

KRANKENVERSICHERUNG IN DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT

Die FZV-Information 5/80 skizziert in dem Übersichtsartikel von Dr. Köhrer-"Krankenversicherung in der Europäischen Gemeinschaft"- aus sozialökonomischer Sicht die wichtigsten Regelungen der Gesundheitssicherung innerhalb der Europäischen Gemeinschaft. Sie will damit einen Beitrag leisten, das oft unscharfe Bild der verschiedenen Gesundheitssysteme in einem synoptischen Vergleich aufzuhellen.

Der vorliegende Beitrag beschränkt sich im wesentlichen auf eine erste Typologie und Systematisierung, die es dem Betrachter erlaubt, über die bloße Anhäufung von Fakten hinauszugehen. Darüber hinaus wird zu einem späteren Zeitpunkt die notwendige vertiefende theoretische Analyse erfolgen.

Folgende Problemkreise werden in die vergleichende Übersicht einbezogen:

- Soziale Sicherheit in der EG: Entwicklungen, Unterschiede und Schwierigkeiten
- Grundzüge der Systeme der sozialen Krankenversicherung
- Gestaltung der Beiträge
- Individuelle Kostenbeteiligung
- Ärzte und Gesundheitssysteme
- Private Krankenversicherung
- Statistische Schlaglichter

Dr. Helmuth Köhrer
=====

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e. V.

Ein Überblick

I. Soziale Sicherheit in der EG: Entwicklungen, Unterschiede und Schwierigkeiten

Wie schwer die Aufgabe ist, ein vereinigtes Europa zu schaffen, ein Europa, das als wirtschaftlich und auch politisch gewichtiger Staatenblock mit gleichgerichteten Zielsetzungen seiner Mitglieder zwischen den Großmächten in West und Ost eine Rolle zu spielen vermag, braucht heute nicht mehr besonders betont zu werden. Doch lassen sich dieser Problematik durchaus auch positive Aspekte abgewinnen. Die historisch unterschiedliche Entwicklung der neun Länder birgt eine Fülle der vielfältigsten Eigenschaften, deren Summe erst den hohen Wert der europäischen Gesamtkultur ergeben hat.

Es ist daher nicht erstaunlich, daß auch der Bereich der sozialen Sicherung, der seit den industriellen Revolutionen im Gefüge der nationalen Gesetzgebungen einen hohen Stellenwert gewonnen hat, sich höchst unterschiedlich entwickelt hat. Inwieweit für seine Ausgestaltung politische Konstellationen oder aber Bedürfnisse und Eigenarten der Völker entscheidend waren, kann hier dahingestellt bleiben.

Auch engagiertes europäisches Denken sollte jedoch - heute und in der Zukunft - Rücksicht darauf nehmen, daß Einigungsbestrebungen nicht zur Aufgabe haben können, die verschiedenartig gewachsenen Systeme der sozialen Sicherung nun auch einheitlichen Regelungen zu unterwerfen. Diese Absicht käme einer Vergewaltigung nationaler Eigenarten und nationaler Geschichte gleich. In den ersten Jahren nach der Gründung der Europäischen Gemeinschaft (1958-1962) gingen die Wogen der Auseinandersetzungen darüber, ob vereinheitlichende Maßnahmen im Bereich der sozialen Sicherung ergriffen werden sollten, hoch. Es ging um die Entscheidung, ob seitens der Gemeinschaft auf dirigistischem Weg ein einheitliches System für alle Europäer geschaffen

werden sollte oder ob es dem wirtschaftlichen Zusammenwirken der Staaten überlassen werden sollte, nach und nach zu Angleichungen zu gelangen, die allen Europäern in etwa den gleichen Grad an sozialer Sicherheit verschaffen.

Im Jahre Null des EWG-Vertrages wies der soziale Standard in den Mitgliedsstaaten beträchtliche Unterschiede auf, denn die Ordnungen der sozialen Sicherheit und besonders der Sozialversicherung in ihren verschiedenen Zweigen waren aus völlig verschiedenen historischen Anlässen und mit großen Zeitabständen eingeführt und gewachsen, in für jeden Staat andere Organisationsformen gefaßt und von anderen politischen Schwergewichten geprägt worden. Die Frage, ob man angesichts einer zunehmend integrierten Wirtschaftspolitik es den Einzelstaaten überlassen konnte, die sozialen Verhältnisse jeweils im nationalen Bereich so zu ordnen, daß weder Verzerrungen noch hinderliche Diskriminierungen im Zuge des Zusammenwachsens der Einzelwirtschaften sich bemerkbar machen, war schon im EWG-Vertrag von Rom bejahend beantwortet worden. Die ersten 20 Jahre des Wirkens der EWG haben dann auch deutlich gezeigt, daß in der Tat aus den unterschiedlichen Systemen der sozialen Sicherheit keine nachhaltigen Behinderungen der Integration und der Zielsetzung eines wachsenden Lebensstandards resultieren. Vielmehr bewiesen die Erfahrungen aus der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung in den EG-Ländern, daß die "Harmonisierung", soweit sie im Bereich der Sozialen Sicherung erstrebenswert ist, sozusagen aus sich selbst heraus vonstatten ging. Die Unterschiede in den sozialen Leistungen - nicht in den Systemen - haben sich in 20 Jahren wesentlich vermindert, und Wettbewerbsverzerrungen sichtbaren Ausmaßes waren nicht zu vermerken.

Mit dem Beitritt Großbritanniens, Dänemarks und Irlands zu Beginn des Jahres 1972 sahen sich die Befürworter nationaler gegliederter Sozialversicherungssysteme - so schien es zunächst - vor neue Belastungsproben gestellt. Bis heute erwiesen sich solche Befürchtungen allerdings als unbegründet. Noch immer gilt die maßvolle Zurückhaltung, die von der Kommission in strikter Auslegung des EG-Vertrages seit 1972 geübt wird. Zwar haben sich die Divergenzen unter den Systemen der sozialen Sicherung nach dem Beitritt der drei nördlichen Staaten erheb-

lich vergrößert. In den sechs "alten" Mitgliedsstaaten hatte sich in befriedigender Weise schon vorher in 14 Jahren eine Angleichung der sozialen Sicherheit - nicht ihrer Systeme, aber ihrer Leistungen! - vollzogen; diese "Harmonisierung" ist gewissermaßen automatisch gelaufen, ohne Eingriffe seitens der EG-Kommission und ohne Egalisierungsmaßnahmen in den einzelnen Mitgliedsstaaten. Andererseits ist im Europa der Neun die Disharmonie der Systeme sogar noch einmal weiter gewachsen: mit Beginn des Jahres 1980 hat Italien den Weg hinweg vom Sozialversicherungssystem gewählt und sich für einen nationalen Gesundheitsdienst entschieden. Auch die Systeme anderer EG-Länder erleben Tendenzen und Wandlungen in Richtung auf mehr Staatsbürgerversorgung und weniger Versicherung. Ähnlich steht es mit der autonomen Selbstverwaltung in den Institutionen der sozialen Sicherung, die nur noch in der Bundesrepublik und in Luxemburg einigermaßen echt besteht, in Rudimenten noch in Belgien und den Niederlanden.

Etwa seit 1977 wird im EG-Bereich die Behandlung von Problemen der sozialen Sicherheit oder gar der Angleichung ihrer Systeme sehr klein geschrieben - mit Ausnahme der ganz Europa bedrückenden Sorge der Arbeitslosigkeit. So gering also auch die Rolle ist, die gegenwärtig Pläne zum weiteren Ausbau der sozialen Sicherung spielen, zumal überall steigende finanzielle Schwierigkeiten zu verzeichnen sind, so nahe dürfte eines Tages gerade wegen der vielerlei mißlichen Entwicklungen der Anlaß liegen, in Verfolgung oberflächlicher und unüberlegter Heilslehren Systemänderungen anzuvisieren - und dies sowohl in den einzelnen Ländern als womöglich auch zentralisierend in der Gemeinschaft. Die zunehmende Verteuerung vieler sozialer Leistungen, teils infolge von Kostensteigerungen, teils infolge von gesetzlich verfügbaren Leistungsausweitungen, mit denen das Wachstum des Sozialprodukts längst nicht mehr Schritt halten kann, die negativen Auspizien wegen der demographischen Entwicklung, der dritten, elektronisch-technologischen Revolution, wie auch der künftig schwach bleibenden Zuwachsraten der Volkswirtschaften - angesichts all dieser Faktoren werden die Unterschiede in den neun Systemen der sozialen Sicherung wieder vorwurfsvoll

in den Vordergrund gerückt werden. Auf der Suche nach Abhilfe könnte es naheliegen, die Zuflucht in der Zentralisierung zu suchen und selbst bewährten Systemen untreu zu werden.

Wege und Entwicklungen gingen also von der Vereinheitlichungseuphorie der frühen Jahre der EG über eine betonte Zurückhaltung der Brüsseler EG-Verwaltung bei gleichzeitigem Ausbau der Systeme und Leistungen der sozialen Sicherheit auf jeweils nationaler Ebene bis zu der vorstehend dargestellten gegenwärtigen schwierigen finanziellen Situation in allen Ländern. Von nun an traten Einschränkungen an die Stelle von Ausbau und Ausweitung. Aber während die Mitgliedsländer das Leistungsniveau ihrer sozialen Sicherungseinrichtungen immer mehr einander anzunähern bemüht sind, gehen sie, was die Organisation angeht, zum Teil entgegengesetzte Wege. Die Systeme der sozialen Sicherheit zeigen besonders im Bereich der Krankenversicherung wachsende Unterschiede.

II. Grundzüge der Systeme der sozialen Krankenversicherung in den Ländern der EG

In groben Zügen sind drei Organisationssysteme zu unterscheiden. In Großbritannien, Dänemark, Irland und seit 1980 auch in Italien existieren Organisationen, die man nach dem britischen Vorbild (seit 1948) als staatlichen Gesundheitsdienst, der fast ganz aus Steuermitteln finanziert wird, bezeichnen kann. In Frankreich besteht ein zentralistisches System, das Kranken- und Unfallversicherung betreibt, aus 16 Regionalkassen mit zentralistischer Leitung besteht, aber im Gegensatz zu den vier erstgenannten Ländern die Finanzierung i.a. aus Beiträgen bestreitet. Die dritte Gruppe bilden jene Länder, in denen eine mehr oder weniger deutliche Gliederung in Krankenkassen unterschiedlicher Art und Herkunft besteht und die Finanzierung überwiegend oder ganz aus Beiträgen bestritten wird (Belgien, Luxemburg, Niederlande und Bundesrepublik Deutschland), wobei eine Selbstverwaltung mit unterschiedlich großen Kompetenzen mitwirkt.

Zusammenfassend sind also

- 4 zentralistische staatliche Systeme ohne gegliederte Kassen nach deutschem Verständnis und nur z.T. mit Beitragsfinanzierung,
- 1 zentralistisches System mit Regionalkassen und finanziell autonomen Primärkassen mit Beitragsfinanzierung und
- 4 mehr oder weniger dezentralisierte und gegliederte Krankenversicherungssysteme mit finanziell autonomen Krankenkassen, mit Beitragsfinanzierung und mit unterschiedlich wirksamer Selbstverwaltung jeder Kasse

zu vermerken. Auf die graduellen Unterschiede zwischen den vier staatlichen Gesundheitsdiensten und ebenso zwischen den vier dezentralisierten Systemen einzugehen, würde im Rahmen dieses Überblicks zu weit führen.

Die Leistungen sind der Sache nach und im Grundsatz weitgehend gleichwertig geworden: ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln, stationäre Behandlung und Lohnersatz im Fall der Arbeitsunfähigkeit. Die natürlich dennoch vorhandenen Unterschiede müssen hier vernachlässigt werden.

In der weiteren Darstellung wird auf Angaben über die Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland verzichtet.

III. Die Beiträge

In 4 der neun Länder werden zur überwiegenden oder vollständigen Finanzierung der Krankenversicherung Beiträge erhoben:

In Belgien zahlt der Arbeitgeber 3,75 %, der Arbeitnehmer 1,8 % des Lohnes ohne eine Bemessungsgrenze nur für Gesundheitsleistungen;

Für den Krankengeldanspruch sind weitere 1,8 % vom Arbeitgeber und 1,2 % vom Arbeitnehmer (bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze von 54.150 bfs = 3370 DM monatlich) zu entrichten.

In Frankreich werden im allgemeinen System 13,45 % vom Arbeitgeber und 5,5 % vom Arbeitnehmer bis zu einer Bemessungsgrenze von 60.120 ffrs. (= 25.850 DM) und weitere 4,5 resp. 5,5 % von Einkommensteilen über 60.120 ffrs. gezahlt (Sach- und Barleistungen); in den Sondersystemen werden andere Beiträge erhoben.

In Luxemburg entrichten seit September 1978 Arbeitgeber (und die Rentenversicherung für ihre Rentner) sowie Arbeitnehmer (und die Rentner) je 1,95 % des Bruttoverdienstes für die Finanzierung der Sachleistungen. Zur Finanzierung der Barleistungen wird von Lohnempfängern ein Beitrag von 1,8 %, von Gehaltsempfängern von 0,05% des Bruttoverdienstes erhoben; der Unterschied erklärt sich aus dem Vorhandensein einer Gehaltsfortzahlungsversicherung nur für Angestellte. Die Beitragsbemessungsgrenze wird als das Vierfache des sog. nationalen Mindestlohnes definiert. Es wird ein durchgehender Finanzausgleich praktiziert. Der Staat zahlt 50 % der Verwaltungskosten der Krankenkassen und außerdem Beihilfen für kostspielige Krankheiten und für angeborene Mißbildungen; die öffentliche Hand zahlt ferner die Kosten der Entbindung und kommt für Defizite bei den Rentnerbeiträgen auf.

In den Niederlanden sind für Sachleistungen zunächst je 4,05 % von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu zahlen, ferner noch weitere 3,2 % vom Arbeitgeber für besondere, schwere Krankheiten, deren Kosten für alle Einwohner übernommen werden; für Barleistungen im Krankheitsfall leistet der Arbeitgeber weitere 6,6 %, der Arbeitnehmer ungefähr 1 % Beitrag. Von der Krankenversicherung werden auch die Kosten der Arbeitsunfälle gedeckt, also die Unfallversicherung betrieben.

(In Großbritannien werden Beiträge nur von Selbständigen und Nichtbeschäftigten erhoben (5 % von Einkommen zwischen 9.500 und 30.000 DM im Jahr bzw. 9 DM wöchentlich)).

IV. Individuelle Kostenbeteiligung

Von nachhaltigem Interesse dürfte sein, inwieweit die Versicherten über die Krankenversicherungsbeiträge hinaus im Krankheitsfall selbst an den entstehenden Kosten beteiligt werden. In erheblichem Ausmaß oder aber doch in Ansätzen existieren in unterschiedlicher Form und Höhe Verpflichtungen zur "Selbstbeteiligung" in allen EG-Mitgliedsländern außer in Italien.

In Belgien hat der Versicherte in einem Kostenerstattungssystem 25 % der Kosten für Leistungen der Grundbehandlung - bei Honoraren über den amtlichen Gebühren den gesamten Mehraufwand - zu tragen; Ausnahme: Rentner unter 13.500 DM Jahreseinkommen, zusätzlich 2.600 DM für jede unterhaltsberechtigte Person. Für Arzneimittel wird eine Pauschalgebühr erhoben; Ausnahme: die vorstehend genannten Rentnergruppen. Bei Krankenhauspflege sind nach 40 Tagen 50 bfrs, nach 90 Tagen ein Mehrfaches zuzuzahlen, ein weiterer "Eigenanteil" wird vom Staat übernommen. Krankengeld wird ab 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit gezahlt; bei Angestellten als Lohnfortzahlung für 30 Tage, bei Arbeitern für 7 Tage, danach erfolgt Teillohnfortzahlung und Krankengeld.

In Dänemark gibt es eine im Abnehmen begriffene "Gruppe 2" von Versicherten (ca. 10 %); bei frei wählbarer privatärztlicher Behandlung und Kostenerstattung haben sie 12 - 18 % der Kosten selbst aufzubringen, während für Versicherte der Gruppe 1 alle Leistungen unentgeltlich sind, wenn sie bei einem Allgemeinarzt eingetragen sind. An den Arzneimitteln sind von allen Patienten 25 - 30 % selbst zu tragen. Krankengeld ist als Lohnfortzahlung für 5 Wochen bei Angestellten vorgesehen bei Arbeitern als Krankengeld vom 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit an. (Lohnfortzahlungsversicherung für kleine Arbeitgeber mit 1,5 % der Lohnsumme als Beitrag an die Verwaltung der sozialen Sicherheit).

In Frankreich beträgt der Selbstbeteiligungssatz 20 - 25 % des ärztlichen Honorars und sonstiger medizinischer Leistungen außerhalb des Krankenhauses, 30 % für allgemeine Arzneimittel, 10 % für notwendige, besonders kostspielige Arzneimittel, 20 % der Tagessätze in Krankenhäusern bei kurzer Verweildauer, aber

0 % bei Mutterschaft und größeren chirurgischen Eingriffen. Seit 1977 sind im Zuge von Kostendämpfungsmaßnahmen die Sätze bei sog. Bagatellarzneimitteln von 30 % auf 60 % heraufgesetzt, bei notwendigen besonders kostspieligen Arzneimitteln dagegen auf 0 % reduziert worden. Die Kostenbeteiligung an Leistungen medizinischer Hilfsberufe wurden von 25 % auf 35 % erhöht. Ohne Kostenbeteiligung bleiben bestimmte Gruppen von Versicherten und Krankheiten nach sozialen Gesichtspunkten. Krankengeld wird ab 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit (50 - 66 2/3 % des Lohnes) gezahlt.

In Großbritannien werden *Selbstbeteiligungssätze für Zahnarzt-honorare*, für Arzneimittel (0,45 £ = 1,85 DM), zu Krankenhauskosten und für Augenarzt-honorare erhoben, die insgesamt 2 % der Gesamtausgaben decken; ab 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit (76 DM/Woche, weitere 30 bis 48 DM für Familienangehörige, erst ab 13. Tag wird Krankengeld gezahlt.

In Irland werden mehrere Gruppen mit unterschiedlicher "Anspruchsberechtigung" unterschieden. Die 48 % der Bevölkerung mit "begrenzter Anspruchsberechtigung" (über 7.000 ir. £ = 26.500 DM Jahreseinkommen) haben Kosten bei praktischen Ärzten und ambulante fachärztliche Diagnose- und Behandlungsleistungen selbst zu tragen; stationäre Behandlung ist für alle stets kostenfrei. Selbstbeteiligung gibt es auch bei Arzneimitteln. Krankengeld wird vom 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit an gezahlt.

Im neuen staatlichen Gesundheitsdienst-System Italiens ist keinerlei Selbstbeteiligung bei Sachleistungen vorgesehen. Ein Anspruch auf Krankengeld besteht ab 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit (50 % des Lohnes, nach 3 Wochen 66 2/3 %), für Ledige bei Krankenhausbehandlung 40 %.

In Luxemburg hat der Versicherte 20 % der Kosten eines ersten Hausbesuches des Arztes zu tragen, ferner 15 % der Arzneikosten und 20 % der Kosten des Zahnersatzes (*jedoch nur, wenn er sich nicht einer jährlichen zahnärztlichen Untersuchung unterzogen hat*). Krankengeld ist ab 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit vorgesehen, und zwar 100 % des Gehaltes für 3 Monate für Angestellte, für die es eine eigene Krankengeldversicherung gibt, desgl. für Arbeiter bei höheren Beiträgen.

In den Niederlanden sind die meisten Leistungen kostenlos, jedoch hat der Leistungsempfänger 60 % der Kosten für Zahnprothesen selbst zu tragen. Patienten, die im Rahmen der Versicherung gegen schwere Krankheiten in Pflegeheime o.ä. eingewiesen werden, müssen bei Aufhalten von über 1 Jahr Kostenbeiträge (je nach Einkommen) leisten. Anspruch auf Krankengeld besteht ab 3. Tag der Arbeitsunfähigkeit (80 % von höchstens 56.000 DM/Jahreseinkommen) für 1 Jahr. Eine Beteiligung an den Kosten der Krankenbehandlung in Höhe von etwa 10 hfl. ist im Gespräch.

V. Ärzte und Gesundheitssysteme in den EG-Ländern

Im Gesundheitswesen eines jeden Landes ist die Tätigkeit der Ärzte und Zahnärzte der wichtigste Pfeiler der Gesundheitspflege. In unterschiedlicher Form bestehen deshalb überall vertragliche Vereinbarungen zwischen den Organisationen der Gesundheitspflege und den Heilberufen; auf sie soll im folgenden kurz eingegangen werden.

In Belgien hat der Versicherte freie Arztwahl, sofern der Arzt auf einer Liste der Ärztekammer registriert ist. Die Arzthonorare werden zwischen den ärztlichen Berufsverbänden, den Kassen und den Krankenhäusern ausgehandelt. Es wird nach Leistungsposten honoriert, auch bei im Krankenhaus tätigen Ärzten.

Der Patient hat das volle Honorar direkt an den Arzt zu entrichten und erhält dann von seiner Kasse einen entsprechenden Satz erstattet, in der Regel 75 % der vereinbarten Tarife. Fachärztliche Leistungen außerhalb des Krankenhauses können auf derselben finanziellen Grundlage in Anspruch genommen werden, obwohl bestimmte Leistungen (z.B. röntgenologische und andere Diagnostiktests) nur dann erstattet werden, wenn sie in Krankenhäusern "unter geeigneten Bedingungen" durchgeführt werden.

Die zahnärztliche Versorgung erfolgt auf derselben Grundlage, obwohl *Zahnersatz* nach dieser Regelung erst dann zugestanden wird, wenn der Patient das 50. Lebensjahr erreicht hat.

Die Honorare werden jährlich von landesweiten Ausschüssen festgelegt, in denen Ärzte, Kassen und Krankenpflegeeinrichtungen paritätisch vertreten sind. Jedem Arzt steht es frei, die vereinbarten Honorare anzunehmen oder abzulehnen. Liegt binnen 30 Tagen kein Einspruch vor, wird Einverständnis mit der vereinbarten Gebührenordnung angenommen. Wenn mindestens 60 % der Ärzte einverstanden sind, wird sie vom Minister für verbindlich erklärt; wenn nicht, kann ein Ausschuß die Lage überprüfen und ein Honorarniveau vorschreiben. Die vereinbarten Tarife werden den Erstattungen zugrundegelegt; werden sie von den Ärzten überschritten, so hat sie der Versicherte als zusätzliche Selbstbeteiligung zu tragen.

In Dänemark werden die Beziehungen zwischen der Regierung und den Ärzten durch verschiedene Gremien geregelt. In den 14 Amtsbezirken bestehen Ausschüsse, die die Zusammenarbeit und Koordinierung zwischen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsdiensten fördern sollen (Kassen gibt es nicht). Außerdem gibt es noch einen zentralen Verhandlungs-Ausschuß, der für den Abschluß von Verträgen mit den Berufsverbänden der Ärzte und Zahnärzte zuständig ist; diese Verträge müssen vom Sozialministerium bestätigt werden. Ferner gibt es noch einen Ausschuß mit 3 Vertretern der Heilberufe, dem Aufsicht und Auslegung der Verträge obliegen, schließlich ein Schiedsgericht, dessen Entscheidung für beide Parteien verbindlich ist. Unter "staatlichem Gesundheitsdienst" versteht man in Dänemark nicht die gesamte Einrichtung des sozialen Gesundheitswesens, sondern eine Teilbehörde, die von einem Arzt geleitet wird und alle Ministerien und Lokalverwaltungen in Fragen der gesundheitlichen Versorgung zu beraten hat.

Die Zentralregierung kann zur Steuerung der Ausgaben für Gesundheitspflege den Zugang an Ärzten im Gesundheitsdienst kontrollieren, indem sie die Anzahl der verfügbaren Planstellen für Allgemein- und Krankenhausärzte beschränkt. Die meisten Ärzte sind in Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen tätig; insgesamt gab es 1976 2724 Allgemeinärzte in 1600 Praxen. Weitere 5634 Ärzte sind in Krankenhäusern tätig, 1019 im Öffentlichen

Gesundheitswesen und in der Forschung. Seit 1974 ist die Zahl der Ärzte um 5 % (Krankenhaus) bzw. 5,5 % (Allgemeinärzte) zurückgegangen. Unter jungen Ärzten herrscht Arbeitslosigkeit.

In Frankreich gelten freie Arztwahl, Verschreibungsfreiheit für den Arzt und direkte Bezahlung des Honorars durch den Patienten an den Arzt. Der Versicherte erhält (falls er nicht den besonderen Gruppen mit voller Kostenerstattung angehört) nach ca. 14 Tagen die Kosten abzüglich seiner Selbstbeteiligung von 25 % von der örtlichen Kasse zurück.

Für außerhalb des Krankenhauses tätige Ärzte besteht eine nationale Gebührenordnung. In dieser Ordnung sind die Grundsätze der freien Medizin bekräftigt, die Sätze je Leistung festgelegt. Die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte bekennt sich zu den Honorarvereinbarungen mit den Kassen, indem sie exakt die festgelegten Honorare verlangen. Eine Minderheit (5 %) fordert höhere Honorare. Hochqualifizierte Ärzte dürfen stets höhere Honorare fordern; dadurch wird der Selbstbeteiligungssatz für die Patienten höher. Krankenhausärzte werden nach dem Verhältnis von Zahl und Art der erbrachten ärztlichen Leistungen entlohnt, wobei die Vergütung zwischen einem Mindest- und einem Höchstsatz schwankt; vom arbeitsrechtlichen Standpunkt aus können diese Ärzte nicht als Gehaltsempfänger betrachtet werden. Der Typ des Belegarztes ist nicht vorgesehen.

Es besteht völlige Niederlassungsfreiheit; die Zahl der Ärzte nimmt rasch zu.

In Irland kann sich der Inhaber einer Mitgliedskarte des "General Medical Service" (GMS) (mit voller Anspruchsberechtigung) bei jedem Arzt eintragen lassen, der die Erbringung allgemeinarztlicher Leistungen mit dem Gesundheitsamt vereinbart hat. Der Patient erhält alle Leistungen kostenlos, auch Arzneien aus den dem Gesundheitsdienst angeschlossenen Apotheken. Theoretisch besteht auch der Anspruch auf kostenlose zahnärztliche Behandlung, aber in der Praxis ist sie oft wegen *Zahnärztemangel* nicht möglich.

Die Zulassung von Allgemeinmedizinern zum GMS wird streng über-

wacht; noch fördern die Ärzte vergebens die freie Berufsausübung.

Die Allgemeinärzte des GMS werden vom Gesundheitsamt durch eine Vergütung je eingetragenen Patient bezahlt; die Krankenhausärzte beziehen ein Gehalt. Ärzte, die in Krankenhäusern der freiwilligen Versicherung arbeiten, werden je Konsultation für ambulante Patienten und nach einem Pool-System für stationäre Patienten bezahlt. Auch Teilzeitbeschäftigung in Krankenhäusern des GMS und gleichzeitige private Praxis ist möglich. Personen mit "begrenzter Anspruchsberechtigung" erhalten aus den staatlichen Systemen keine allgemeinärztlichen Leistungen.

In Italien wuchert der Zuwachs an Ärzten in bedenklichem Ausmaß; die überzähligen Ärzte könnten nach der EG-Richtlinie über Niederlassungsfreiheit zu einem Problem für andere EG-Staaten werden. Vor der Umwandlung der Krankenversicherung wurden die Ärzte nach Einzelleistungen bezahlt. Die Reform zum staatlichen Gesundheitsdienst läuft darauf hinaus, daß niedergelassene Ärzte pro Patient bezahlt werden, wobei der Pro-Kopf-Satz in Verträgen auf Landesebene geregelt wird oder werden soll. Krankenhausärzte beziehen Gehalt, viele haben zusätzliche Einkünfte aus ihrer Privatpraxis. Außer der übergroßen Anzahl der Ärzte (in Bologna und Rom kommen 260 Einwohner auf einen Arzt) ist in der gegenwärtigen unvollendeten Phase der Umstrukturierung nichts klar überschaubar.

In Luxemburg, das keine medizinische Fakultät besitzt, arbeiten die Kassen unter einem Zentralausschuß, der die Honorare aushandelt und aus allen Krankenkassen-Vorsitzenden besteht. Es gibt 133 praktische Ärzte und 275 Fachärzte. Sie werden je Einzelleistung nach einem Leistungsverzeichnis honoriert, das die Ärztevereinigungen mit dem vorgenannten Ausschuß vereinbaren. Die Ärzte im Zentralkrankenhaus (Luxemburg) sind Angestellte auf Gehaltsbasis.

In den Niederlanden erläßt die Regierung die Vorschriften über Arzthonorare und deren Genehmigung.

Praktische wie auch Fachärzte werden nach einem Pro-Kopf-Ver-

fahren (mit Einschreibeliste) bezahlt. Das Honorar je Kopf wird vom Arzt mit dem Dachverband der Krankenkassen-Organisation vereinbart; es betrug 1976 43,18 hfl. (= 40 DM). Fachärztliche Behandlung wird nur nach Genehmigung des praktischen Arztes erteilt und kann dann im Krankenhaus, im Ambulatorium oder in der fachärztlichen Praxis stattfinden. Zahnärztliche Behandlung ist für Kinder unter 4 Jahren kostenlos. Alle anderen Personen können zu einem niedrigen Preis einen *Behandlungsschein* erwerben, der 6 Monate gilt und zu kostenloser (Füllungen, Extraktionen) oder ermäßigter Behandlung (Zahnprothesen) berechtigt (vgl. IV).

In Großbritannien werden die Allgemeinärzte auf der Grundlage von Pro-Kopf-Gebühren (zu 55 %), aber auch durch Gebühren je Leistung und andere Zuschläge (zu 45 %) bezahlt. Krankenhausärzte beziehen Gehalt. Die Allgemeinärzte (und Apotheker) schließen einen Vertrag mit dem lokalen Hausarztkomitee, der Bezirks-Gesundheitsbehörde. Die meisten Allgemeinärzte haben sich nunmehr in Gruppenpraxen zusammengeschlossen. Wenn der Versicherte sich hat eintragen lassen, wechselt er i.a. den Arzt nicht mehr, obwohl ihm Wahl und Wechsel freistehen. Die sog. Gesundheitszentren haben infolge staatlicher Förderung in den letzten 10 Jahren stark zugenommen, sie bieten oft ärztliche und zahnärztliche Leistungen an.

Fachärzte sind nur im Krankenhaus tätig. Für den Patienten ist die erste Stufe im Gesundheitswesen der Allgemeinarzt, der an die Krankenhäuser überweisen kann und dies in der Mehrzahl der Fälle mangels geringer Praxisausstattung auch tut. Dort wiederum bestehen oft Wartelisten, akut Kranke werden "auf Anfrage" angenommen.

Die Krankenhausärzte, insbesondere die Assistenzärzte, haben sich durch militante Verhandlungen erhebliche Vorteile gesichert; durch hohe Überstundenzuschläge verdienen sie oft mehr als ihre vorgesetzten Oberärzte; aber auch diese können durch Leistungszuschläge ihr Einkommen verdoppeln, so daß insgesamt die Krankenhausärzte sich besser stehen als die mehr oder weniger frei niedergelassenen Allgemeinärzte.

Im folgenden werden 2 vergleichende Übersichten gegeben, wobei der Anteil der Arztkosten an den Gesamtausgaben der Gesundheitskosten nur sehr bedingt vergleichbar ist, weil die statistischen Erhebungsmethoden ebenso wie die Zuordnung von Leistungsbereichen in den verschiedenen Ländern differieren. Indes kann festgestellt werden, daß der Anteil der Arztkosten überall dort niedrig ist, wo in staatlichen Gesundheitssystemen ein großes Ausmaß an Behandlungen in die Krankenhäuser verlegt wird, der praktizierende Allgemeinarzt also nur noch eine Funktion als Anlauf- oder Durchgangsstation hat.

(In den Niederlanden wird von der Krankenversicherung die Unfallversicherung mitbesorgt, wodurch sich der höhere Arztkostenanteil erklärt.)

	B	DK	D	F	EI	I	L	NL	GB
Anteil der Arzthonorare an den Gesamtausgaben (%)	28,7	15,2	24,3	28,3	13,3	16,4		36,4	11,7
Arztdichte (Anzahl je 100000 Einw.)	176	195	199	146	120	205	121	159	119

VI. Private Krankenversicherung in den Mitgliedsländern der EG

Einrichtungen der privaten Krankenversicherung, wie sie in der Bundesrepublik mit großem Erfolg und vergleichsweise starker Breitenwirkung tätig sind, gibt es in den anderen EG-Ländern, außer in den Niederlanden, nur ansatzweise und überdies in der Regel angesichts der meist totalen Versicherungspflicht nur als ergänzende Risikoabdeckung.

In Belgien ist das Beitragsaufkommen echter privater Versicherungsträger relativ gering. Dagegen sind die Einnahmen der Sozialversicherungssysteme, die Zusatzversicherungen anbieten, beträchtlich. Es handelt sich um zwei Arten der Zusatzversicherung: eine freiwillige Zusatzversicherung und eine freiwillige Gesamtversicherung, die aber von echten privaten Versicherungsunternehmen nur in sehr begrenztem Umfang betrieben werden können.

In Dänemark existieren private Versicherungen, die für die sog. "Gruppe 2" der Versicherten, bei denen die Kosten der Grundversorgung nur zum Teil gedeckt sind, ergänzend Risiken abdeckt. Zwar nimmt der Anteil dieser Gruppe 2 laufend ab, doch haben sich die Einkommen der Ärzte aus privaten Honoraren bis 1977 um 12 - 18 % erhöht.

In Frankreich bieten private Vereinigungen, Versicherungsgesellschaften mit beschränkter Haftung und Gegenseitigkeitsvereine im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung ergänzenden Schutz, wobei sie vornehmlich die z.T. erheblichen Selbstbeteiligungs-raten abdecken; mit deren Erhöhung haben diese privaten Ergänzungsversicherungen in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen.

In Irland wird die private Krankenversicherung durch eine freiwillige Krankenversicherungsanstalt (Voluntary Health Insurance Board) für ca. 500.000 Personen betrieben; sie hat das Monopol für private Krankenversicherung und wird vom Staat getragen. Ihre Versicherten gehören weder zu den "voll" noch zu den "begrenzt Anspruchsberechtigten".

In Italien gibt es (noch) vier private Krankenversicherungsträger, die sich durch unverhältnismäßig hohe Prämien auszeichnen. Es ist noch nicht zu übersehen, ob sie angesichts des noch wenig effektiven neuen staatlichen Gesundheitsdienstes an Bedeutung gewinnen werden. 1976 betrug ihre Einnahmen 55,6 Mrd. Lire (=122 Mio DM), aus diesen Beitragsaufkommen wurden Gesundheitsleistungen und Krankengeld bezahlt, und zwar in Höhe von 28,5 Mrd. Lire (= 63 Mio DM), wobei nicht möglich ist, zu ermitteln, wieviel auf Sachleistungen entfiel. (Zum Vergleich: Gesundheitsleistungen der Sozialversicherung 1976: 8,2 Mrd. DM).

In Luxemburg besteht eine auf Krankenversicherung spezialisierte private Versicherungsgesellschaft, deren Rolle sich darauf beschränkt, die Leistungen der Sozialversicherung zu ergänzen; die Aufwendungen in diesem Bereich machen etwa 2 % der Gesamtkosten im Gesundheitswesen aus.

In den Niederlanden ist der private Krankenversicherungsmarkt recht groß. Es gibt viele private Träger, ihr Prämienaufkommen betrug 1978 3,1 Mrd. hfl (= 2,83 Mrd. DM); zum Vergleich: Gesamtausgaben an Gesundheitskosten 1975: 16,63 Mrd. hfl (= 15,2 Mrd. DM). Die Privatversicherungen bieten sowohl Voll- als auch Zusatzversicherungen an. 30 % der Bevölkerung, die nicht unter das allgemeine System fallen, haben Privatversicherungen.

In Großbritannien erfaßt die private Krankenversicherung rund 2 Millionen Mitglieder; neben 3 großen gemeinnützigen Einrichtungen gibt es noch andere Einrichtungen, die eine Vielzahl von Versicherungsformen anbieten und ihre (zwar kaum wachsende) Tätigkeit den of mäßigen Leistungen des Gesundheitsdienstes verdanken.

VII. Der Verwaltungsaufbau der Gesundheitsdienste in den EG-Ländern

Der Aufbau der jeweiligen nationalen Organisationen ist in hohem Maß vielseitig und unterschiedlich. Zum Teil sind im Laufe der historischen Entwicklung, aber auch durch Reformen grundlegender Art, überaus komplizierte, aus deutscher Sicht weder gut überschaubare noch verständliche Gebilde entstanden. Sie können daher nur in groben Umrissen und vereinfachend beschrieben werden.

In Belgien teilen sich sieben Ministerien in die Zuständigkeit hinsichtlich Politik, Lenkung und Überwachung des Gesundheitsbereichs. Federführend ist das Sozialministerium, an dessen (autonomes) Landesamt für Sozialversicherung (ONSS) alle Beiträge abgeführt werden; die Einnahmen im Rahmen der Krankenversicherung werden an das Landeskrankenversicherungsamt (INAMI) weitergeleitet, das die Mittel dann auf 6 Krankenkassendachverbände aufteilt. Es handelt sich um 5 Krankenkassenverbände gewerkschaftlicher und weltanschaulicher Herkunft mit zusammen 1744 Krankenkassen und der "Hilfskasse" (GAAMI), der der nicht erfaßte Rest der Bevölkerung angehört. Die 1745 Kassen bilden die Verwaltungseinheiten, welche die Erstattungen an die Versicherten vornehmen und Träger der Gesundheitsleistungen sind. Dann gibt es noch für Eisenbahner und Seeleute getrennte Versicherungsregelungen. Während die Kassen also weitgehend dezentralisiert und selbständig sind, sind Beitragshöhe und Beitragseinzug einheitlich, ebenso die Zuweisungen seitens des Staates, der 95 % der Kosten für Sozialkrankheiten (Krebs, Tbc, Kinderlähmung, Geisteskrankheiten und Behinderungen) übernimmt; für andere Kosten zahlt der Staat einen Zuschuß von 27 % an das INAMI zum Haushalt der Versicherungsträger, ferner zur Krankenversicherung der Arbeitslosen.

In Dänemark gibt es seit 1973 keine Kassen mehr. Die Krankenversicherung wird von der Zentralregierung, den Amtsbezirken und den Gemeinden, also auf drei Verwaltungsebenen, betrieben. Die unterste Ebene ist in ihrer Handlungsfreiheit beschränkt, das System ist betont zentralistisch. Die Finanzierung erfolgt seit 1973 aus Steuermitteln; die Amtsbezirke können dafür eine proportionale Einkommenssteuer je nach Bedarf erheben, desgl.

eine Zusatzgrundsteuer bis höchstens 2 % des Grundstückwertes. Durch Zuschüsse der Zentralregierung werden die Mittel der Lokalverwaltungen ergänzt, ungefähr in Höhe von 40 %.

In Frankreich gibt es neben dem allgemeinen System der Krankenversicherung (75 % der Bevölkerung, alle abhängig Beschäftigten in Industrie und Handel) noch Sondersysteme, z.B. für Bergleute, Eisenbahner, Seeleute, in der Landwirtschaft Tätige, Selbständige, die sich unabhängig voneinander entwickelt haben. Im allgemeinen, zentralistischen System bestehen 16 Regionalkassen mit bestimmten Funktionen, ferner 121 örtliche oder Primärkassen, die finanziell autonom sind.

In allen Systemen zusammen sind 98 % der Bevölkerung erfaßt, die im allgemeinen System einheitliche Beiträge zahlen, während diese in den Sondersystemen unterschiedlich sind. Alle sind jedoch zentralistisch organisiert. I.a. finanziert sich die Krankenversicherung allein aus Beiträgen. Der Staat sorgt für Investitionen bei Krankenhäusern und für die vorbeugende Medizin. Die Zentralregierung schaltet sich in die Gewährung von Zuschüssen an die Systeme, in die Festlegung der Arzthonorare wie der Arzneimittelpreise ein; aber auch die 16 Regionen und 95 Departements sind in die Finanzierung wie auch die Leistungsbereitstellung miteinbezogen, wofür jede Verwaltung eine besondere Abteilung hat.

In Irland besteht seit 1971 der irische Gesundheitsdienst (Irish Health Service) unter der Aufsicht des Gesundheitsministeriums. Die Verwaltung erfolgt durch acht Gesundheitsämter (Health Boards); sie bestehen aus von den Kommunalbehörden gewählten Mitgliedern, die in der Mehrheit sind, und Vertretern der Heil- und Hilfsberufe. Krankenkassen gibt es nicht.

In Italien trat an die Stelle des bisherigen Gesundheitssystems mit 200 Krankenkassen seit Anfang 1980 ein allgemeiner staatlicher Gesundheitsdienst. Die ohnehin unbefriedigenden Zustände im Gesundheitswesen haben sich infolge eines bisher unvollkommenen Umstrukturierungsprozesses noch verschlimmert.

Die Finanzierung soll künftig nicht mehr durch Beiträge, sondern aus zweckgebundenen Steuern erfolgen. In einer Übergangsphase

arbeiten die Krankenkassen noch als Vertreter des Staates und ziehen auch noch Beiträge ein. Die Gesamtsituation ist noch unübersichtlich, was sich in einer wirren, für die Versicherten (die künftig die ganze Bevölkerung umfassen sollen) außerordentlich nachteiligen Unsicherheit niederschlägt.

In Luxemburg arbeiten derzeit eine Landes- und eine Betriebskrankenkasse für die Lohmpfänger und 5 Kassen für Gehaltsempfänger. Die 7 Kassen haben Selbstverwaltung im deutschen Sinne, arbeiten unter der Aufsicht eines Zentralausschusses, der Regelungen erläßt, und Honorare aushandelt und aus den Vorsitzenden aller Krankenkassen besteht. Die Finanzierung geschieht durch Beiträge, der Staat trägt 50 % der Verwaltungskosten und eine Reihe von Beihilfen.

In den Niederlanden erscheint die Krankenversicherung dezentralisiert und liegt in den Händen der Krankenkassen. Die Rolle der Regierung beschränkt sich auf die Erlassung von Vorschriften über die Arzthonorare und Krankenhausätze sowie der Vorschriften über die Beitragssätze nach Anhörung eines Krankenkassenrates, dem wiederum alle Krankenkassen unterstehen. Er besteht aus 35 Mitgliedern und ist paritätisch mit Vertretern der Krankenkassenverbände, der Leistungserbringer, der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer, des Sozialministeriums sowie mit 4 Vertretern der Sonderversicherung gegen schwere Risiken besetzt.

Der Rat verwaltet die "Allgemeine Kasse", in die alle Pflichtversicherungsbeiträge gezahlt werden und verteilt die Mittel nach bestimmten Maßstäben an die Kassen. 71 Kassen insgesamt, in 4 Verbänden zusammengefaßt, für die es einen Dachverband gibt (der z.B. die Arzthonorare aushandelt), verwalten das Allgemeine System, neben dem es die Versicherung für schwere Risiken, die Körperschaften des öffentlichen Rechts für Versicherung der Beamten und die Privatversicherung gibt. Auch diese 3 Einrichtungen werden vom Krankenkassenrat beaufsichtigt. Dem gegliederten Wesen, wie es sich den Versicherten darbietet, ist also eine relativ zentralistische Organisation mit gewissen Elementen der Selbstverwaltung übergestülpt.

Großbritanniens staatlicher Gesundheitsdienst besteht seit 1948. Für seine Verwaltung sind die Sozialminister für England, Schottland und Wales zuständig. Es gibt regionale Gesundheitsbehörden (Regional Health Authorities -RHA), die zahlreiche dirigistische Aufgaben haben. Ihnen wiederum unterstehen Bezirksgesundheitsbehörden (Area Health Authorities -AHA), die als die wichtigsten im Verwaltungsaufbau anzusehen sind. Die kleinsten Verwaltungseinheiten sind die Kreise, die ca. 250.000 Einwohner erfassen und alle vorgesehenen Leistungen zu erbringen haben. Über dieses System werden die benötigten resp. vorhandene Steuermittel nach unten verteilt, insgesamt 5420 Mill. brit £ (= 22,3 Mrd. DM), von denen nur 8,5 % aus Beiträgen und 2 % aus Selbstbeteiligungsgebühren stammen (1976).

VIII. Statistische Schlaglichter aus den Gesundheitssystemen des EG-Bereiches

1. Anteil für Arzneikosten an den gesamten Gesundheitsausgaben (1975 bzw. 1974):

in Italien	34,6 %
in Frankreich	25,5 %
in Belgien	19,5 %
in BR Deutschl.	18,8 %
in Großbrit.	13,8 %
in Dänemark	11,7 %

2. Ausgaben je Einwohner für Arzneien:

in Frankreich	247 DM
in BR Deutschl.	214 DM
in Belgien	173 DM
in Italien	133 DM
in Dänemark	113 DM
in Großbrit.	69 DM

3. Höchste bzw. niedrigste Arztdichte (Ärzte je 100 000 Einw.):

für Belgien	in Brabant	264	in Limburg	63
für Dänemark	in Kopenhag.	335	in Roskolde	110
für BR Deutschl.	in Berlin	341	in Rheinland- Pfalz	179
für Frankreich	in Paris	218	in der Picardie	99
für Irland	im Osten	174	im Südosten	75
für Italien	in Rom	383	in Oristano	97
für die Nieder- lande	in Utrecht	240	in Zeeland	101
für Großbrit.	in Schottl.	160	in Trent	93

4. Schätzungen des Wachstums der laufenden (1) Pro-Kopf-Kosten für Gesundheitsdienste (einschl. Steuern) der gesamten Bevölkerung zu festen Preisen (2) - EWG - 1966 bis 1976

	Belgien	Dänemark	BR Deutschland	Irland	Frankreich	Italien	Luxemburg	Niederlande	Vereinigtes Königreich (nur England und Wales)
1966		100	100	100	100	100	100		100
1967		102,9	107,5	106,2	107,2	113,2	106,9		106,4
1968		112,5	119,8	115,2	108,6	123,3	116,4		107,3
1969		131,0	129,2	127,0	122,6	134,7	125,8		111,1
1970		140,9	139,5	149,8	131,1	159,6	150,8	100	116,8
1971		151,8	161,3	155,6	140,5	184,2	146,6	(111,2)	118,3
1972		166,0	177,6	177,9	149,4	204,3	153,1	122,7	124,1
1973	(100)	171,2	195,6	206,1	159,6	220,0	166,5	(132,6)	128,2
1974	(114,7)	185,6	216,6	-	162,7	264,4	173,1	141,9	143,8
1975	(139,7)		239,2	243,7	179,6	233,5	228,7	(152,1)	157,0
1976	-		252,2	233,7	-	235,1	226,4	(158,3)	-

(1) Einschließlich Kapitalkosten für Gesundheitsdienste im Falle Belgiens.

(2) Einzelpreisindex verwendend.

Quelle: "Die Organisation, Finanzierung, Kosten des Gesundheitswesens in der Europ. Gemeinschaft", Studien, Reihe Sozialpolitik, Nr. 36 - 1979 der Europ. Gemeinschaften

5. Wachstum des Bruttoinlandprodukts - EWG - 1966 bis 1976
(zu Preisen von 1970)

Index (1966 = 100)									
1966	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1967	103,9	104,2	99,8	105,1	104,7	107,0	100,2	105,3	102,6
1968	108,2	108,2	106,1	112,6	109,2	113,8	104,3	112,4	106,1
1969	115,4	117,5	114,4	118,9	117,1	120,2	113,0	120,0	107,6
1970	122,8	120,7	121,3	122,4	124,0	126,3	115,6	128,3	110,3
1971	127,6	125,0	125,2	127,3	130,6	128,2	118,5	133,9	113,3
1972	134,5	130,4	129,8	134,2	138,6	132,2	123,7	139,1	116,1
1973	143,0	134,1	136,1	140,1	146,1	141,4	132,4	147,4	123,7
1974	148,6	134,3	136,8	142,0	150,1	147,0	136,9	153,5	122,9
1975	145,4	132,8	133,3	142,4	151,2	141,8	126,4	151,7	121,0
1976	149,7	139,9	140,7	147,0	159,3	149,8	129,8	158,8	124,1

1966 bis 1969 entflationalisiert mit Bruttosozialprodukt-Deflator.

Quelle: "Die Organisation, Finanzierung, Kosten des Gesundheitswesens in der Europ. Gemeinschaft", Studien, Reihe Sozialpolitik, Nr. 36 - 1979 der Europ. Gemeinschaften

6. Schätzungen der laufenden Kosten (1) der Gesundheitsdienste
(einschließlich Steuern) als Prozentsatz des Bruttosozialprodukts EWG - 1966-1975

	Belgien	Dänemark	BR Deutschland	Irland	Frankreich	Italien	Luxemburg (nur Krank.- Vers.)	Niederlande	Vereinigtes Königreich (nur England und Wales)
1966	-	3,8	4,8	3,6	5,1	3,2	(2,1)	-	4,3
1967	-	4,0	5,2	3,7	5,3	3,4	(2,3)	-	4,4
1968	-	4,3	5,3	3,7	5,1	3,4	(2,4)	(5,3)	4,4
1969	-	4,4	5,2	3,8	5,4	3,4	(2,3)	-	4,6
1970	-	4,6	5,2	4,5	5,5	3,9	(2,4)	6,3	4,6
1971	-	4,8	5,7	4,5	5,6	4,3	(2,5)	6,8	4,6
1972	-	5,0	6,1	4,7	5,7	4,7	(2,5)	7,2	4,5
1973	4,5	5,0	6,4	5,2	5,8	4,7	(2,4)	(7,4)	4,4
1974	5,0	5,5	7,1	-	5,9	5,7	(2,3)	7,9	4,9
1975	6,2	6,4	8,0	6,6	6,7	5,2	(3,5)	(8,4)	5,4
1976	-	-	8,0	6,1	-	4,9	(3,6)	(8,6)	-

(1) Einschließlich der Kapitalkosten für Krankenhäuser im Falle Belgiens.

Belgien: Die Schätzungen wurden vom Gesundheitsministerium erstellt und schließen nur die Jahre 1973 bis 1975 inklusive ein. Sie schließen Kapitalinvestitionen in Krankenhäusern ein, den Verfall von Krankenhausgebäuden und einen Teil der Verwaltungskosten; Ausbildung, Forschung, öffentliche Versorgungsdienste und ein Teil der Pflegekosten für geistig Zurückgebliebene sind nicht eingeschlossen....

Dänemark: Die Zahlen schließen Krankenversicherung, Ausgaben für Arztrechnungen, Hebammen und Krankenhäuser jeder Art ein, mit Ausnahme einiger kleinerer Institutionen für die geistig Zurückgebliebenen (die Kosten dafür beliefen sich 1974/75 auf rund 300 Millionen DKR).

Irland: Die Zahlen sind Schätzungen für die laufenden Kosten aller öffentlichen Gesundheitsdienste einschließlich Verwaltung, Ausbildung, Forschung und öffentlicher Gesundheitsdienste. Die Abnutzung von Gebäuden bleibt unberücksichtigt.

Frankreich: Die Zahlen beziehen sich auf die laufenden Gesamtkosten aller medizinischen Fürsorgedienste: Sie schließen die Verwaltungskosten der Zentralregierung und die Krankenversicherung Ausbildung, Forschung, öffentliche Gesundheitsdienste und alle Kapitalinvestitionen aus. Der Verfall der Gebäude ist in den laufenden Hospitalkosten enthalten.

BR Deutschland: Die Zahlen basieren auf halboffiziellen, aber unvollständigen Schätzungen für laufende Kosten aus den Jahren 1968 und 1972; sie schließen aus: Forschungs-, Ausbildungs- und Abnutzungskosten. Auch die psychiatrische Fürsorge ist nicht voll in den Schätzungen enthalten. Die Zahlen für die übrigen Jahre sind auf der Basis von Ausgabeb Trends für Pflicht- und private Krankenversicherungsschemata geschätzt worden. Die verbleibenden Zahlen sehen nur eine breite Trendaufzeichnung vor, besonders wegen der Unvollständigkeit der vorhandenen Daten für die beiden Basisjahre.

Italien: Die Zahlen wurden aus der Generalübersicht der nationalen Wirtschaftslage der Jahre 1966 bis 1975 genommen. Die Zahlen für 1976 stammen aus den Rechnungen der Fürsorgedienste der verantwortlichen Agenturen. Sie schließen Behandlungskosten ein, aber Verwaltungskosten, Forschungs-, Ausbildungs- und Abnutzungskosten aus. Sie stammen hauptsächlich aus den Gesundheitsstatistiken, schließen aber die Beiträge der Zentralregierung für die laufenden Kosten der Krankenhäuser ein. Ausgaben für Gesundheitsfürsorge seitens lokaler Agenturen sind nicht eingeschlossen, sie sind aber unerheblich im Verhältnis zu den Gesamtkosten. Die Behandlungskosten bei industriellen Unfällen und Berufskrankheiten sind eingeschlossen, ohne die Kosten für Barvergünstigungen. Im Falle von ohne Attest erhaltenen Medikamenten sind nur die eingetragenen Medikamente gedeckt.

Luxemburg: Die Zahlen schließen die Gesamtausgaben für Gesundheitsdienste ein, und zwar auf der Basis der bestehenden Schemata der Pflichtkrankenversicherungen, die tatsächlich die gesamte Bevölkerung erfassen, doch nicht den Anteil an den Kosten pro Patient, der unbekannt bleibt. Verwaltungs-, Forschungs-, Ausbildungs- und Abnutzungskosten sind ausgeschlossen.

Niederlande: Die Zahlen wurden von dem Zentralen Büro für Statistik zusammengestellt, das eine breitangelegte Arbeit über die Jahre erstellt hat. In den ersten Jahren wurde der Überblick über fünf Jahre gefertigt. Seit 1968 wird der Überblick alle 2 Jahre und seit 1976 jährlich erstellt. Die Zahlen schließen Ver-

waltung ein, sowohl wie den Teil an Abnutzung, Forschung und Ausbildung, der als allgemein anfallender Arbeitsanfall bei Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen bezeichnet werden kann. Sie schließen Arzneimittelkosten aus, die nicht ärztlich verschrieben sind. Die Zahlen in Klammern sind Schätzungen oder im Fall 1968 nicht streng vergleichbar mit den späteren Zahlen.

Vereinigtes Königreich: Die Zahlen beziehen sich nur auf England und Wales (Schottland und Nordirland sind ausgeschlossen). Die Zahlen schließen die Gesamtkosten des Nationalen Gesundheitsdienstes ein, einschließlich Verwaltung, Ausbildung und Forschung sowie Patientenzahlungen, ohne Abnutzung allerdings. Es gibt kleinere Unvollständigkeiten in den Zahlen, die über den Transfer von Zahlen einzelner Gesundheitsdienste auf die gesamten Fürsorgedienste 1970 zustande kamen. Außerdem ist ein kleiner Teil von Kapitalausgaben der örtlichen Behörden in den Jahren 1970 bis 1973 enthalten. Diese sind von 1974 an nicht mehr eingeschlossen. In diesen Zahlen sind für den Nationalen Gesundheitsdienst die Kosten der privaten ärztlichen Fürsorge enthalten, die außerhalb des "National Health Service" gekauft wurde, einschließlich der Kosten für Medikamente, die ohne Attest erworben wurden. Die Zahlen beziehen sich auf das Finanzjahr (also von April 1966 bis Ende März 1967 für das Jahr 1966).

Quelle: "Die Organisation, Finanzierung, Kosten des Gesundheitswesens in der Europ. Gemeinschaft", Studien, Reihe Sozialpolitik, Nr. 36 - 1979 der Europ. Gemeinschaften

IX. Schlußbemerkungen

Die vorstehende Darstellung - so kurz sie zwangsläufig gehalten werden mußte - demonstriert die Vielfalt der in den neuen Ländern der Europäischen Gemeinschaft gewachsenen Regelungen der Krankenversicherung im Rahmen der sozialen Sicherheit. Sie zu vereinheitlichen oder auch nur voll zu harmonisieren, würde die Quadratur des Kreises bedeuten oder aber revolutionäre Maßnahmen der Gleichmacherei erfordern, denen verständlicherweise keines der neun Völker zustimmen könnte.

Vergleicht man die Entwicklung der Regelungen seit Gründung der Gemeinschaft, so ist der Trend nach einer Angleichung zumindest der Leistungen nach oben - d.h. in Richtung auf den jeweils erreichten höchsten Stand in einem Mitgliedsland - festzustellen. Daß dabei einige Länder vor engen Grenzen stehen, liegt an den jeweiligen wirtschaftlichen und politischen Verhältnissen, aber auch an der mangelnden Weiterentwicklungsfähigkeit starrer staatlicher Systeme. Dazu steht niemandem Kritik zu, solange nicht der Versuch gemacht wird, Maßstäbe und Regelungen von einem auf ein anderes Volk kritiklos und unifizierend zu übertragen - sei es von einer sich vor 20 Jahren dazu mächtig genug dünkenden EG-Bürokratie oder durch sich "fortschrittlich" gebende Technokraten in den Mitgliedsstaaten, denen jegliche Art von individueller, also gegliederter Ordnung gemäß den unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnissen der Gruppen einer Bevölkerung ein Dorn im Auge ist.

Die Vergleichsmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Gesundheitssystemen sind sehr beschränkt. Es gibt z.B. verwirrende Probleme beim Ziehen einer klaren Trennungslinie zwischen Krankenhäusern und anderen Arten von Institutionen, die sich um Behinderte, Senile, chronisch Kranke usw. bemühen. Das Personal im Gesundheitswesen wird unterschiedlich klassifiziert. Es gibt keine gemeinsamen Nenner für Arzneien, für medizinische Anwendungen oder für Schwesternhilfe. Nur wenige statistische Angaben beziehen sich auf die medizinische Sondergruppe der Zahnärzte usw.

Deshalb sind zwar die Kosten in den einzelnen Ländern (nach jeweils deren Zurechnungsmaßstäben) feststellbar, doch es mangelt an der Vergleichsfähigkeit. Selbst die der EG-Kommission zugeleiteten Zahlenangaben sind trotz vorgegebener Aufgliederung in den entsprechenden Anfragen noch unterschiedlich gewichtet, also nur sehr bedingt vergleichbar.

Immerhin ist allen Gesundheitssystemen heute eines gemeinsam: ihre Kosten wachsen in beängstigender Weise, und zwar (mit Ausnahme der Niederlande, wobei wiederum auf die Ungleichheit von Erhebungsmethoden hingewiesen werden muß) überall weit schneller als das Bruttoinlandsprodukt.