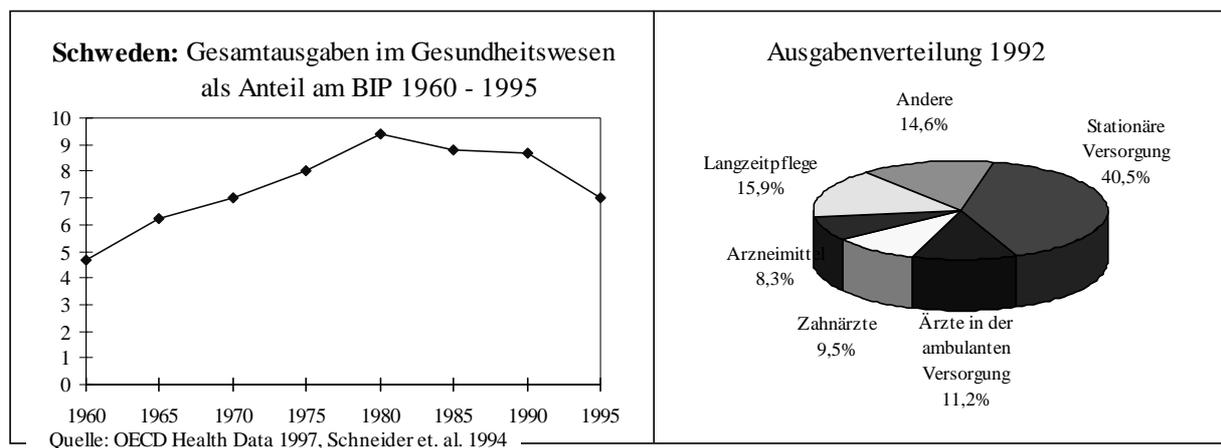
Eine geringe Gebühr ist auch für die Konsultationen in den öffentlichen Gesundheitsversorgungseinrichtungen und von in Praxen niedergelassenen Kassenärzten zu entrichten. Die Zuzahlungen für die zahnärztliche Versorgung wurden stufenweise erhöht.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Der BIP-Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben stieg kontinuierlich von 4,7 % im Jahr 1960 auf einen Spitzensatz von 9,6 % im Jahr 1982 {7,0}. Danach war ein Rückgang bis auf 7,2 % des BIP im Jahr 1995 zu verzeichnen {7,7 %}, was 1.639 ECU pro Kopf {1.386,7} entspricht. Der jüngste Rückgang in den Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP ist im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedstaaten eher untypisch. Der Unterschied zwischen Gesundheitsausgaben pro Kopf und Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP wird durch einen deutlichen Wirtschaftsaufschwung erklärt. Aufgrund der Einführung von Versorgungsleistungen für ältere Bürger im Jahr 1992 wurde die Finanzierung der Langzeitpflege von den Provinziallandtagen auf die Gemeinden und somit vom Gesundheits- auf den Sozialsektor verlagert. Das ist ein Ergebnis der "Ådel"-Reformen, durch die die Zuständigkeiten für die Finanzierung und Leistungserbringung auf die Gemeindeebene verlagert wurden. Genaue Angaben über die Ausgaben sind vom stark dezentralisierten schwedischen Gesundheitssystem nur schwer zu erhalten. Die verfügbaren Daten sind je nach Quelle sehr unterschiedlich.

Wie in anderen EU-Mitgliedstaaten muß für den Krankenhaussektor der größte Anteil des Gesundheitsbudgets aufgewendet werden. Die zahnärztliche Versorgung hatte 1992 mit 11,2 % einen wesentlichen Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben {11,2}.

Abbildung 18: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1970 - 1995; Ausgabenverteilung 1992



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Autonomie der Provinziallandtage bei der Planung, Verwaltung und dem Management im Gesundheitswesen führte in den einzelnen Provinzen zu unterschiedlichen Vereinbarungen über die Leistungserbringung. Es gibt jedoch auch immer noch einige Parallelen bei der Gesundheitsversorgung.

In den letzten Jahrzehnten wurden wesentliche Anstrengungen unternommen, um die Grundversorgung in Schweden zu stärken. Die **Grundversorgung** erfolgt über die Grundversorgungsdistrikte und dort überwiegend durch die ca. 1.000 Grundversorgungszentren (PHC), die von den Provinziallandtagen verwaltet werden. Zudem verfügt jeder Distrikt über zumindest ein Langzeitpflegeheim. In den Gesundheitszentren stehen Distriktärzte - normalerweise Allgemeinärzte, manchmal jedoch auch Fachärzte - für die Vorsorge und die Behandlungen zur Verfügung. Es gibt kein national verbindliches Überweisungssystem von der Grundversorgung zu

den medizinischen Versorgungseinrichtungen. Einige Provinziallandtage bedienen sich eines Hausarzt-Systems.

In der Gesundheitsversorgung nehmen die Krankenhäuser eine wichtige Stelle ein. Die ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser können ohne Überweisung aufgesucht werden. Schweden ist mit Krankenhäusern und Betten sehr gut ausgerüstet. Unter den Allgemeinkrankenhäusern gibt es sechs hochspezialisierte regionale Lehrkrankenhäuser, die für 1 bis 1,5 Millionen Schweden zuständig sind, 20 Distriktkrankenhäuser und 54 Ortskrankenhäuser. 1995 ist die Anzahl der Krankenhausbetten auf 6,3 je 1.000 Einwohner gesunken {6,9}. Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung liegt mit 9,4 Tagen unter dem EU-Durchschnitt {9,8}, wird jedoch durch den längeren Aufenthalt älterer Patienten relativ hoch gehalten.

Die Anzahl der **praktizierenden Ärzte** lag 1994 bei 30,3 je 10.000 Einwohner und somit über dem EU-Durchschnitt {28}. Die Anzahl des Pflegepersonals ist angemessen, obwohl sie gegenüber dem EU-Durchschnitt grundsätzlich niedrig ist. Die Anzahl der Zahnärzte pro Einwohner ist relativ hoch.

Der Anteil des Gesundheitspersonals liegt mit 8,4 % höher als der Durchschnitt in sieben EU-Mitgliedstaaten {6,5}.

Tabelle 22: Gesundheitspersonal in Schweden			
Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	30	28	1994
Allgemeinärzte	5	9	1994
Fachärzte	21	13	1994
Praktiz. Zahnärzte	102	74	1994
Pflegepersonal	10	6	1994
Apotheker	7	7	1993

## AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Das Gesundheitswesen in Schweden befindet sich in einem tiefgreifenden strukturellen und organisatorischen Wandel. Während die politischen Prioritäten früher bei der Dezentralisierung, Lenkung der Gesundheitsplanung auf Provinzebene und Stärkung der Grundversorgung lagen, ist jetzt in fast der Hälfte der 26 Provinzen die Marktorientierung angesagt. Ein interner Markt, der 1993 von 13 Provinziallandtagen eingerichtet wurde, führte zu einer liberaleren Gesundheitsfinanzierung und Leistungsvereinbarungen. Dazu gehören auch die Verhandlungen zwischen dem Erwerber und dem Anbieter gesundheitlicher Versorgungsleistungen. Diese Abrechnungsvereinbarungen sorgen gemeinsam mit anderen Wettbewerbselementen zwischen den Anbietern für mehr Anreize bei der Leistungserbringung. Durch die Reduzierung der Krankenhauskapazitäten und eine Verlagerung der Ressourcen auf die ambulante Versorgung und Langzeitpflege haben die Provinziallandtage, die die traditionelle Form der Budgetierung beibehielten, augenscheinlich einen größeren Aktionsradius erworben.

Insgesamt gesehen ist die strukturelle Neuordnung des schwedischen Gesundheitswesens eine

Zusammenfassung der verschiedenen Maßnahmen, die in jedem einzelnen der 26 Provinziallandtage und Gemeinden veranlaßt wurde. Aktuelle Themen ergeben sich auch von seiten einzelner Provinziallandtage, wie z. B. die 1996 von 14 Provinziallandtagen getroffenen internen Marktvereinbarungen.

In der Provinz Stockholm wurden einige der bedeutendsten Änderungen vollzogen. Das Hauptziel der Reform bestand in der Effizienzsteigerung bei der Leistungserbringung, der Einführung einer Marktorientierung mit der Strategie "das Geld folgt dem Patienten", einer größeren Auswahl für den Verbraucher und einer Verkürzung der Warteliste. Das Stockholm-Modell wird umgesetzt durch:

1. die Einführung eines neuen Rückerstattungssystems für die Akutversorgung (1992) und die Versorgung in geriatrischen Krankenhäusern (1994) auf Grundlage der Diagnosefallgruppen;
2. ein höheres Zuzahlungssystem für Patienten, die sich frei entscheiden wollen;
3. die Einführung eines Hausarzt-Systems (1994) mit standardisierten Rückerstattungssätzen;
4. die Trennung von Leistungsanbietern und -erwerbern, wobei die vertraglichen Leistungsvereinbarungen einigen Wettbewerbsgrundsätzen unterliegen.

Die Qualitätssicherung wird durch den Qualitätsausschuß des Zentralamtes für Gesundheit und durch eine obligatorische Datenverarbeitung der Informationen seit 1994 sichergestellt.



## VEREINIGTES KÖNIGREICH

### ÜBERBLICK

Im Vereinigten Königreich gilt der Nationale Gesundheitsdienst (National Health Service - NHS) seit Jahrzehnten als "Juwel in der Krone des Wohlfahrtsstaates", da mit seiner Einführung im Jahr 1948 zum erstenmal der allgemeine Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglicht wurde. Der Nationale Gesundheitsdienst wird größtenteils durch Steuergelder finanziert. Mit mehr als einer Million Beschäftigten ist er der größte zivile Arbeitgeber in Europa.

Der NHS gewährt einen umfassenden und nahezu kostenlosen Versicherungsschutz. Die Organisation der Gesundheitsversorgung im Vereinigten Königreich wurde 1990 grundlegend geändert. Die wesentlichste Änderung ist die Trennung nach Leistungserwerbern und Leistungserbringern und die Schaffung eines "internen Marktes" innerhalb des NHS. Die Funktionsweise des Marktes beruht darauf, daß die "Fondsinhaber" unter den Allgemeinärzten als "Gesundheitsbehörden der Distrikte die Leistungen von den Krankenhäusern und den unabhängigen "Trusts" (selbstverwaltete Krankenhäuser im NHS) erwerben. Das neue Vertragssystem erforderte neue Fertigkeiten der Anbieter wie Fähigkeiten im Managementbereich. Es wurde 1991 eingeführt. Der Grundgedanke war, den Wettbewerb unter den Anbietern der gesundheitlichen Versorgungsleistungen zu steigern und im Idealfall eine größere Effizienz beim Erwerb und der Erbringung der Gesundheitsleistungen zu erzielen. Im Regierungsdokument "Zum Gesundheitszustand der Nation" von 1992 wurde erklärt, daß das Ziel der Gesundheitsreform eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei.

Mittelpunkt dieses Systems stehen die Grundversorgung und der Allgemeinarzt als erste Anlaufstelle zur Gesundheitsversorgung, was häufig im Vergleich zu anderen EU-Gesundheitssystemen als Vorteil angesehen wurde. Die Gesundheitsindikatoren schneiden - betrachtet als Ergebnisindikatoren der Gesundheitsversorgung - recht gut ab. Der Ausgabenanstieg war im Vergleich zu den Entwicklungen in den anderen EU-Mitgliedstaaten bemerkenswert langsam. Die Höhe der Gesundheitsausgaben, die unter einer strengen Haushaltskontrolle der Regierung stehen, ist Gegenstand der politischen und öffentlichen Diskussion. Die Höhe der für die Sekundärversorgung angesetzten Ressourcen wird als besonders kritisch betrachtet, da sie als eine der Ursachen für lange Wartelisten in der stationären Versorgung gelten. Die Wartelisten sind ein Grund dafür, daß 1996 in Umfragen<sup>27</sup> die britische Bevölkerung nur einigermaßen zufrieden mit dem System war. Von einigen Ausnahmen abgesehen, werden gute Resultate bei schweren und gefährlichen Krankheiten erzielt, weniger gute jedoch bei geringen Beschwerden - obwohl diese für den Patienten nicht weniger belastend sind.

Die Unsicherheit ist weiterhin sehr groß, und die Meinungen über die Auswirkungen des durch die NHS-Reformen geschaffenen internen Markts gehen auseinander. Nahezu sieben Jahre nach Einführung der Reform besteht ein zunehmendes Interesse an einer genaueren Überprüfung ihrer Auswirkungen, um neue oder weiterführende Maßnahmen der Gesundheitsreform im Vereinigten Königreich beschließen zu können.

---

<sup>27</sup>) Vgl. Mossialos 1997.

## BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEITZUSTAND

1996 gab es im Vereinigten Königreich 58 Millionen Einwohner, von denen 25 % jünger als 20 {24,6 %} und 15,8 % älter als 65 {15} waren. Der Anteil der Personen über 75 Jahre ist der zweithöchste in der EU {6,1 %} und wird für 2020 auf 12,4 % prognostiziert {8,9}. Der zunehmende Altersdurchschnitt der britischen Bevölkerung wird hohe Anforderungen an den NHS stellen.

Der allgemeine Gesundheitszustand hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert, und die meisten Gesundheitsindikatoren der britischen Bevölkerung entsprechen dem EU-Durchschnitt.

Die **Lebenserwartung** bei der Geburt verzeichnete in den letzten zwei Jahren für beide Geschlechter einen stetigen Aufwärtstrend und stieg auf 79,3 Jahre für Frauen {80,2} und 74,4 Jahre für Männer {73,9}.

Die **altersstandardisierte Mortalitätsrate** lag 1993 bei 7,9 je 1.000 Einwohner {8,2}. Die **Säuglingssterblichkeit** belief sich 1996 auf 6,1 je 1.000 Lebendgeborene - und liegt somit über dem EU-Durchschnitt {5,4}, wobei die **perinatale Sterblichkeit** 1994 bei 8,9 je 1.000 Lebend- und Totgeborene lag {7,5}.

Die Haupttodesursachen sind wie in der übrigen EU Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Unfälle bei Personen unter 35 Jahren. Der geschätzte **Verlust potentieller Lebensjahre** ist bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders hoch (siehe Tabelle 2).

Die Zahl der **AIDS**-Fälle stieg zwischen 1982 und 1994 und ging 1996 auf 24 Neuerkrankungen je 1 Million Einwohner zurück {42,7}.

Der DMF-Indikator für Zahnerkrankungen bei 12jährigen war 3,1 und entsprach 1990 somit dem EU-Durchschnitt {3,1}.

Der **Alkoholkonsum** lag mit 8,9 Litern pro Person und Jahr für beide Geschlechter unter dem EU-Durchschnitt von 1990 {11,6}.

Hinsichtlich des **Tabakkonsums** wurde festgestellt, daß 1992 29 % der Männer (deutlich unter dem EU-Durchschnitt {37,7}) und 28 % der Frauen (leicht über dem EU-Durchschnitt {25,1}) rauchten.

Das Vereinigte Königreich ermöglicht zwar einen gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, es zeigt sich jedoch, daß die Unausgewogenheiten im Gesundheitszustand und bei der Gesundheitsversorgung in Angriff genommen werden müssen.

## FINANZIERUNG UND ORGANISATION

### 1. Struktur des Systems

Der Gesundheitsminister ist gegenüber dem Parlament verantwortlich für die Bereitstellung der

Gesundheitsleistungen innerhalb des NHS. Der NHS Executive ist als nationale Verwaltungsebene gegenüber dem Gesundheitsminister für die Festlegung klar definierter Ziele und Prioritäten auf Grundlage der politischen Vorgaben verantwortlich. Die nationale Verwaltungsebene verteilt das Jahresbudget auf die 106 Distriktgesundheitsbehörden (District Health Authorities - DHA), die als Einkäufer von Gesundheitsleistungen fungieren und für 250.000 bis 1 Million Bürger zuständig sind. Sie verwalten gemeinsam mit den Allgemeinärzten als Fondsinhaber die integrierten Budgets für den Erwerb der Leistungen in der Grund- und Sekundärversorgung. Die NHS-Krankenhaus-Trusts sind selbstverwaltete Einrichtungen, die 1991 mit dem Ziel eingerichtet wurden, die Autonomie der Krankenhäuser zu verstärken. Die Allgemeinärzte und Zahnärzte sind unabhängige Vertragspartner des NHS, immer mehr Zahnärzte akzeptieren jedoch ausschließlich Privatpatienten.

1997 gab es 463 Krankenhaus-Trusts, denen mehr als 1.600 Krankenhäuser angehörten. Sie führen den überwiegenden Anteil an stationärer und ambulanter Versorgung durch und repräsentieren die örtlichen Gesundheitsstellen innerhalb des NHS. Die NHS-Trusts bieten als Vertragspartner der Leistungserwerber stationäre Versorgung und Leistungen auf Gemeindeebene.

Obwohl der öffentliche Sektor den größten Anteil der Gesundheitsleistungen innerhalb des NHS trägt, wurde das System stets durch einen kleinen, jedoch stetig wachsenden unabhängigen Sektor ergänzt. Es besteht aus einem großen Spektrum privater, freiwilliger und gemeinnütziger Einrichtungen, die die Leistungen des NHS nicht nur in den Bereichen ergänzen, in denen der NHS wie bei chirurgischen Eingriffen einen umfassenden Versicherungsschutz bietet, sondern auch dort, wo der NHS nur begrenzte Leistungen anbietet wie bei der Versorgung in Pflegeheimen und Rehabilitationseinrichtungen.

## **2. Finanzierung**

Der NHS wird überwiegend aus dem allgemeinen Steueraufkommen (95 %) und anderen Zahlungen (5 %) in einem allgemeinen Budget finanziert, das vom Ministerium festgelegt und vom Parlament verabschiedet wird. Die Krankenversicherung gelten für einen kleinen Privatsektor, der während der 80er und frühen 90er Jahre rasch anwuchs. 1996 hatten ca. 9 % der Bevölkerung eine private Zusatzversicherung abgeschlossen, um die stationäre fachärztliche Versorgung sicherzustellen und die als sehr lang geltenden Wartelisten des NHS außerhalb der Notfall-Behandlungen zu umgehen. Dennoch werden überwiegend die innerhalb des oder für den NHS geleisteten Versorgungsleistungen finanziert und lediglich 3,5 % der Ausgaben wird von Privatversicherungen gedeckt. Darüber hinaus schaffte die New Labour-Regierung 1997 Steuererleichterungen für private Krankenversicherungen ab. Die Zuzahlungen für eine Reihe von Arzneimitteln, zahnärztliche Versorgung und Sehtests sind von Jahr zu Jahr gestiegen, viele Patienten wie Kinder, Senioren, Schwangere, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger sind jedoch davon ausgenommen.

1995 erhielten die öffentlichen Krankenhäuser den Status von NHS-Trusts (bis 1998 ca. 400), die jetzt insbesondere bei der Auswahl ihres eigenen medizinischen Personals und der Erbringung von Leistungen für eine größere Zahl von Anbietern unabhängiger vorgehen können. Sie können Eigentum und Grundbesitz erwerben und verkaufen und Fremdkapital aufnehmen. Die Krankenhaus-Trusts schließen mit den Leistungserwerbern Verträge über die Preise und den Umfang der gesundheitlichen Versorgungsleistungen ab. Vor der Reform wurden die

Vergütungen des klinischen und nicht-klinischen Personals von zentraler Ebene festgelegt.

1997 hatten 60 % des Personals Arbeitsverträge mit den örtlichen Trusts abgeschlossen. Die Mitarbeiter des Krankenhauses sind angestellt, und zahlreiche Ärzte arbeiten zusätzlich noch in ihren eigenen Praxen.

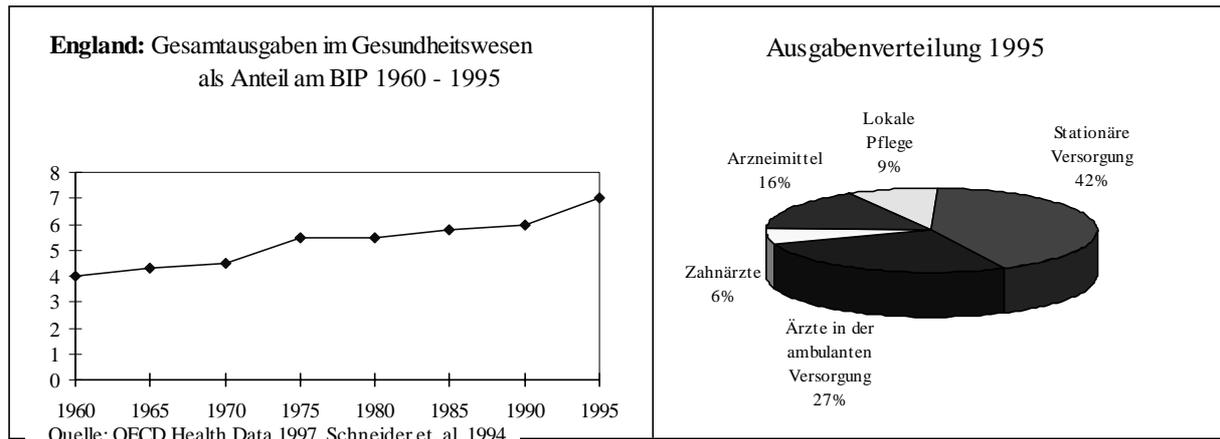
Die Gebührenordnung für Allgemeinärzte ist eine komplizierte, vertraglich festgelegte Kombination aus Gebühren und Honoraren. Der Großteil stammt aus Kopfpauschalen für jeden registrierten Patienten. Die Höhe der Zahlung hängt von dem Alter der Patienten ab. Einige Leistungen wie Empfängnisverhütung und Impfungen werden nach Einzelleistungen vergütet. Es werden auch Prämien ausgezahlt, wenn z.B. ein vorgegebenes Immunisierungsziel eingehalten wurde. Die Fondsinhaber unter den Allgemeinärzten - 1998 ca. die Hälfte aller Allgemeinärzte - erhalten ein Budget, aus dem sie die Grundversorgung in ihrer Praxis und den Erwerb der gesamten Sekundär- und Tertiärversorgung für die bei ihnen registrierten Patienten bestreiten. Die Fondsinhaber können ihre Einnahmen nicht erhöhen, sie können jedoch ihre Einsparungen wieder investieren. Bei den **Zahnärzten** wird das Honorar überwiegend nach Einzelleistung abgerechnet.

Bei den **Arzneimitteln** gibt es eine Negativliste für Medikamente ohne Kostenrückerstattung. Die Preise werden vom Hersteller festgesetzt, die Gewinne werden jedoch von der Regierung kontrolliert. Freiverkäufliche Arzneimittel zahlt der Patient aus eigener Tasche, Zuzahlungen für verordnete Medikamente erfolgen durch einen Festbetrag, der durchschnittlich 24 % des vom Patienten zu zahlenden Arzneimittelpreises beträgt. Wie oben erwähnt, gibt es auch hier zahlreiche Ausnahmen. Verhütungsmittel sind kostenlos, die Anwendung von Generica wird im Vereinigten Königreich stark gefördert. Die Gebühren der Apotheker sind Gegenstand der Verhandlungen zwischen der Regierung und der Ärzteschaft.

### 3. Ausgaben im Gesundheitswesen

Die Gesundheitsausgaben im Vereinigten Königreich als Anteil am BIP sind zwar gestiegen, sie sind im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedstaaten jedoch niedrig, da sie unter strenger Haushaltskontrolle standen. Zwischen 1965 und 1995 stiegen die Ausgaben im nationalen Gesundheitswesen von 4,1 % auf 6,9 % des BIP, und gehörten somit zu den niedrigsten in der EU {7,7}, was 1995 1.005 ECU pro Kopf entsprach {1.412}. Die Ausgaben in der Grund- und Sekundärversorgung werden überwiegend durch die jedem Allgemeinarzt und Krankenhaus trust übertragenen Budgets kontrolliert.

Abbildung 19: Gesamtausgaben im Gesundheitswesen als Anteil am BIP 1960 - 1995; Ausgabenverteilung 1995



## RESSOURCEN UND INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Grund- und Sekundärversorgung ist im Vereinigten Königreich weitgehend voneinander getrennt. Die Allgemeinärzte sind die erste Anlaufstelle (gatekeeper) für den Zugang zur Sekundärversorgung. Nahezu die gesamte Bevölkerung ist bei einem Allgemeinarzt registriert, der für die Grundversorgung zuständig ist und den Zugang zur stationären Versorgung kontrolliert. Die Inanspruchnahme ist zwischen den sozialen Schichten und den ländlichen und städtischen Regionen sehr unterschiedlich.

Die Veröffentlichung der Regierung "Zum Gesundheitszustand der Nation" von 1992 legte die Prioritäten für die **Gesundheitsförderung** gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, psychische Erkrankungen, HIV-Infektion und AIDS sowie Unfälle fest. Die Gesundheitsförderung liegt überwiegend im Zuständigkeitsbereich der Distriktgesundheitsbehörden. **Programme zur Gesundheitsvorsorge** wie Impfungen und Vorbeugeuntersuchungen gegen Krebs werden von den Schulgesundheitsdiensten, den Gemeindeärzten und Allgemeinärzten durchgeführt.

Die meisten Krankenhausbetten sind öffentliche Betten des Nationalen Gesundheitsdienstes. Ungefähr 6 % der Akutbetten gehören dem Privatsektor. Der Rückgang der **Krankenhausbetten** in der Akutversorgung im Vereinigten Königreich je 1.000 Einwohner von 2,7 im Jahr 1985 auf 2,1 im Jahr 1994 {4,7} ist dadurch zu erklären, daß Patienten mit chronischen Erkrankungen nicht mehr durch die Krankenhäuser, sondern durch die Gemeinden versorgt werden. Die **durchschnittliche Verweildauer** in der Akutversorgung war mit 4,8 Tagen im Jahr 1994 die niedrigste in Europa {7,6}. Die **Aufnahmeraten** sind von 13,6 im Jahr 1985 auf 19,9 im Jahr 1994 gestiegen {16,7}.

1992 wurde die Patienten-Charta verfaßt, in der die Rechte und Zielsetzungen bei der Behandlung festgelegt sind, so daß die Leistung der Krankenhäuser und Gemeinden patientenorientierter gestaltet und die lokalen Bedürfnisse erfüllt werden können. Es gibt Anzeichen dafür, daß die Wartelisten in den letzten fünf Jahren kürzer wurden.

Die Anzahl der **praktizierenden Ärzte** war 1994 mit 7,6 je 10.000 Einwohner im Vergleich zum EU-Durchschnitt sehr niedrig {28,1}. Es gibt einen Personalmangel in allen Bereichen der Gesundheitsberufe.

Berufsgruppen	Anzahl je 10.000 Einwohner	EU-Durchschnitt	Jahr
Praktizierende Ärzte	16	28	1994
Allgemeinärzte	6	8	1994
Fachärzte	---	13	1994
Praktiz. Zahnärzte	4	6	1994
Pflegepersonal	---	87	1994
Apotheker	6	7	1993

### AKTUELLE GESUNDHEITSPOLITISCHE FRAGEN

Die wichtigsten Reformen des Nationalen Gesundheitsdienstes wurden Anfang 1991 eingeleitet. Gegenstand zahlreicher Diskussionen sind immer noch die Auswirkungen des internen Marktes. 1996 waren die Reformen vollständig umgesetzt, es ist jetzt jedoch noch zu früh, um die gesamten Auswirkungen der Reformen zu erkennen, da ein Nachweis durch die fortbestehenden und häufigen Änderungen einschließlich des Regierungswechsels von 1997 nur schwer zu führen ist. Theoretisch kann man davon ausgehen, daß Anbietermärkte die Effizienz bei den Anbietern steigern, obwohl dies in der Praxis durch höhere Transaktionskosten wieder zunichte gemacht werden kann. Um die Transaktionskosten zu senken, müssen Unzulänglichkeiten in dem Management- und Informationssystem sowohl bei der technischen Infrastruktur als auch bei der Ausbildung des medizinischen Personals behoben werden. Zudem müssen eine Kosten-Nutzen-Analyse im Gesundheitsbereich und die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Nationalen Gesundheitsdienst eingehend ausgewertet werden. Leider konzentriert sich die öffentliche Diskussion zumindest in der Presse auf die Länge der Wartelisten für nicht dringende Eingriffe. Nicht nur, daß es sich dabei um keinen geeigneten Indikator für ein gut oder schlecht funktionierendes Systems handelt, dadurch können auch eindeutige Mißverständnisse zustande kommen, denn die Wartelisten werden bei zunehmenden Ressourcen eher länger anstatt kürzer. Ein klassisches Beispiel dafür ist der "Technologie-Schub" bei Eingriffen wie dem Einsetzen künstlicher Hüftgelenke bei älteren Menschen. Wenn die Ressourcen als ausreichend gelten, werden die Allgemeinärzte ihre älteren Patienten auf die Listen für diese Operationen setzen. Sie würden es jedoch nicht tun, wenn man von einer allgemeinen Knappheit der Ressourcen ausginge. Die Wartelisten werden sich deshalb verlängern, weil die Chancen für eine Operation gut stehen. Deshalb kann die Entscheidung, die Wartelisten durch Aufstockung der Finanzen und Ressourcen zu verkürzen, genau den gegenteiligen Effekt haben.

Ein wichtiges Ziel der jüngsten NHS-Reform war die Qualitätsverbesserung der Gesundheitsleistungen, wie sie der Verbraucher empfindet, der trotz allem nur wenig direkte Kontrolle über das neue System hat. Die Leistungserwerber überwachen und kontrollieren die klinische Praxis und das Gesundheitsministerium gibt die nationalen Standards vor. Darüber hinaus spielen akademische Schlüsselinstitutionen eine zunehmende Rolle bei der Entwicklung der Leitlinien für wirksame und angemessene Verfahren in der Gesundheitsversorgung und folgen damit einem internationalen Trend. So koordiniert z.B. die Cochrane Collaboration systematisch die Ergebnisse von stichprobenartigen Kontrollen im Vereinigten Königreich und entwickelt

Leitlinien auf der Grundlage klinischer Nachweise (sogenannte nachweisgestützte Medizin). Eine Reihe akademischer und ministerieller Einrichtungen mißt der Auswertung der Medizintechnik im Vereinigten Königreich eine zunehmende Bedeutung bei.

Das Weißbuch der New Labour-Regierung von 1997 schlug eine neue Richtung für den Nationalen Gesundheitsdienst vor. Der interne Markt ist durch ein System der integrierten Versorgung zu ersetzen. Die Basiseinheit wird die Grundversorgungsgruppe (Primary Care Group) sein - ein Team, das sich generell aus einem Allgemeinarzt und Gemeindefachkräften zusammensetzt, die den Allgemeinarzt als Fondsinhaber ersetzen und als Team eine gemeinsame Budgetverantwortung unter Aufsicht der Distriktgesundheitsbehörde haben. Ein medizinischer 24-Stunden-Gemeindeinformationsdienst wird 1998 eingerichtet. Neue elektronische Verbindungen sind geplant zwischen den Allgemeinärzten, Apothekern und Krankenhäusern. Die Finanzierung und Vertragsschließung wird dann für einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren erfolgen - länger als unter den vorangegangenen Vereinbarungen der Regierung zum internen Markt.

Ein neues Nationales Institut für herausragende klinische Arbeit (National Institute for Clinical Excellence) ist geplant, um Leitlinien für die Versorgung auf nationaler Ebene festzuschreiben, und es wird eine neue Kommission für Gesundheitsverbesserung (Commission for Health Improvement) eingerichtet, um die Leistung der klinischen Versorgung zu überprüfen.

Die Pläne zur Rationalisierung der Krankenhausleistungen haben zu großen Diskussionen geführt. Insbesondere in Großstädten wie London, die unter einer Krankenhausstruktur leiden, die im 19. Jahrhundert geschaffen wurde, bedarf es einer unbedingten Neustrukturierung, um den Änderungen der Bevölkerungsstruktur und der neuen Medizintechnik Rechnung zu tragen.



## Glossar

**Alkoholkonsum:** Jährlicher Konsum von Alkohol in Alkoholliter pro Kopf (Bevölkerung ab 15 Jahren); wird ermittelt durch eine Schätzung von Bier-, Wein- und Spirituosenkonsum, umgerechnet in reinen Alkohol, und dividiert durch die Anzahl Personen ab 15 Jahren. Der Umrechnungsfaktor beträgt für Bier 4-5%, Wein 11-16% und Spirituosen 40%. Ein Alkoholkonsum von 12 l Alkohol würde damit jährlich ungefähr 85 l Wein – d.h. ungefähr einem Glas Wein pro Tag – oder auch 30 l Spirituosen – bzw. einer halben Flasche pro Woche – entsprechen. In der Praxis muß natürlich von einer Mischung von alkoholischen Getränken ausgegangen werden.

**Altersstandardisierte Mortalitätsrate:** Bei der Standardisierung wird der tatsächliche Bevölkerungsaufbau eines LANDES (nach Alter und Geschlecht) so verändert, daß er dem einer Referenzpopulation entspricht; in der vorliegenden Studie der EU-Bevölkerung. Altersstandardisierte Mortalitätsraten lassen sich zwischen Ländern gut vergleichen, sind jedoch für jedes einzelne Land fiktive Häufigkeitsmerkmale.

**Ambulante Versorgungsleistungen:** Ambulant sind die Versorgungsleistungen, nach deren Erbringung der Patient wieder nach Hause gehen kann, d.h. nicht "stationär" bleibt. Ambulante Leistungen werden sowohl in Arztpraxen als auch – in je nach Land unterschiedlichem Umfang – in Krankenhäusern erbracht.

**Anspruch:** Das Recht auf ein bestimmtes, festgelegtes Leistungsangebot.

**Ausgaben;** Finanzielle Aufwendungen für das Gesundheitssystem für einen bestimmten Zeitraum (zumeist ein Jahr), entweder als nominale oder reale – d.h. inflationsbereinigte – Angabe. Üblich ist zudem die Berechnung der Ausgaben als Prozentsatz vom Bruttoinlandsprodukt oder vom Bruttosozialprodukt.

**Beitrag:** Finanzielle Abgabe für Sozialversicherungen, die in der Regel von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu gleichen oder unterschiedlichen Anteilen getragen wird. Wird oft als fester Anteil des Einkommens, ggf. mit einer oberen Grenze veranschlagt (OECD).

**Beveridge-Modell:** Modellsystem für die staatliche Organisation eines Gesundheitssystems nach dem Vorbild eines staatlichen Gesundheitsdienstes: Gesundheitsleistungen werden vorwiegend durch Steuergelder finanziert, die Leistungserbringung erfolgt unter der Aufsicht einer zentralen öffentlichen Institution (der Staat).

**Bismarck—Modell:** Modellsystem der sozialen Sicherung, die u.a. die Krankenversicherung einschließt. Im Unterschied zu dem Beveridge-Modell werden hier (zumeist) einkommensabhängige Beiträge an vom Staat mehr oder weniger unabhängige Einrichtungen (= Krankenhäuser) gezahlt. Diese verhandeln in der Regel Preise und Leistungsumfang mit den Leistungserbringern.

**Budget, Fixes:** Im voraus festgelegter nicht änderbarer Finanzierungsrahmen, d.h. ohne Berücksichtigung der dann tatsächlich anfallenden Leistungen.

**Budget, Flexibles:** Im voraus festgelegter Finanzierungsrahmen, der jedoch bei Veränderungen des Leistungsvolumens (z.B. Anzahl der medizinischen Behandlungen) angepaßt wird.

**Budget, Globales:** Eine festgelegte globale Ausgabengrenze für alle medizinischen Versorgungssektoren gemeinsam, bezogen auf einen Kostenträger, d.h. den Staat oder eine Krankenkasse.

**Deckelung:** Ausgabenbegrenzung.

**Demographie:** Bevölkerungslehre, bei der Populationsmerkmale wie Alter und Geschlecht sowie Geburten, Tod und Ab-/Zuwanderung (bzw. die jeweiligen Raten pro 1.000 Einwohner betrachtet werden).

**Diagnosefallgruppen ("Diagnosis Related Groups"):** System zur Klassifizierung von Patienten in Gruppen, gemessen an gleichen oder ähnlichen Diagnosen, die erwartungsgemäß vergleichbare Ressourcen in der medizinischen Versorgung verbrauchen. Diese Gruppen können z.B. für Zwecke der Vergütung im stationären Versorgungsbereich zugrundegelegt werden (alternativ zu Tagessätzen bzw. Vergütung von einzelnen Leistungen).

**Effektivität:** Bewertung einer Maßnahme anhand des Kriteriums, wie erfolgreich sie ein gewünschtes Ergebnis erzielt.

**Efficacy:** Effektivität einer Maßnahme unter den Idealbedingungen einer wissenschaftlich durchgeführten klinischen Studie und damit nur begrenzt auf die Versorgung unter tatsächlichen Bedingungen übertragbar.

**Effizienz:** Bewertung einer Maßnahme anhand des Outputs (z.B. Anzahl) der medizinisch versorgten Patienten) pro gegebenem Input (z.B. finanzielle Ressourcen); wird fälschlicherweise mit Kosten-Effektivität gleichgesetzt.

**Einzelleistungsvergütung:** Vergütungsform, bei der jede einzelne Leistung des Leistungserbringers vergütet wird; wird zumeist in der ambulanten Versorgung angewendet.

**Freiwillige Krankenversicherung:** Der Bereich der freiwilligen Krankenversicherung umfaßt zwei von einander zu unterscheidende Bereiche, nämlich 1. die Vollversicherung von Personen, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen, und 2. Die Zusatzversicherungen gegen Risiken, die in der Pflichtversicherung nicht abgedeckt sind. Freiwillige Krankenversicherung darf nicht mit privater Krankenversicherung verwechselt werden; letztere ist eine Form sowohl der Voll- als auch der Zusatzversicherung, bei der die Beiträge risiko- und nicht einkommensbezogen erhoben werden.

**Gebührenordnung:** Liste vereinbarter - meist zwischen den Vertretern der Krankenkassen und der Ärzteschaft verhandelter - Preise für bestimmte Leistungen.

**Gatekeeper System:** Siehe "Hausarztssystem".

**Gesundheitsversorgung:** Jede Form von Leistungen, die von Medizinern oder Paramedizinern erbracht werden und Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben.

**Gleichheit:** Komplexe Zielvorstellung in der Organisation, Finanzierung und praktischen Umsetzung medizinischer Versorgungsleistungen. Hier wird Gerechtigkeit primär im Zusammenhang mit dem Zugang zum medizinischen Versorgungssystem verstanden.

**Grundversorgung:** siehe "Primärmedizin".

**Hausarzt-System:** System, das voraussetzt, daß Patienten für eine bestimmte Zeitspanne fest bei einem Hausarzt eingeschrieben sind. Der Hausarzt übernimmt die primär-ärztliche Versorgung (Grundversorgung) der eingeschriebenen Patienten und überweist Patienten in die sekundäre (fachärztliche und stationäre) Behandlung, die ohne die Überweisung durch den Hausarzt typischerweise nicht zugänglich ist (mit Ausnahme der stationären Akutversorgung).

**Inanspruchnahme:** Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen, die als Maßzahl oft als Inanspruchnahme bestimmter Leistungen pro 1.000 Einwohner für einen bestimmten Zeitraum angegeben wird.

**Kopfpauschale:** Bezahlungssystem für Leistungserbringer, zumeist im ambulanten, insbesondere hausärztlichen Versorgungsbereich. Dabei wird für alle Leistungen pro eingeschriebenen Patienten ein festgelegter Betrag bezahlt, unabhängig davon, wieviel Leistungen der Patient dann tatsächlich benötigt bzw. in Anspruch nimmt.

**Kosten-Effektivität:** Bewertung einer Maßnahme anhand des Outcome (d.h. Zugewinn an Gesundheit) pro gegebenem finanziellen Input.

**Kostendämpfungsmaßnahmen:** Maßnahmen, um Gesundheitsausgaben auf einem gewünschten Ausgabenniveau zu halten (z.B. einem stabilen Ausgabenbetrag, oder einem stabilen Anteil am BIP).

**Krankenversicherungsleistungen:** Medizinische bzw. gesundheitliche Sachleistungen oder

Geldleistungen der Krankenkassen, auf die der Versicherte bei Eintreten des versicherten Ereignisses einen Anspruch hat.

**Krankenversicherungspflicht:** Gesetzliche Verpflichtung zum Abschluß einer Krankenversicherung, zumeist im Rahmen einer Sozialversicherung.

**Langzeitpflege:** Gesundheitliche Versorgungsleistungen und Pflegeleistungen für chronisch kranke oder behinderte Patienten.

**Lebenserwartung:** Mittleres Todesalter, kalkuliert für einen Jahrgang und getrennt nach Geschlechtern. Die Kalkulation erfolgt auf der Basis einer fiktiven Generation unter Berücksichtigung der Sterblichkeitskonditionen für die berücksichtigte Zeitspanne.

**Leistungskatalog der Krankenversicherungen:** Definierte Liste von medizinischen Versorgungsleistungen, die bei Eintreten eines Versicherungsfalles gewährt werden (d.h. von den Krankenkassen finanziert) werden müssen.

**Morbiditätsrate:** Erkrankungsrate, in der Regel ermittelt pro 1.000 Einwohner.

**Mortalitätsrate:** Sterblichkeitsrate, in der Regel ermittelt pro 1.000 Einwohner.

**Mutuelles / Mutalités:** Autonome gemeinnützige Versicherungsgesellschaften in Frankreich und Belgien.

**Nationaler Gesundheitsdienst:** Eine Organisationsform der Pflichtversicherung durch einen staatlichen Gesundheitsdienst, bei dem typischerweise ein Großteil der Finanzierung des Gesundheitssystems durch öffentliche Gelder (Steuermittel) finanziert wird und ein Großteil der medizinischen Versorgungseinrichtungen in öffentlicher Hand ist (häufig auf nationaler oder regionaler Ebene).

**Öffentlicher Gesundheitssektor:** Meint ursprünglich öffentliches Eigentum von gesundheitlichen Institutionen, wird hier jedoch zusätzlich verwendet für die öffentliche und solidarische Finanzierung von Gesundheitsleistungen.

**Outcome:** In der Fachsprache gebräuchliche Umschreibung eines gesundheitlichen Resultates, das auf eine gestimmte medizinische Versorgungsleistung zurückzuführen ist.

**Perinatale Sterblichkeitsrate:** Anzahl der Totgeborenen und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbenen, in der Regel ermittelt pro 1.000 Geburten (Tot- und Lebendgeborene).

**Pflichtversicherung:** siehe "Soziale Krankenversicherung".

**Prämie:** Beitrag für eine Privatversicherung.

**Primärärztliches Budgethaltesystem (General Practitioner Fundholding):** Modellansatz aus dem englischen Gesundheitssystem. Der Primärarzt erhält einen festen Betrag (Budget), mit dem er einerseits primärärztliche Leistungen selbst erbringt, zum anderen auf vertraglicher Grundlage sekundäre Versorgungsleistungen (fachärztliche Versorgung und stationäre Versorgung) erwirbt.

**Primärmedizin:** Grundlegende medizinische Versorgungsleistungen bei einem ersten Kontakt mit dem medizinischen Versorgungssystem (die Notfallversorgung nimmt eine Sonderstellung ein). In den EU-Mitgliedstaaten zumeist im ambulanten Versorgungssektor (ärztliche Praxen, Gesundheitsdienste ) angeboten.

**Privater Gesundheitssektor:** Privatwirtschaftliche Finanzierung und Leistungserbringung medizinischer Versorgungsleistungen.

**Privatversicherung:** Private Krankenversicherung ist eine Form sowohl der Voll- als auch der Zusatzversicherung, bei der die Beiträge risiko- und nicht einkommensbezogen erhoben werden.

**Prospektive Vergütungssysteme:** Vorausbezahlung anhand von erwarteten medizinischen Versorgungsleistungen in der Anzahl zu behandelnder Patienten. Gegenteil von retrospektiven Vergütungssystemen.

**Festpreis / Festbetrag ("reference price"):** Bezeichnet den Maximalbetrag für die Vergütung von Medikamenten, entweder für Präparatgruppen mit identischen Wirkstoffen

oder mit ähnlichen Wirkungsspektren, dabei werden die Preise der kostengünstigeren Präparate zugrundegelegt. Überschreitet der tatsächliche (Apothekenpreis) den Festbetrag, muß die Differenz durch den Patienten beglichen werden.

**Retrospektive Vergütungssysteme:** Retrospektive Bezahlung medizinischer Versorgungsleistungen. Gegenteil von prospektiven Vergütungssystemen.

**Sachleistung:** Beim Sachleistungsprinzip erhält der Versicherte als Patient die Leistungen vom Arzt oder Krankenhaus ohne Bezahlung (unter Ausnahme ggf. von Zuzahlungen), da diese direkt vom Träger der Gesundheitsversorgung (d.h. Staat oder Krankenkassen) übernommen wird.

**Säuglingssterblichkeit:** Sterblichkeitsrate für Kinder unter einem Jahr, wird in der Regel pro 1.000 Geburten angegeben.

**Selbstbeteiligung:** Form der Finanzierung von Gesundheitsleistungen, bei der der Versicherte für einen Anteil der in Anspruch genommenen Versicherungsleistungen finanziell selbst aufkommen muß. Beim Sachleistungsprinzip erfolgt eine reduzierte Kostenerstattung durch den Versicherer.

**Soziale Krankenversicherung:** In der sozialen Krankenversicherung wird der Bürger gegen die mit dem Risiko "Krankheit" verbundenen Kosten durch die Gewährleistung eines definierten Leistungskataloges versichert. Die Rahmenbedingungen sind in der Regel von staatlicher Seite vorgegeben und für die gesamte Bevölkerung (universelle Versicherung) oder einen Teil der Bevölkerung verpflichtend (z.B. mit dem Kriterium einer unteren Einkommensgrenze für die Verpflichtung zum Abschluß einer Krankenversicherung oder verknüpft mit Berufsständen). Die Finanzierung erfolgt in der Regel – im Gegensatz zur Privatversicherung – durch einkommensbezogene d.h. nicht risikobezogene Beiträge, die zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern geteilt werden. Die Verwaltung erfolgt durch eine oder mehrere Krankenkassen.

**Stationäre Versorgung:** Versorgung von Patienten im Krankenhaus, die nach der Leistungserbringung (z.B. einer Operation oder einem Arztkontakt) nicht nach Hause zurückkehren können.

**Tages(pflege)satz:** Ein Vergütungssystem stationärer Leistungen, bei der Krankenhäuser pro Patient tagesgleiche (Pflege)Sätze für die medizinische Versorgung erhalten.

**Technologie-Bewertung:** Evaluierung und Bewertung der Effektivität und Kosten-Effektivität von medizinischen Versorgungsleistungen. Dies schließt die Bewertung von Medikamenten, Verfahren, medizinischen Hilfsmitteln und Geräten unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen, sozialen, ethischen, volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Auswirkungen ein. Die Bewertung erfolgt nach systematischer Synthese der weltweit (datenbankelisteten) wissenschaftlichen Literatur.

**Unfallbedingte Mortalität:** Sterblichkeit durch unfallbedingte Todesfälle, als Rate ermittelt durch die Anzahl der unfallbedingten Todesfälle pro Gesamtbevölkerung (OECD).

**Verlust potentieller Lebensjahre:** Maßzahl für die durch vorzeitigen – d.h. vor dem vollendeten 70. Lebensjahr – Tod verlorenen Lebensjahre.

**Vertragsabschluß.** Bezieht sich in diesem Zusammenhang auf eine vertragliche Bindung zwischen einer dritten Partei (dem Käufer von Gesundheitsleistungen, z.B. Krankenkassen) und einer zweiten Partei (dem Leistungserbringer). Leistungen werden gegenüber dem Patienten in der Regel als Sachleistungen erbracht.

**Vertragsübertragung:** Wird in diesem Zusammenhang als Übertragung eines Vertrages für die Leistungserbringung verstanden, die zuvor in einer Hand liegende Einheit von Finanzierung und Leistungserbringung wird aufgebrochen.

**Wettbewerb:** In Gesundheitssystemen sind verschieden Arten von Wettbewerb möglich. Dazu zählen insbesondere Wettbewerb zwischen Krankenkassen oder Privatversicherungen

um Versicherte, zwischen Leistungserbringern im Verträge mit den Finanzieren (und damit Einkommen ) und zwischen den Leistungsanbietern um Kunden (= Patienten).

**Wettbewerb, regulierter (Managed competition):** Staatliche Regulierung eines wettbewerbsorientierten Gesundheitsmarktes.

**Zusatzversicherung:** Freiwillige Form einer zusätzlich zur Pflichtversicherung abgeschlossenen Versicherung zur Deckung der Kosten der Zuzahlungen.

**Zuzahlung, prozentuale, pro Leistung (co-insurance):** Ein prozentual festgelegter Anteil der Kosten einer medizinischen Versorgungsleistung, der von dem Patienten selbst getragen werden muß. Z.B. eine Selbstkostenpauschale von 10 % bedeutet, daß von Krankenversicherung 90 % der Kosten getragen werden und 10 % der Kosten auf den Patienten entfallen. Die typische Form dieser Versicherung wird in Frankreich und Belgien als "Ticket modérateur" bezeichnet. Bei einer festen Zuzahlung pro Leistung handelt es sich hingegen um einen festgelegten Zuzahlungsbetrag pro Leistung (co-payment).

**Zuzahlung:** Methode der Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten, entweder durch eine feste Gebühr (z.B. pro Krankenhaustag) oder eine prozentuale Zuzahlung (s. dort).

## LITERATURVERZEICHNIS

### A. HAUPTDATENQUELLE

OECD Health Data (1997), Version 3.0 on diskette, Credes, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris;

WHO-Health for All Data Base (1997 online version), World Health Organization, Copenhagen.

### B. INTERNATIONALE VERÖFFENTLICHUNGEN

Abel-Smith B (1994), *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*, Longman, London;

Abel-Smith A, Figueras J, Holland W, McKee M, Mossialos E (1995), *Choices in Health Policy - an Agenda for the European Union*, European Political Economy, Dartmouth;

Abel-Smith B, Mossialos E (1994), *Cost Containment and Health Care Reform. A Study of the European Union*, LSE Health, Occasion Paper in Health Policy No. 2, The London School of Economics and Political Science;

Alban A, Christiansen T (eds) (1995), *The Nordic lights: new initiatives in health care systems*, University Press, Odense;

Commission of the European Communities (1993), *Commission communication on the framework for action in the field of public health*, COM (93)0559, Brussels;

Elola J (1996), *Health care system reforms in Western European countries: the relevance of health care organization*, International Journal of Health Services 26(2), 239-251;

European Parliament, Directorate General for Research Working Papers (1994), *Analysis of Issues and Trends in the EU Pharmaceutical Sector*, Environment, Public Health and Consumer Protection Series E-1, Chambers GR (ed.).

Garcia-Barbero M, Goicoechea J (1997), *Health Care Delivery Profiles and Innovations in selected European countries*, WHO Regional Office for Europe;

Gerdtham UG (1992), *Pooling international health care expenditure data*, Health Economics 1(4), 217-31;

Honigsbaum F (1995), *Priority Setting in Action*, Oxford, Radcliffe Medical Press, Oxford;

Jerome-Forget M, White J, Wiener JM (1995), *Health Care Reform through Internal Markets*, The Institute for Research on Public Policy, Montreal;

Lázaro P, Fitch K (1995), *The distribution of "big ticket" medical technologies in OECD countries*, International Journal of Technology Assessment in Health Care 11(3), 552-570;

Leidl R (1998), *Health Care and its Financing in the Single European Market*, IOS Press, Amsterdam;

Lenaghan J (ed.) (1997), *Hard Choices in Health Care*, BMJ Publishing Group, London;

McKee M, Mossialos E, Belcher P (1996), *The influence of European law on national health policy*, Journal of European Social Policy 6(4), 263-286;

Mossialos E (1997), *Citizens Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union*, Health Economics 6(2) 109-116;

Murillo C, Piatecki C, Saez M (1993), *Health care expenditure and income in Europe*, Health Economics 2(2), 127-128;

OECD (1992), *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, OECD Health Policy Studies No. 2, OECD, Paris;  
OECD (1994), *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, OECD Health Policy Studies No. 5, OECD, Paris;

OECD (1995), *New Directions in Health Care Policy*, OECD Health Policy Studies No. 7, OECD, Paris;

OECD (1996), *Health Care Reform. The Will to Change*, OECD Health Policy Studies No. 8, CreDES, OECD, Paris;

Rosleff F, Lister G (1995), *European healthcare trends: towards managed care in Europe*, Coopers and Lybrand, London;

Saltmann RB, Figueras J (1997), *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series, No. 72, Copenhagen;

Saltmann RB, Von Otter C (eds) (1995), *Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility*, Open University Press, Buckingham;

Sassi F, Abel-Smith B, Mossialos E (1995), *Economic Implications and Need for Assessment of New Medical Technology in the European Union*, STOA, European Parliament, Luxembourg;

Schaapveld K, Chorus AMJ, Perenboom RJM (1995), *The European health potential: what can we learn from each other?* Health Policy 33(3), 205-217;

Schneider M, Biene-Dietrich P, Gabanyi M, Hofman U, Huber M, Köse A, Sommer JH (1995), *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*, BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg;

Schwartz FW, Glennester H, Saltman RB, Busse R (eds) (1996), *Fixing Health Budgets*, John Wiley & Sons, Chichester;

Sheaff R (1994), *What kind of healthcare 'internal market'?* International Journal of Health Planning and Management 1(9), 5-24;

Taylor-Goodby P (1996), *The future of health care in six European countries: the view of policy elites*, International Journal of Health Services 26(2), 203-219;

Walker A, Alber J, Guillemard AM (1994), *Older People in Europe. Social and Economic Policies*, Commission of the European Communities, Brussels;

Wiley MM (1996), *The acute hospital sector in selected OECD countries: an analysis of expenditure and utilization*. World Hospital Health Services 32(1), 5-13;

## C. VERÖFFENTLICHUNGEN NACH LÄNDERN

### Österreich:

Bennett CL, Schwarz B, Marberger M (1993), *Health care in Austria. Universal access, national health insurance, and private health care*, JAMA 269(21), 2789-2794;

Hofmarcher MM (1998), *Hospital reform in Austria*, Eurohealth 4(1), 25-27;

Pfeiffer KP (1996), "The possible effects of a new hospital financing system in Austria" in, Schwartz FW, Glennester H, Saltman RB, Busse R (eds.), *Fixing Health Budget*, John Wiley & Sons, Chichester;

Radosch U (1995), *Provision of health care services in Austria. A time series approach*, Health Economics 4(6), 479-83;

**Belgien:**

De Graeve D, Carrin G, Janssen I (1995), *Belgium: an overview of physician manpower policy issues*. Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), 209-220;

Nonneman W, van Doerslaer E (1994), *The role of the sickness funds in the Belgian health care market*, Social Science Medicine 39(10), 1483-1495;

**Dänemark:**

OECD (1994), "Denmark" in *The Reform of Health Care Systems: a review of seventeen OECD countries*, OECD, Paris;

Pallesen T, Pedersen LD (1993), *Decentralization of Management Responsibility, the Case of Danish Hospitals*. International Journal of Health Planning and Management 4(8), 275-94;

Pasternak-Jorgensen K (1997), *New cost containment initiatives in Denmark*, Eurohealth 3(2), 34-35;

**Finnland:**

Hermanson T, Aro T, Bennett CL (1994), *Finland's health care system: universal access to health care in a capitalistic democracy*, JAMA 24(271), 1957-1962;

Klavus J, Hakkinen U (1996), *Health care and income distribution in Finland*, Health Policy 1(38), 31-43;

Kurunmäki L (1996), *Experiences with imposing a market control mechanism in Finnish health care*, Eurohealth 2(3), 30-31;

Linnako E, Black J (1993), *From planning to market allocation in Finnish health care*, Finnish Hospital League, Finland;

Ministry of Social Affairs and Health (1993), *Finland's Targets and Policies for Municipal Social Welfare and Health Care*, Ministry of Social Affairs and Health, Finland;

Riska E (1995), *Unemployed doctors: a challenge to the medical profession?* Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), 382-384;

World Health Organisation (1996), *Health Care Systems in Transition: Finland*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen;

**Frankreich:**

Adam G, Blondel M et al. (1996), *Le Plan Juppé*, Droit Social 3, 1-345;

Bach S (1993), *Health care reforms in the French hospital system*, International Journal of Health Planning and Management 8(3), 189-200;

Bach S (1994), *Managing a pluralist Health System: The Case of Health Care Reform in France*, International Journal of Health Services 24(4), 593-605;

Colin C, Geffroy L, Maisonneuve H, et al. (1997), *Country profile: France*, Lancet 349(9054), 791-797;

Duriez M, Sandier S (1994), *The French health care system: organisation and functioning*, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Paris;

Fielding JE, Lancry PJ (1993), *Lessons from France - Vive la Différence*, JAMA 270 (6), 748-756;

Henderson JW (1993), *Liberty, equality, fraternity and delivery of health care in France*, Journal of the Medical Association Georgia 82(12), 657-660;

Lancry PJ, Sandier S (1998), "Twenty years of cures for the French health care system" in Mossialos E and Le Grand J (eds), *Health Expenditure in the European Union - cost and control*, Ashgate Publishing, Aldershot;

### **Deutschland:**

Beske F, Brecht JG, Reinkemeier AM (1995), *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, Deutscher Ärzteverlag, Köln (2. Auflage);

Bundesministerium für Gesundheit (1997), *Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1997*, Nomos, Baden-Baden;

Busse R, Schwartz FW (1997), *Financing reforms in the German hospital sector - From full cost cover principle to prospective case fees*, Med.Care 35(10), OS40-OS49;

Busse R, Schwartz FW (1998), "Decision-Making and Priority-Setting in Public Health and Health Care in Germany" in Holland WW, Mossialos E, Belcher P, Merkel B (eds), *Public Health Decisions: Methods of Priority Setting in the EU Member States*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg;

Henke KD, Ade C, Murray MA (1994), *The German health care system: structure and changes*, Journal of Clinical Anaesthesiology 6(3), 252-262;

McKee M, Chenet L, Fulop N et al. (1996), *Explaining the health divide in Germany: contribution of major causes of death to the difference in life expectancy at birth between East and West*, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 4(3), 214-224;

Mielck A (1994), *Krankheit und Ungleichheit. Ergebnisse der Sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*, Leaske & Budrich, Obladen;

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996), *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche*, Band I, Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Nomos, Baden-Baden;

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1998), *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche*, Band II, Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Nomos, Baden-Baden;

Schulenburg JM, Graf v.d. (1994); *Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. A German perspective*, Social Science Medicine 39(10), 1473-1481;

Statistisches Bundesamt (1996), *Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1994*, Gesundheitswesen, Reihe 6.1, Metzler Poeschel, Stuttgart;

United States General Accounting Office (1993), *1993 German Health Care Reforms - new cost control initiatives*, GAO/HRD-93-103, Washington;

### **Griechenland:**

Levett J (1996), *Health policy reform in Greece*, Eurohealth 1(2), 33-34;

Matsaganis M (1996), *Family doctor budgets: is their introduction in Greece possible?* Primary Health Care 8(1), 23-30;

Venieris DN (1997), *The history of health insurance in Greece: the nettle governments failed to grasp*, LSE Health Discussion Paper No.9, The London School of Economics and Political Science;

World Health Organization (1996), *Health Care Systems in Transition: Greece*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen;



**Ireland:**

Kinsellar R, O Heala R (1995), *The Irish medical expenses insurance market: the proposed legislation*, Administration 3(43), 82-95;

Noonan A (1995), *Ireland: medical manpower in public hospitals*, Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), 295-305;

Wiley M (1995), *Budgeting for acute hospital services in Ireland: the case-mix adjustment*, Journal of the Irish College of Physicians and Surgeons 4(24), 283-290;

**Italien:**

Del Favero A, Barro G, Vicary G, et al. (1996), *Country profile: Italy*, Lancet 348(9021), 167-175;

Ferrera M (1995), *The rise and fall of democratic universalism: health care reform in Italy 1978-1994*, Journal of Health Politics, Policy and Law 2(20), 275-302;

Gardini A (1992), *Development of quality assurance in Italy*, BMJ 304(6828), 703-705;

Mantovani L (1995), *The reform of the Italian national health service: an update*, Eurohealth 1(3), 31-32;

Mapelli V (1995), *Cost containment measures in the Italian health care system*, Pharmacoeconomics 8(2), 80-90;

Mapelli V (1995), *Italy: towards privatisation of employment and European qualification of health manpower*, Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), 307-324;

Pierella P, Wagstaff A (1993), *Equity and Efficiency in Italian health care*, Health Economics 2(1), 15-29;

Saraceno C, Negri N (1994), *The changing Italian welfare state*, Journal of European Social Policy 4(1), 19-34;

Vineis P, Paci E (1995), *Epidemiology and the Italian national health service*, J. Epidemiol. Community Health 49(6), 559-562;

**Luxemburg:**

Metz H (1996), *The health care system of the Grand Duchy of Luxembourg*, Bulletin of Social Science and Medicine of the Grand Duchy of Luxembourg 133(2), 13-25;

Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques STATEC (1995), *Luxembourg: medical manpower development*, Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), 325-328;

**Niederlande:**

Maarse H (1996), "Fixed budgets in the Inpatient Sector: the Case of Netherlands" in Schwartz FW, Glennester H, Saltman RB and Busse R (eds.) *Fixing Health Budgets*, John Wiley & Sons, Chichester;

Schut FT (1995), *Health care reform in The Netherlands: balancing corporatism, etatism, and market mechanisms*, Journal of Health Politics Policy and Law, 20(3), 615-52;

Van Het Loo, Kahan JP, Okma KGH (1998), "Health care cost containment in the Netherlands" in Mossialos E and Le Grand J (eds.), *Health Expenditure in the European Union - cost and control*, Ashgate Publishing, Aldershot;  
Van der Wilt GJ (1995), *Towards a two tier health system in the Netherlands: how to put theory into practice*, Journal of Medical Philosophy 20(6), 617-30;

## **Portugal:**

Do Rosario-Giraldes M (1885), *Portugal: current distribution and development of the human health resources*, Cah. Sociol. Demogr. Med. 35(3-4), 343-360;

## **Spanien:**

Lopez-Bastida J (1995), *Major health care reforms of the 1990s in Spain*, Eurohealth 1(3), 32-34;

Lopez-Casasnovas G, Beith A (1996), *The Partido Popular's approach to health care reform in Spain*, Eurohealth 2(1): 26-28;

Lopez-Casasnovas G, (1998), *The current regional puzzle of health policy in Spain*, Eurohealth 4(1), 23-24;

Ortega-Benito JM (1995), *Looking after health: the Basque health care reform*, Journal of Public Health Medicine 17(3), 254-259;

Quintana O, Infante A (1995), *Setting priorities in the Spanish health care system*, Journal of Medical Philosophy 20(6), 595-606;

World Health Organization (1996), *Health Care Systems in Transition: Spain*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen;

## **Schweden:**

Garpenby P (1995), *Health care reform in Sweden in the 1990s: local pluralism versus national coordination*, Journal of Health Politics, Policy and Law 20(3), 695-717;

National Insurance Board Sweden (1997), *Social Insurance Statistics: Facts 1996*, Stockholm;

Rado G (1992), *Health and Health Care in Sweden*, Ministry of Health and Social Affairs, Sweden;

World Health Organization (1996), *Health Care Systems in Transition: Sweden*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen;

## **Vereinigtes Königreich:**

Department of Health (1997), *NHS White Paper*, UK Official Publications on the Internet (<http://www.official-documents.co.uk/dokument/doh/newnhs/wpaper1.htm>);

Fierlbeck K(1996), *Policy and ideology: the politics of post-reform health policy in the United Kingdom*, International Journal of Health Services 26(3), 529-546;

Glennester H, Le Grand J (1995), *The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom*, International Journal of Health Services 25(2), 203-218;

Harrison S, Choudry N (1996), *General practice fundholding in the UK National Health Service: evidence to date*, Journal of Public Health Policy 17(3), 331-346;

Labour Party, The (1996), *Renewing the National Health Service: Labour's agenda for a healthier Britain*, International Journal of Health Services 26(2), 269-308;

Maynard A (1993), *Competition in the UK National Health Service. Mission Impossible?* Health Policy 23(3), 193-204;

Maynard A, Bloor K (1996), *Introducing a market to the United Kingdom's National Health Service*, New England Journal of Medicine 334(9), 604-608;

Thompson WG (1996), *Contemporary English health care: what lesson can we learn from it?* Canadian Medical Association Journal 155(5), 581-584.

LÄNDERÜBERSICHT

LAND	ALLGEMEIN	GESUNDHEITZUSTAND	AUSGABEN	FINANZIERUNG	KRANKENHÄUSER	GRUNDVERSORGUNG	ÄRZTE
ÖSTERREICH	Umfassende gesetzliche Krankenversicherung.	Gesundheitsindikatoren entsprechen weitgehend dem EU-Durchschnitt.	Hohe Ausgaben, in absoluten Zahlen und in % am BIP (7.7 %).	Überwiegend Pflichtbeiträge, genügend Beiträge aus Privatversicherungen	Hohe Bettenkapazität, überwiegend öffentliche Träger und Kontrolle.	Selbständige Allgemeinärzte in Krankenhäusern und Fachkliniken.	Überwiegend in privaten Praxen, Verträge mit Krankenversicherern
BELGIEN	Gesetzliche Pflicht-Krankenversicherung gegen alle große Risiken.	Gesundheitsindikatoren entsprechen weitgehend dem EU-Durchschnitt.	Hohe Ausgaben, pro Kopf und in % am BIP (8 %)	Gesetzliche Krankenversicherung, hohe staatliche Subventionen.	Meist private oder selbstverwaltete gemeinnützige Krankenhäuser.	Meist Allgemeinärzte in Einzelpraxis, Einzelleistungsvergütung.	Überwiegend unabhängig, hoher Versorgungsgrad
DÄNEMARK	Nationaler Gesundheitsdienst, überwiegend aus Steuern finanziert.	Indikatoren für Frauen unter dem EU-Durchschnitt.	Hohe Ausgaben pro Kopf, Anteil am BIP (6.5 %) jedoch niedrig.	85 % aus Steuergeldern, Rest über Zuzahlungen.	Fast alle K. unter strenger Kontrolle (Gemeinde oder lokale Ebene).	Niedergelassene Allgemeinärzte in Einzel- und Gemeinschaftspraxen.	Einige private Praxen, jedoch hohe Zahl angestellter Fachärzte.
FINNLAND	Nationaler Gesundheitsdienst, Verlagerung der Entscheidungsebene vom Staat auf die Gemeinden.	Gesundheitsindikatoren zum Teil unter EU-Norm. Problem: Herz-Kreislauf-Erkrankungen.	Hohe Ausgaben in absoluten Zahlen, Anteil am BIP (7.5 %) jedoch angemessen.	Staatliche und lokale Steuern zu fast gleichen Teilen, wenig Beiträge und private Finanzmittel.	Hohe Bettenkapazität, hohe Aufnahme- und verhältnismäßig lange Verweildauer.	System lokaler Gesundheitszentren anerkannt u. umfassend, Betonung der Gesundheitsvorsorge.	Überwiegend im öffentlichen Dienst, jedoch ausreichende Zahl niedergelassener Ärzte.
FRANKREICH	Gesetzliche Krankenversicherung für fast die gesamte Bevölkerung	Lebenserwartung hoch, besonders Frauen. Wenig Herz-Kreisl.-Erkrankungen. Wahrsch. Ernährung	Hohe Ausgaben im EU-Vergleich; ECU 1,999 pro Kopf und 9.3 % am BIP.	Überwiegend Pflichtbeiträge, einige Beiträge aus Privatversicherungen	Teils öffentlich, teils privat; mehr öffentliche Krankenhäuser.	Niedergelassene Allgemeinärzte, außer in städtischen Gesundheitszentren.	Überwiegend niedergelassen, durchschnittlicher Versorgungsgrad.
DEUTSCHLAND	Zahlreiche Krankenkassen und ein bedeutender Privatsektor	Hoher Anteil der Älteren. Niedrige Säuglings- und perinatale Sterblichkeit.	Sehr hohe Ausgaben - ECU 2,362 pro Kopf und 10.4 % am BIP.	Komplizierte Mischfinanzierung und nur 21 % aus Steuern.	Über 50 % private oder unabhängige gemeinnützige Krankenhäuser	Breites Leistungsangebot in Einzelpraxen; stationärer Versorgung getrennt.	Hoher Versorgungsgrad; Arbeitslosigkeit unter den Ärzten
GRIECHENLAND	Staatliche Krankenversicherung, Nationaler Gesundheitsdienst und großer Privatsektor	Säuglingssterblichkeit hoch, ansonsten jedoch hohe Lebenserwartung.	Niedrige Ausgaben im EU-Vergleich; ECU 483 pro Kopf and 5.8 % am BIP	Starker Privatsektor sehr wichtig, oft inoffizielle „Zuzahlungen“	Viele Privatkliniken, aber nur ca. 20 % der behandelten Patienten privatversichert.	Staatliche Gesundheitszentren und niedergelassene Allgemeinärzte.	Sehr hoher Versorgungsgrad. Ärzte im öffentlichen Sektor angestellt.
IRLAND	Nationaler Gesundheitsdienst, Zusatzversicherungen falls Zuzahlungen.	Junge Bevölkerung mit relativ niedriger Lebenserwartung	EU-Durchschnitt % am BIP, jedoch nur ECU 733 pro Kopf	Größtenteils aus Steuern, geringer Anteil an Versicherungsbeiträgen	Größtenteils öffentliche Krankenhäuser, Übergang zu mehr Unabhängigkeit	Niedergelassene Allgemeinärzte in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen	Angestellt in öffentlichen Krankenhäusern, niedriger Versorgungsgrad

Land	Allgemein	Gesundheitszustand	Ausgaben	Finanzierung	Krankenhäuser	Grundversorgung	Ärzte
Italien	Nationaler Gesundheitsdienst; Basis Pflichtkrankenversicherung	Hohe Lebenserwartung, wenig Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Möglicherweise ernährungsbedingt	EU-Durchschnitt mit 8.3 % am BIP und ECU 1340 pro Kopf	Steuern und Pflichtbeiträge zu gleichen Teilen.	Größtenteils öffentliche Krankenhäuser, jedoch großer Privatsektor insbesondere in Süditalien	Allgemeinärzte entweder niedergelassen oder Angestellte der örtlichen Gesundheitsämter	Widersprüchliche Angaben - nach EU-Standard niedriger Versorgungsgrad
Luxemburg	Gesetzliche Pflicht-Krankenversicherung	Allgemeine Indikatoren häufig unter EU-Standard - insbesondere für Männer	Hohe Ausgaben pro Kopf, 7,0 % am BIP nahe EU-Durchschnitt	Größtenteils Krankenkassenbeiträge und 27 % durch staatliche Subventionen	Weitgehend öffentliche und unabhängige gemeinnützige Krankenhäuser zu gleichen Teilen	Größtenteils niedergelassene Allgemeinärzte in Einzelpraxen	Nahezu alle Ärzte unabhängige Auftragnehmer
Niederlande	Kompliziertes System aus öffentlicher und privater Versicherung, Übergang zu Nationalem Gesundheitsdienst	Relativ geringer Anteil an Älteren. Allgemeiner Gesundheitszustand günstig	Leicht über EU-Durchschnitt - ECU 1,711 pro Kopf und 8.6 % am BIP	Größtenteils durch Pflichtversicherung, auch einige freiwillige oder private Versicherungen	Überwiegend private gemeinnützige Krankenhäuser	Niedergelassene Allgemeinärzte, viele in Gemeinschaftspraxen und Gesundheitszentren	Überwiegend in eigener Niederlassung
Portugal	Nationaler Gesundheitsdienst, Pflicht-Krankenversicherung	Hohe Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung relativ gering.	Anteil am BIP über EU-Durchschnitt, niedrig in absoluten Zahlen.	Kleiner Privatsektor - Finanzierung größtenteils aus Sozialversicherung	Größtenteils öffentliche Krankenhäuser. Niedrige Bettenkapazität.	Überwiegend Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten.	Allgemein guter Versorgungsgrad, Mangel in einigen Fachbereichen.
Spanien	Nationaler Gesundheitsdienst in der Entwicklung. Mischungfinanzierung aus Steuern und Pflichtversicherung.	Günstige Gesundheitsindikatoren, insbesondere für Frauen. Auch hier möglicherweise ernährungsbedingt.	In etwa EU-Durchschnitt mit 7.6 % am BIP, jedoch nur ECU 894 pro Kopf	Größtenteils Steuergelder, teils Pflichtversicherung	Über 50 % unabhängige gemeinnützige Krankenhäuser.	Allgemeinärzte arbeiten überwiegend in Gesundheitszentren für bestimmtes Einzugsgebiet.	Allgemeinärzte Gehaltsempfänger. Überkapazität in den meisten Fachgebieten.
Schweden	Umfassende öffentliche Sozialversicherung mit starker demokratischer Kontrolle.	Hohe Lebenserwartung, Gesundheitszustand sehr gut, Herz-Kreislauf-Erkrankungen eher EU-Norm. Sehr hoher Anteil der Älteren.	Vor kurzem Verlagerung der Ausgaben zwischen Sektoren, Rückgang der Ausgaben als Anteil am BIP (7.2 %)	Größtenteils kommunale Steuern, ergänzt durch staatliche Beihilfen und Sozialversicherung.	Relativ gutes stationäres Bettenangebot mit hoher Aufnahme- und kurzer Verweildauer.	Eher schwach entwickelt, überwiegend in Gesundheitszentren, in jüngster Zeit verstärkt.	Überwiegend öffentliche Bedienstete, meist Fachärzte, Mangel an Allgemeinärzten.
Vereinigtes Königreich	Nationaler Gesundheitsdienst, größtenteils finanziert aus Steuern.	Hoher Anteil der Älteren. Gesundheitsindikatoren zum Teil unter EU-Norm, evtl. ernährungsbedingt.	Unter EU-Durchschnitt mit ECU 1,005 pro Kopf und 6.3 % am BIP	Größtenteils Steuergelder, Kleiner privater Sektor.	Übergang von öffentlichen Krankenhäusern hin zu unabhängigen Krankenhaus-Trusts	Allgemeinärzte als unabhängige Auftragnehmer, meist in Gemeinschaftspraxen.	Gehaltsempfänger in Krankenhäusern. Versorgungsgrad unter EU-Durchschnitt.

