

Willy Oggier, Dr.oec.HSG

Gesundheitsökonomische Beratungen AG
Konradstrasse 61
CH-8005 Zürich

Tel. 01/ 273 52 34

Fax 01/ 273 52 35

Vorteile einer Einheitskasse

Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung

Zürich, 18. Dezember 2001

1. Ausgangslage und Problemstellung

Die Sozial- und gesundheitspolitische Kommission des Nationalrats verabschiedete am 4. Februar 1999 ein Postulat, in dem der Bundesrat eingeladen wurde, einen vergleichenden Bericht über die Durchführung der Krankenversicherung durch einen oder mehrere Versicherungsträger in der EU sowie in Kanada und Neuseeland vorzulegen. Erwartet wird insbesondere eine Auswertung der Studien, die in der EU schon erstellt worden sind.

Im Rahmen des Berichts sollen soweit möglich folgende Fragen erörtert werden:

- Durch welche Grundcharakteristika sind die verschiedenen Systeme gekennzeichnet?
- Welche Stärken bzw. Schwächen weisen die verschiedenen Systeme auf?
- Lassen sich Zusammenhänge zwischen der Kostenentwicklung in den einzelnen Ländern und der Art der Durchführung der Krankenversicherung feststellen?
- Welche Auswirkungen hat das System einer Einheitskasse auf die Verwaltungskosten?
- Welche Auswirkungen hat eine Einheitskasse auf die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten mit den Leistungserbringern?

2. Methodik und Vorgehensweise

Zur Erfüllung des formulierten Auftrags wurde folgendes Vorgehen vorgeschlagen:

- Datenbeschaffung durch den Experten (Phase 1)
- Aktenstudium durch den Experten, sofern nötig: Führung von (telefonischen) Expertengesprächen mit Fachpersonen der Europäischen Union, von Kanada und Neuseeland (Phase 2)
- Verfassen eines Entwurfs des Schlussberichts (Phase 3)
- Besprechung des Entwurfs mit den Vertreterinnen und Vertretern der Abteilung Krankenversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherung (Phase 4)
- Überarbeitung des Entwurfs nach der Besprechung und Abgabe des Schlussberichts (Phase 5)

Dabei wurde davon ausgegangen, dass der Experte den Bericht erstellt und teilweise selbst Daten beschafft. Das Bundesamt für Sozialversicherung stellt die vorhandenen Grunddaten zur Verfügung und verhilft dem Experten zu internationalen Kontakten.

Im Rahmen von Phase 1 sollten Daten zur Analyse der formulierten Fragestellungen gesammelt werden. Die Datenbeschaffung gestaltete sich schwieriger als angenommen. Dies war unter anderem darauf zurückzuführen, dass die am 27. Februar 2001 erfolgte Anfrage bei der zuständigen Stelle der Europäischen Union weniger ergiebig war als erhofft.

In Ergänzung dazu wurden daher die Bundesministerien für Gesundheit in Deutschland und Österreich angeschrieben. Mit Schreiben vom 22. März 2001 teilte das deutsche Ministerium mit, dass Antworten auf entsprechende Anfragen nicht geleistet werden können. Das österreichische Ministerium liess mit Schreiben vom 13. März 2001 zwei Unterlagen über das österreichische Gesundheitswesen zukommen.

Eine Anfrage beim Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer in Solothurn brachte eine Studienarbeit am Fachbereich Gesundheitswesen Wolfsburg an der Fachhochschule Braunschweig/ Wolfenbüttel über den Vergleich des niederländischen mit dem deutschen ambulanten Versorgungssystem hervor.

Eine Anfrage bei der europaweit zuständigen Presse- und Dokumentationsstelle eines grossen schweizerischen Privatversicherers erbrachte keine weiteren Erkenntnisse. Mit Mail vom 2. März 2001 liess die Stelle ausrichten, dass sie diesbezüglich keine Unterlagen hätten.

Der Autor entschloss sich in der Folge, ausgewählte Fachzeitschriften auf entsprechende Literatur hin auszuwerten.

3. Die Grundcharakteristika der verschiedenen Systeme

3.1. Idealtypische Systeme

Historische Entwicklungen und die unterschiedlichen sozialpolitischen und ökonomischen Schwerpunktsetzungen haben dazu geführt, dass in den Industriestaaten drei verschiedene Systeme der medizinischen Grundversorgung vorkommen. Abgesehen von den unterschiedlichen Arten der Leistungserbringung lassen sich diese auf der Finanzierungs- und Strukturebene auf folgende Weise charakterisieren:

- Nationaler Gesundheitsdienst: die gesamte Bevölkerung hat kostenlosen Zugang zu staatlich kontrollierten medizinischen Einrichtungen, die vor allem aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden.
- Sozialversicherungsmodell: das Gesundheitswesen wird über eine obligatorische Sozialversicherung finanziert. In den meisten Ländern werden dazu einkommensabhängige Prämien erhoben, welche von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gemeinsam getragen werden. Träger der Sozialversicherung sind private oder öffentliche Krankenversicherer. Die ambulante Leistungserbringung erfolgt in der Regel privat, die stationäre teils privat, teils öffentlich.
- Privatversicherungssystem: das Gesundheitswesen wird in erster Linie über freiwillige private Krankenversicherungsbeiträge finanziert. Wer mehr bezahlt, kann mehr Leistungen einkaufen. Wer mehr Leistungen beansprucht, bezahlt in der Regel höhere Prämien. Die Leistungserbringung erfolgt vor allem privat.

3.2. Einige konstitutive Elemente

Die Grundcharakteristika der verschiedenen Systeme detailliert darstellen zu wollen, würde den Umfang dieser Arbeit bei weitem sprengen. Angesichts der dafür zur Verfügung stehenden knappen Ressourcen muss eine Konzentration der Ausführungen auf einige wenige konstitutive Elemente erfolgen.

Doch selbst ein solches Vorgehen bleibt ein schwieriges Unterfangen. So ergab beispielsweise eine taxonomische Analyse der OECD anhand von sieben möglichen Versicherungs- und Anbieterstrukturen sowie deren Finanzierung, dass alle untersuchten Länder eine unterschiedliche Mischung aus Bestandteilen der sieben Sub-Systeme aufwiesen. Eine Vergleichbarkeit konnte dadurch nicht hergestellt werden.¹ Es soll deshalb von der oben erwähnten idealtypischen Unterscheidung in nationale Gesundheitsdienste, Sozialversicherungs- und Privatversicherungssysteme ausgegangen werden.

Demnach lassen sich bezüglich der Organisationsform folgende Unterschiede ausmachen:

¹ OECD (Hrsg.), The Reform of Healthcare, Paris, 1992, S. 19 – 29.

Tabelle 1: Organisationsform, Merkmale und Beispielländer

Organisationsform	Merkmale	Beispielländer
Nationaler Gesundheitsdienst	Vollversicherung für die ganze Bevölkerung, steuerfinanziert (direkte und indirekte Steuern) und (meist) öffentliche Leistungsanbieter	Dänemark Grossbritannien Irland Portugal
Sozialversicherungsmodell	Umfassende Pflichtversicherung, beitragsfinanziert über einkommensabhängige Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge, Organisation durch öffentliche oder gemeinnützige Versicherungsträger, sowohl öffentliche als auch private Leistungsanbieter	Belgien Deutschland Frankreich Luxemburg Niederlande
Mischformen	Finanzierung sowohl über Steuern als auch über Sozialversicherungsbeiträge	Italien Spanien
Semasko-Modell	Zentral geplantes staatliches Versorgungssystem mit freiem Zugang für die gesamte Bevölkerung, der Staat selbst ist Leistungsanbieter und beschäftigt das Gesundheitspersonal, Einheit von Ökonomie und Sozialpolitik	Früheres Osteuropa
Privatversicherungsmodell	Privater Krankenversicherungsschutz, individuell oder als Gruppenvertrag über die Arbeitgeber abgeschlossen und finanziert, private Leistungsanbieter	USA

Quelle: Hohmann Jürgen, Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa, Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle, 1998, S. 367.

In jenen Staaten, in denen die Gesundheitssysteme über Sozialversicherungen finanziert werden, gibt es ausnahmslos eine Mehrzahl von Krankenversicherungen. In Deutschland, Belgien und den Niederlanden besteht Wahlfreiheit zwischen den Krankenversicherungen, in Frankreich und Luxemburg bestimmt sich die Zugehörigkeit zu einer Krankenversicherung zwingend nach der Art der Berufsausübung.

In Staaten mit verstaatlichten Gesundheitsdiensten werden diese grundsätzlich allen Einwohnerinnen und Einwohnern angeboten. In den Staaten mit Sozialversicherungssystemen besteht in Luxemburg, Belgien und Frankreich für alle Erwerbstätigen Versicherungspflicht. In Belgien müssen sich Selbständige nur für den stationären Bereich versichern, während es ihnen freisteht, ob sie den ambulanten Bereich über eine Privatversicherung abdecken. In Deutschland und den Niederlanden sind bestimmte Berufsgruppen vollständig (vor allem Beamte), sowie sonstige Erwerbstätige ab einem höheren Einkommen von der gesetzlichen Pflichtversicherung befreit. In Deutschland müssen sie sich allerdings (in den Niederlanden können sie sich) privat krankenversichern. Dieser Zusammenhang kommt auch in der folgenden Tabelle zum Ausdruck, welche die unterschiedlichen Rollen von Privatversicherungen in verschiedenen europäischen Ländern aufzeigt:

Tabelle 2: Rolle der Privatversicherung und Beispielländer

Rolle der Privatversicherung	Beispielländer
Komplementärer Versicherungsträger (für die im öffentlichen System nicht versicherten Leistungen)	Belgien Dänemark Frankreich Luxemburg
Substituierender Versicherungsträger (der anstatt der gesetzlichen Versorgung von einem bestimmten Bevölkerungsteil gewählt werden kann)	Deutschland Niederlande Spanien (für den öffentlichen Dienst)
Supplementärer Versicherungsträger (Versicherung der gleichen Leistungen wie das öffentliche Gesundheitswesen, nur wesentlich schneller und auf anderem qualitativen Niveau)	Grossbritannien Irland Italien Portugal Spanien

Quelle: Hohmann Jürgen, Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa, Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle, 1998, S. 367.

Bezüglich der überwiegenden Finanzierungsorganisation, der Selbstzahlung und der überwiegenden Leistungsorganisation lässt sich folgende Unterscheidung vornehmen:

Tabelle 3: Überwiegende Finanzierungsorganisation, Selbstzahlung und überwiegende Leistungsorganisation nach Ländern

Land	Überwiegende Finanzierungsorganisation	Selbstzahlung (über Selbstbehalte, Zuzahlungen und Franchisen)	Überwiegende Leistungsorganisation
Belgien	Sozialversicherung mit Subventionierung	mittel	ambulant privat, stationär teils öffentlich
Dänemark	Nationaler Gesundheitsdienst	gering	überwiegend öffentlich
Deutschland	Sozialversicherung	gering	ambulant privat, stationär teils öffentlich
Frankreich	Sozialversicherung	mittel	ambulant privat, stationär überwiegend öffentlich
Grossbritannien	Nationaler Gesundheitsdienst	gering	überwiegend öffentlich
Irland	Öffentlich finanziert Gesundheitsdienst	mittel	überwiegend privat
Italien	Nationaler Gesundheitsdienst	hoch	überwiegend öffentlich
Luxemburg	Sozialversicherung	mittel	überwiegend private Leistungserstellung
Niederlande	Sozialversicherung mit Grundversicherung	gering	überwiegend privat
Portugal	Gemischtes System: Nationaler Gesundheitsdienst mit Bei-	hoch	überwiegend öffentlich

	tragsfinanzierung		
Spanien	Gemischtes System: Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung	mittel	überwiegend öffentlich
USA	Private Versicherungen	hoch	Private Leistungserstellung

Quelle: Schneider Markus u.a., Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1994, Augsburg, 1995, S. 23.

Auch wenn die Schweiz in dieser Systematik nicht enthalten ist, könnte sie ausgehend von der Systematik von Schneider u.a. auf folgende Art charakterisiert werden:

- Die überwiegende Finanzierungsorganisation besteht seit der Einführung des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes am 1. Januar 1996 durch eine Sozialversicherung. Im Gegensatz zu den anderen europäischen Ländern basiert die schweizerische Krankenversicherung schwergewichtig nicht auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen, sondern auf Kopfprämien. Diese werden für Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen durch individuelle Prämienverbilligungen ergänzt.
- Der Selbstbehalt ist im europäischen Vergleich als hoch zu bezeichnen, wie in der folgenden Tabelle zum Ausdruck kommt.
- Die Leistungsorganisation ist im ambulanten Bereich überwiegend privat, im stationären Bereich als mehrheitlich öffentlich bzw. öffentlich subventioniert zu bezeichnen.

Die Privatversicherungen in der Schweiz nehmen die Funktion komplementärer Versicherungsträger ein. Sie kommen also dort zur Anwendung, wo das Sozialversicherungssystem keine Versicherungsdeckung vorsieht.

Aus Tabelle 3 unmittelbar ableitbar sind auch die unterschiedlichen Selbstzahlungsanteile in den einzelnen Ländern. Diese lassen sich auf folgende Art darstellen:²

Tabelle 4: Selbstbeteiligung an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Land und Selbstbeteiligung	Land und Selbstbeteiligung	Land und Selbstbeteiligung
Italien 22.3 %	Portugal 17.3 %	Schweden 13.6 %
Schweiz 19.5 %	Japan 17.2 %	Kanada 12.6 %
Luxemburg 19.2 %	Grossbritannien 15.8 %	Deutschland West 12.5 %
Griechenland 18.2 %	Irland 15.3 %	Deutschland Ost 6.7 %
Belgien 17.8 %	Österreich 14.0 %	Dänemark 11.4 %
USA 17.6 %	Spanien 13.6 %	Niederlande 7.3 %

Der verhältnismässig hohe Anteil der Selbstbeteiligung in der Schweiz ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die zahnmedizinische Versorgung in der Schweiz im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern in einem verhältnismässig restriktiven Ausmass durch die Grundversicherung übernommen wird.

² Gesundheitspolitische Informationen, Nr. 4, 1998.

4. Stärken und Schwächen der verschiedenen Systeme

4.1. Beurteilungsraster

Zur Beurteilung der Stärken und Schwächen der verschiedenen Systeme wird auf das Magische Fünfeck gesundheitspolitischer Zielsetzungen zurückgegriffen, welches sich aus dem Magischen Fünfeck der wirtschaftspolitischen Zielsetzungen ableiten lässt. Das Magische Fünfeck gesundheitspolitischer Zielsetzungen kann auf folgende Art und Weise beschrieben werden:³

- **Chancengleichheit:** Alle Einwohnerinnen und Einwohner eines Landes sollen einen chancengleichen Zugang zu den Angeboten des Gesundheitswesens haben, d.h. eine entsprechende Verteilung, Nutzung und Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen müssen sichergestellt sein.
- **Leistungsfähigkeit:** Sie erweist sich darin, wie schnell und wirksam Krankheitsursachen und Risikofaktoren erkannt und bekämpft werden, in welchem Umfang Krankheiten frühzeitig diagnostiziert und behandelt, mit welchem Erfolg körperlich und geistig Behinderte wieder in das soziale und berufliche Leben eingegliedert und wie wirksam Pflegebedürftige versorgt werden können. Einer einseitigen Förderung der Spitzenmedizin und -technologie stehen stark benachteiligte Gebiete wie Sozial- und Präventivmedizin und Geriatrie gegenüber.
- **Bedarfsgerechtigkeit:** Umfang und Art medizinischer Leistungen sind stärker als bisher am Bedarf auszurichten, wobei der Bedarf nicht mit der Inanspruchnahme und dem Angebot von Gesundheitsleistungen identisch sein muss. Eines der grössten Probleme der Gesundheitspolitik und -planung ist die Feststellung des Bedarfs, weil die Anbieter von Gesundheitsgütern gleichzeitig die Nachfrage nach ihren Leistungen selbst stark beeinflussen können. Ausser vom Angebot wird der Bedarf insbesondere von Veränderungen der Morbidität des Krankheitsbegriffs, der Risikofaktoren, des Gesundheitsverhaltens, des Bildungsstands, der Bevölkerungsstruktur und -entwicklung sowie vom medizinischen und technischen Fortschritt beeinflusst.
- **Wirtschaftlichkeit:** Ein wirtschaftlicher Einsatz der verfügbaren Mittel ist Voraussetzung für die dauerhafte Finanzierbarkeit und damit die Erhaltung und Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Wirtschaftlichkeitsüberlegungen können sich nicht auf einzelne Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitswesens beschränken. Der Zusammenhang zwischen definierten Aufgaben und erbrachten Leistungen, dafür aufgewendeten Mitteln und tatsächlich erreichten Wirkungen muss für die verschiedenen Teilbereiche und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie möglichst für das Gesundheitswesen insgesamt untersucht und beurteilt werden.
Effizienz ist im Gesundheitswesen lange nicht beachtet worden. Nicht die Frage nach dem optimalen Mitteleinsatz, sondern die Maximalmedizin stand im Vordergrund. Obwohl oftmals grosse Schwierigkeiten in der Leistungsmessung im Gesundheitswesen bestehen, gibt es auch hier Möglichkeiten, Effizienz festzustellen.
- **Finanzierbarkeit:** Das Gesundheitswesen muss finanzierbar bleiben. Damit sind die Probleme der Preisbildung und Tarifpolitik, die das Verhältnis der Krankenversicherung zu den Anbietergruppen betreffen, und die Frage der "Ausbeutung" der Krankenversicherung durch die Patientinnen und Patienten angesprochen.

Die formulierten Zielsetzungen ergänzen sich teilweise, weisen aber auch Trade-Offs auf. Letzteres bedeutet, dass eine stärkere Realisierung eines bestimmten Ziels ein anderes der formulierten fünf Zielsetzungen gefährden kann. Wenn einzelne Länder miteinander verglichen werden und diese in unterschiedlichen Bereichen besser bzw. schlechter

³Vgl. Der Monat, Nr. 6, Juni 1984.

abschneiden, so muss für ein Ranking der einzelnen Gesundheitssysteme eine Priorisierung unter den einzelnen Zielsetzungen erfolgen. Dies kann jedoch nicht aus gesundheitsökonomischer Sicht vorgenommen werden, sondern sollte gerade in demokratischen Systemen durch den politischen Willensbildungsprozess erfolgen.

Wer konkrete Aussagen über das Magische Fünfeck gesundheitspolitischer Zielsetzungen machen will, steht vor folgenden Problemen:

- Es sind allgemein akzeptierte Bewertungskriterien zu finden (Bewertungsproblem).
- Der Einfluss des Gesundheitssystems auf die fünf Zielsetzungen ist vom Einfluss anderer Faktoren abzugrenzen (Zurechnungsproblem).

Auch wenn beide Probleme kaum abschliessend gelöst werden können, soll an dieser Stelle der Versuch unternommen werden, wenigstens Ansatzpunkte zu deren Beurteilung darzustellen. Aus diesem Grund wird im folgenden auch verschiedentlich auf die beschränkte Aussagekraft einzelner Studien hingewiesen.

4.2. Chancengleichheit

Die gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen lässt sich als gleiche Zugangsmöglichkeit zu den Versorgungssystemen oder als Gleichheit in der Bedarfsbefriedigung interpretieren.⁴ Im Rahmen der Chancengleichheit steht die erstgenannte Interpretation im Vordergrund, die zweitgenannte soll im Rahmen der weiter unten stattfindenden Diskussion über die Leistungsfähigkeit von Systemen wieder aufgegriffen werden.

Gleiche Zugangsmöglichkeiten dürften dann gewährleistet sein, wenn die Geld- und Zeitkosten oder andere mögliche Hindernisse der Inanspruchnahme den Zugang zu den Versorgungseinrichtungen nicht oder nicht unterschiedlich behindern.

Im Rahmen einer umfangreichen empirischen Untersuchung wurde die Verteilung der Gesundheitsleistungen in acht ausgewählten Ländern zu analysieren versucht. Dabei wurde der Frage nachgegangen, ob Personen mit gleichem Bedarf aber unterschiedlichen Einkommen die gleiche Versorgung erhalten. Untersucht wurde auch, ob bestehende Ungleichheiten in der Versorgung durch Unterschiede in den Gesundheitssystemen erklärt werden können und welche Strukturelemente für diese Unterschiede verantwortlich sind. Die Arbeit kommt zum Schluss, dass in fast allen der untersuchten Länder Personen mit gleichem morbiditätsbedingten Bedarf nicht die gleiche Versorgung erhalten. Eine ungleiche Versorgung zu Lasten unterer Einkommenschichten wurde für Italien, Grossbritannien, Spanien und insbesondere Dänemark und die USA festgestellt, während für die Schweiz, Irland und die Niederlande geringere Unterschiede registriert wurden. Die untersuchten Länder mit staatlichen Gesundheitssystemen schnitten demnach schlechter ab als Länder mit einem Sozialversicherungssystem. Die Autoren führen dies auf den Umstand zurück, dass in Ländern mit staatlichen Gesundheitssystemen nur die Bezügerinnen und Bezüger höherer Einkommen in der Lage sind, sich auf dem Weg einer Privatversicherung eine umfassende private Versorgung sicherzustellen.⁵

Das schlechtere Abschneiden des US-amerikanischen Gesundheitssystems dürfte dagegen weniger überraschen. Denn schon im Rahmen früherer Untersuchungen ist für das Beispiel

⁴ Hajen Leonhard/ Paetow Holger/ Schumacher Harald, Gesundheitsökonomie, Stuttgart/ Berlin/ Köln, 2000, S. 246.

⁵ Van Doorslaer E. u.a. (Hrsg.), Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective, Oxford, 1993.

der USA aufgezeigt worden, dass die Behandlungsqualität und das Auftauchen von Behandlungsfehlern vom Versichertenstatus abhängig sind. So weist beispielsweise eine Studie des Office of Technology Assessment empirische Evidenz dafür auf, dass die Wahrscheinlichkeit von nicht versicherten Personen 1.3mal grösser ist als bei Patientinnen und Patienten der staatlich finanzierten Medicaid, in geringerer Art und Weise mit Gesundheitsgütern versorgt zu werden. Personen, welche durch eine öffentliche Sozialversicherung abgedeckt werden, verfügen ihrerseits über eine 2.5mal höhere Wahrscheinlichkeit als privat versicherte Personen, eine inadäquate Behandlung mit Gesundheitsgütern zu erfahren. Die Studie kommt ausserdem zum Schluss, dass die Wahrscheinlichkeit bei nicht versicherten Personen viermal grösser ist als bei den versicherten Personen, dass eine Hospitalisierung vermeidbar gewesen wäre, wenn rechtzeitig mit einer Behandlung begonnen worden wäre. Sie sind ausserdem einem doppelt so hohen Todesrisiko ausgesetzt, wenn sie ins Spital eintreten. Die Studie stellt dabei einen Zusammenhang zum Umstand her, dass nicht versicherte Personen nur halb so viel in den Genuss von kostenintensiven Verfahren wie Angiographien, koronaren Bypass-Operationen oder einem vollständigen Ersatz des Kniegelenks kamen.⁶

4.3. Leistungsfähigkeit

Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit wird in der vergleichenden Gesundheitssystemforschung oft auf Mortalitätsindikatoren oder das Zufriedenheitsniveau der Bevölkerung zurückgegriffen. Elola u.a.⁷ haben die Sozialversicherungssysteme mit den staatlichen Systemen in Europa verglichen. Als Indikatoren für den Gesundheitsstatus wurde neben der Lebenserwartung und den verlorenen Lebensjahren (nach Geschlechtern) die Säuglingssterblichkeit herangezogen. Letzere wurde um den Einfluss des Bruttoinlandprodukts bereinigt, welcher Auswirkungen auf die Säuglingssterblichkeit haben kann.

Dabei stellte sich heraus, dass die bereinigte Säuglingssterblichkeit in den staatlichen Gesundheitssystemen kleiner ist als in den Sozialversicherungssystemen.

Zufriedenheitsbefragungen der Bevölkerung werden in der Regel in bezug auf Institutionen des Gesundheitswesens durchgeführt. Im Verhältnis dazu eher selten kommen solche zum Vergleich der Gesundheitsversorgung verschiedener Länder oder zur Evaluation von Reformmassnahmen vor. Eine Ausnahme davon bildet die häufig zitierte Harvard/ Cuanter-Befragung, in der die Zufriedenheitsniveaus in verschiedenen Ländern zu vergleichen versucht worden waren.⁸

In einer telephonischen Umfrage wurden Personen zur Reformbedürftigkeit ihres Gesundheitssystems befragt. Dabei verbuchten Länder mit einem Sozialversicherungssystem (Niederlande, Deutschland, Frankreich, Kanada) bessere Werte als das marktwirtschaftlich ausgerichtete System der USA und die staatlichen Versorgungssysteme aus Grossbritannien, Italien und Spanien.

Einschränkend bleibt festzuhalten, dass Zufriedenheitsniveaus als Outputindikatoren nur bedingt geeignet sind, weil Laien die Ergebnisqualität nur unvollständig beurteilen können

⁶ Zitiert nach: Gesundheitspolitische Informationen, Nr. 4, Dezember 1992, S. 28.

⁷ Elola J. u.a., Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe, in: American Journal of Public Health, Vol. 85, 1995, S. 1397 – 1401.

⁸ Blendon R.J. u.a., Satisfaction with health systems in 10 nations, in: Health Affairs, Nr. 9, 1990, S. 185 – 192.

und daher auch die Gefahr besteht, dass überwiegend der Nutzen von Tätigkeiten gemessen wird, die keine wesentlichen Gesundheitseffekte aufweisen.⁹

In bezug auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems muss festgestellt werden, dass auch die an der Philosophie des New Public Management ausgerichteten neuseeländischen Reformen im internationalen Vergleich nicht die beabsichtigten Resultate zeitigten: „La mortalité infantile est aujourd'hui plus faible en Australie (5.8/ 1000) qu'en Nouvelle-Zélande (7/ 1000).“ (...) « A la naissance, la longévité des femmes (81.1 ans) est plus élevée en Australie, ainsi que celle des hommes (75.3 ans), mais les gains de longévité des hommes à 40 ans ont été plus rapides en Nouvelle-Zélande et sont comparables à ceux de l'Autriche. La Nouvelle-Zélande se différencie à nouveau de l'Australie avec un taux de mortalité maternelle deux fois plus élevée, de même qu'une surexposition aux risques de mort prématurée associés à l'homicide et au suicide. Dans les deux pays, les taux d'homicide sont beaucoup plus élevés qu'en Europe. Bien que ces deux pays aient encore une composition par âge plus jeune que celle de l'Europe, la probabilité des hommes de décéder après 65 ans d'une maladie cardio-vasculaire est de 35 % et celle des femmes est similaire, même un peu plus élevée en Nouvelle-Zélande, et les risques associés aux cancers sont proches de ceux de l'Allemagne. »¹⁰

Ein Vergleich der Einkommens- und Mortalitätsungleichheiten zwischen Kanada und den USA zeigt, dass sowohl für städtische als auch für ländliche Regionen Kanada kleinere Werte aufweist. Die Autoren kommen zum Schluss, dass es Kanada besser gelingt, dem Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und Sterberaten zu begegnen.¹¹

Lambert kommt in seiner Untersuchung zum Schluss, dass es Japan und Schweden am besten geschafft haben, die Zielsetzungen der Chancengleichheit, der ökonomischen Effektivität und der Versorgungsqualität miteinander zu kombinieren. Gute Resultate von kleinen Ländern wie Belgien oder Österreich sind für ihn dagegen kaum auf grössere Staaten wie die USA, Grossbritannien, Frankreich, Italien oder Spanien übertragbar.

Eine neuere Untersuchung für die Länder der Europäischen Union und die Schweiz kommt zum Schluss, dass Schweden das leistungsfähigste Land zu sein scheint, weil es bei Ausgaben von 1701 kaufkraftbereinigten US-Dollars pro Einwohnerin/ Einwohner die beste Gruppierung der Gesamtheit der untersuchten Indikatoren (Zufriedenheit der Bevölkerung, vermeidbare Mortalität I ohne koronare Herzkrankheit, vermeidbare Mortalität II mit koronarer Herzkrankheit, Säuglings- und Müttersterblichkeit) im oberen Bereich der Skala erkennen lässt. Als das im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung am wenigsten leistungsfähige Land erscheint Grossbritannien, da für dieses Land alle untersuchten Indikatoren im unteren Bereich der Skala gruppiert sind. Mit rund der Hälfte der Ausgaben pro Einwohnerin/ Einwohner im Vergleich zur Schweiz weisen Schweden, die Niederlande und Belgien insgesamt eine bessere Leistungsfähigkeit ihrer Systeme auf. Mit Ausgaben von nur 1122 kaufkraftbereinigten US-Dollars pro Einwohnerin/ Einwohner kann Spanien – mit Ausnahme der Zufriedenheit der Bevölkerung – bessere Indikatoren präsentieren als die Schweiz.¹²

Das schweizerische Bundesamt für Sozialversicherung hat seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) einige Wirkungsanalysen zum neuen Gesetz in

⁹ Hajen Leonhard/ Paetow Holger/ Schumacher Harald, Gesundheitsökonomie, Stuttgart/ Berlin/ Köln, 2000, S. 242f.

¹⁰ Lambert Denis-Clair, Les systèmes de santé: Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels, Paris, April 2000, S. 336f.

¹¹ Ross NA/ Wolfson MC/ Dunn JR/ Berthelot JM/ Kaplan GA/ Lynch JW, Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics, in: British Medical Journal, Vol. 320, Nr. 7239, 1. April 2000, S. 898 – 902.

¹² Domenighetti Gianfranco/ Quaglia Jacqueline, Internationale Vergleiche, in: Kocher Gerhard/ Oggier Willy (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2001/ 2, Solothurn, 2001, S. 71f.

Auftrag gegeben und deren Resultate laufend der Öffentlichkeit vorgestellt. Im Rahmen der am 27. März 2001 präsentierten Resultate verschiedener Arbeiten kann davon ausgegangen werden, dass die Versicherten mit dem Gesundheitswesen und der medizinischen Versorgung zufrieden sind. Hingegen empfinden sie die Belastung ihrer Haushaltsbudgets durch die Prämien als hoch. Trotzdem machen die Versicherten von den im KVG bestehenden Möglichkeiten zur Optimierung der individuellen Kosten nur beschränkt Gebrauch. In bezug auf den Leistungskatalog der Grundversicherung kann festgestellt werden, dass die Einführung eines einheitlichen Leistungsumfangs einen Beitrag zur vom Gesetzgeber beabsichtigten verbesserten Transparenz und Gleichbehandlung der Versicherten leistet. Die Ergebnisse zeigen allerdings auch, dass das heutige Verfahren zur Festlegung der Leistungen zulasten der Krankenversicherung insbesondere für die Versicherten wenig transparent ist. Ebenso scheint das Einspracheverfahren der Versicherten gegen Entscheide des Krankenversicherers den Interessen der Versicherten zu wenig Rechnung zu tragen. Lücken im Leistungsumfang der Grundversicherung bestehen im Vergleich zu ausländischen Krankenversicherungssystemen insbesondere in den Bereich der Zahnmedizin, der Pflege zu Hause und bei der Prävention.¹³ Zu betonen bleibt allerdings, dass der letztgenannte Bereich kaum als echte Lücke bezeichnet werden kann, weil bereits die Botschaft des KVG davon ausging, dass sich die Kantone weiterhin in diesem Bereich substantiell engagieren würden.

Eine Wirkungsanalyse zu den Auswirkungen des KVG auf die Versicherten zeigte u.a. auf, dass die Mitteilungen der Krankenversicherer die wichtigste Informationsquelle der Haushalte zur Grundversicherung darstellen, Medien die zweitwichtigste. Die Informationen der Versicherer werden meist als verständlich bezeichnet. Über Kündigungsmöglichkeiten, eine wichtige Voraussetzung für den Wechsel des Grundversicherers, fühlen sich die Haushalte von ihrem Versicherer mittelmässig informiert. Die allgemeine Zufriedenheit mit dem eigenen Krankenversicherer ist dagegen hoch. Gründe dafür sind insbesondere gute Serviceleistungen wie prompte Auszahlungen, gute Information und freundliches Personal. Wo tiefere Zufriedenheiten anzutreffen sind, werden das Preis-Leistungs-Verhältnis, mangelnde Serviceleistungen des Versicherers und Probleme mit der Verwaltung genannt. Gute Noten erhält der eigene Versicherer für die Empfehlungsbereitschaft, die Zufriedenheit im Schadenfall und die Bereitschaft, den gleichen Versicherer wieder zu wählen. Angesichts dieser Daten nicht weiter erstaunen dürfte der Umstand, dass der wichtigste Grund der Befragten für den Verzicht auf einen Wechsel des Versicherers in der Zufriedenheit mit dem bisherigen Versicherer liegt. Ein Wechsel wird andererseits meistens mit der Prämienhöhe des bisherigen Versicherers begründet. Informationsquellen vor dem Wechsel waren zu gleichen Teilen der neue Krankenversicherer oder spezialisierte Beratungsstellen. Rund ein Viertel (24 Prozent) der Haushalte hat innerhalb von vier Jahren ihr Versicherungsmodell verändert und nur eine geringe Anzahl plant in Zukunft eine Veränderung. Grössere Haushalte mit hohem Bildungsstand der Person, welche für die Krankenversicherung zuständig ist, wählen eher ein alternatives Versicherungsmodell. In der grossen Mehrheit der Haushalte wurden keine Veränderungen bei den Zusatzversicherungen festgestellt. Wo dies geschah, erfolgte meistens ein Abbau durch die Kündigung einer halbprivaten oder privaten Spitalversicherung. Die Autoren kommen zum Schluss, dass das Wechselverhalten sowohl bezüglich eines Versichererwechsels in der Grundversicherung als auch eines Modellwechsels seit Einführung des KVG als klein und vernachlässigbar zu bezeichnen ist. Wenn gewechselt wird, erfolgt dies aus Preisgründen. Die Ergebnisse zeigen nach Auffassung der Autoren aber auch, dass ein Potenzial für den Wechsel – in erster Linie bei jüngeren Personen in der Westschweiz und im Tessin, an zweiter Stelle bei grösseren Haushalten in der Deutschschweiz - besteht. Die Zufriedenheit der Versicherten mit ihren Versicherern ist im allgemeinen jedoch hoch, was an sich eine ungünstige Prognose für

¹³ Medienmitteilung des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 27. März 2001.

einen Wechsel des Versicherers darstellt. Auch hier dürfte die Potenzialausschöpfung wegen der tieferen Zufriedenheit in der Westschweiz und im Tessin eher möglich sein.¹⁴

4.4. Bedarfsgerechtigkeit

Ausgehend von den oben dargestellten Resultaten in bezug auf die Leistungsfähigkeit muss die Bedarfsgerechtigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems ernsthaft in Frage gestellt werden. Diese Erkenntnis ist nicht neu, ist doch beispielsweise schon im Anhang zur Überarbeitung der Spitalplanung 1997 des Kantons Schwyz – ähnlich wie bei anderen Kantonen, wo der gleiche Experte tätig war – im Rahmen der methodischen Ausführungen im Anhang folgendes ausgeführt worden:¹⁵

„Der soziokulturelle Kontext der Variable Hospitalisationshäufigkeit wird noch dramatischer erkennbar, wenn internationale Zahlenwerte zum Vergleich herangezogen werden: England wies 1994 eine Hospitalisationshäufigkeit von 9.1 auf 100 Einwohner aus (der Wert dürfte zwischenzeitlich noch gesunken sein). Auch Holland hat generell eine tiefere Hospitalisationsrate als die Schweiz: 10.1 auf 100 Einwohner. Dagegen liegen die USA (wie übrigens auch Finnland) mit 12.4 Hospitalisationen pro 100 Einwohner knapp über dem Durchschnittswert des Kantons Bern. In der Nähe der Zahlenwerte des erwähnten Spitalbezirks Wattenwil liegt dann die Hospitalisationsrate in Schweden (16.0 pro 100 Einwohner), wobei im Falle von Schweden darauf aufmerksam zu machen ist, dass die ambulante Versorgung sehr viel weniger gut dotiert ist als in der Schweiz.

Ohne noch weitere Länder zur Beweisführung dazu heranzuziehen, dass mit Bezug auf die Hospitalisationshäufigkeit markante Differenzen zwischen Gesundheitssystemen existieren, möchte noch auf die Provinz Manitoba (Kanada) hingewiesen werden, wo 1993 eine Häufigkeit von 13.0 Hospitalisationen pro 100 Einwohner resultierte und diese Zahl für die Beobachtungsperiode 1994/ 95 auf 12.1 Hospitalisationen gesenkt wurde – dies als Folge einer finanzpolitisch bedingten forcierten Schliessung von Abteilungen und Spitälern.“

Ausgehend von der oben erwähnten neuen Analyse von Domenighetti und Quaglia dürfte die Bedarfsgerechtigkeit des schweizerischen Gesundheitsversorgungssystems mindestens in folgenden Bereichen hinterfragt werden können:

- Die Schweiz weist im Vergleich zu anderen europäischen Industrieländern mit 5.2 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner eine relativ hohe Bettendichte aus. Ausgehend von den vorherrschenden finanziellen Anreizen der Tagespauschalen ist anzunehmen, dass die Patientinnen und Patienten länger als notwendig im Spital belassen werden.
- Ein Indiz für diese Hypothese bildet der Umstand, dass die Schweiz unter den untersuchten Ländern jenes mit der längsten mittleren Aufenthaltsdauer in der Akutbehandlung ist.
- Die Schweiz weist unter den verfügbaren Daten der untersuchten europäischen Länder die höchste Magnetresonanz-Tomographen-Dichte pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner aus.
- Die Schweiz weist den dritthöchsten Wert an PTCA pro Million Einwohnerinnen und Einwohner aus.

¹⁴ Peters Matthias/ Müller Verena/ Luthiger Philipp, Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten, Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 3/ 01, Februar 2001, insbesondere S. IVff.

¹⁵ Departement des Innern des Kantons Schwyz (Hrsg.), Überarbeitung und Weiterführung der Spitalkonzeption 1995/ Spitalplanung 1997, Anhang A: Methodik der Planung, S. 2f.

4.5. Wirtschaftlichkeit

Die relativ grossen Unterschiede in den Ausgaben für das Gesundheitswesen in Prozenten des Bruttoinlandprodukts unter den OECD-Staaten haben zu verschiedenen Arbeiten der Gesundheitssystemforschung Anlass gegeben.

Dabei kamen empirische Untersuchungen der Ausgabenunterschiede zum Schluss, dass das Pro-Kopf-Einkommen eines Landes die entscheidende Determinante sowohl für die Unterschiede im Zeitablauf als auch zwischen den Ländern sein dürfte. Je höher das Bruttoinlandprodukt pro Kopf, desto höher falle der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt aus.¹⁶

Immer wieder untersucht worden ist auch der Einfluss des Staates auf das Gesundheitssystem. Leu hat dabei seine Hypothese bestätigt gefunden, dass ein grosser Einfluss des Staates an der Leistungserstellung wegen der geringeren Produktivität des öffentlichen Sektors die Ausgaben für Gesundheitsleistungen erhöht. Als Indikator für den staatlichen Einfluss bei der Leistungserstellung wurde der Anteil der von staatlichen und gemeinnützigen Krankenhäusern bereitgestellten Betten an der gesamten Bettenzahl verwendet. Seine Regressionsanalyse kommt zum Schluss, dass eine Erhöhung dieses Anteils um 10 Prozent die Gesundheitsausgaben pro Kopf um 8 bis 9 Prozent erhöhte, was der Autor als Bestätigung des kostenerhöhenden Effekts staatlicher Leistungserbringung interpretiert. Auch der Anteil der öffentlichen Finanzierung an der Gesamtfinanzierung der Gesundheitsausgaben korrelierte nach dieser Untersuchung positiv mit dem Ausgabenniveau.¹⁷

Anzumerken bleibt, dass der Anteil an Betten heute kaum mehr als sinnvoller Indikator für den staatlichen Einfluss bezeichnet und zu den Gesundheitsausgaben ins Verhältnis gesetzt würde. Denn das Bett hat in der Regel wenig mit den effektiv anfallenden Gesundheitsausgaben zu tun. Wenn schon inputorientierte Indikatoren gewählt werden, dürften heute eher die Spezialärzte-Dichte und die Dichte anderer Leistungserbringer im Zentrum der Überlegungen stehen.

Zu einem anderslautenden Ergebnis als Leu kommt Pfaff. In seiner Untersuchung weisen Länder mit vorwiegend privat finanzierten Gesundheitssystemen die höchsten Ausgabenniveaus auf. Der Autor führt dazu aus, dass öffentlich finanzierte Systeme eine grössere Gegenmacht zu den Leistungsanbietern darzustellen vermögen. Daraus leitet Pfaff – unter der Annahme, dass der Gesundheitsstatus der untersuchten Länder kaum nennenswerte Schwankungen aufweist – eine höhere Wirtschaftlichkeit von Systemen mit einer vorwiegend öffentlichen Finanzierung ab.¹⁸

Anzumerken bleibt, dass angesichts der oben dargestellten Ergebnisse anderer Arbeiten die Annahme bezüglich des Gesundheitsstatus mindestens hinterfragt werden muss.

Hitiris und Posnett fanden in ihrer empirischen Untersuchung von 20 OECD-Ländern über einen Zeitraum von 28 Jahren keine Beziehung zwischen den Ausgaben für Gesundheitsleistungen und dem öffentlichen Finanzierungsanteil.¹⁹

¹⁶ OECD, Health Systems. Facts and Trends 1960 – 1991, Paris, 1993, S. 21.

¹⁷ Leu Robert E., Ansätze zur empirischen Messung der relativen Effizienz von Gesundheitssystemen, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, Vol. 114, 1978, S. 479 – 503.

¹⁸ Pfaff M, Differences in Health Care Spending Across Countries: Statistical Evidence, in : Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 15, 1990, S. 1 – 67.

¹⁹ Hitiris T./ Posnett J., The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries, in: Journal of Health Economics, Vol. 11, 1992, S. 173 – 181.

Eindeutigere Beziehungen scheint es dagegen zwischen For-Profit- und Not-for-Profit-Spitälern und deren Auswirkungen auf die Entwicklung der Gesundheitskosten im Rahmen von Sozialversicherungen zu geben. Dies legen mindestens jüngere Untersuchungen²⁰ für die USA nahe. Demnach sind For-Profit-Spitäler nicht nur kostentreibender, sondern qualitativ auch schlechter²¹. Silverman, Skinner und Fisher kommen anhand ihrer Untersuchung der Medicare-Ausgaben für die Jahre 1989, 1992 und 1995 zudem zum Schluss, dass Medicare in For-Profit-Spital-Regionen auch für ausserhalb des Spitals anfallende Leistungen in Heimen und bei anderen Leistungserbringern mehr bezahlen muss als in Not-For-Profit-Spital-Regionen.

Woolhandler und Himmelstein führen in ihren Ausführungen diese Resultate auf folgende Faktoren zurück:²² „The simplest explanation is that the competitive free market described in textbooks does not and cannot exist in health care for several reasons (...). First, many hospitals exercise virtual monopolies. (...) Second, an informed choice by consumers, which results in efficiency, according to market theory, is a mirage in health care. (...) Third, if purchasers cannot accurately appraise a product, they cannot determine whether its price is fair.“

4.6. Finanzierbarkeit

In der oben erwähnten Studie von van Dorlaer u.a. ist auch die Lastverteilung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen (Inzidenz) in zehn europäischen Ländern näher untersucht worden. Die empirischen Resultate kommen zum Schluss, dass in Ländern mit einem hohen Anteil steuerfinanzierter Gesundheitsausgaben (Grossbritannien, Irland, Portugal) die Einkommen progressiv belastet werden. Bezügerinnen und Bezüger höherer Einkommen werden demnach wegen ihrer grösseren Leistungsfähigkeit überproportional zur Finanzierung des Gesundheitsversorgungssystems herangezogen. Eine Finanzierung über einkommensbezogene Beiträge hat in den untersuchten Sozialversicherungssystemen von Frankreich und den Niederlanden eine regressive Inzidenz ergeben. Die beiden vorwiegend aus privaten Quellen finanzierten Gesundheitsversorgungssysteme der Schweiz und der USA weisen die am stärksten regressive Inzidenz auf.

Im Rahmen einer neueren Arbeit wurde auch Deutschland in die Untersuchung einbezogen, für das – im Einklang mit den oben beschriebenen Resultaten – ebenfalls eine regressive Belastung nachgewiesen wurde.²³

In einem neueren Artikel weisen Domenighetti und Quaglia im Rahmen einer Untersuchung der Länder der Europäischen Union und der Schweiz darauf hin, dass die soziale Gerechtigkeit im Hinblick auf die Finanzierung des Gesundheitswesens ganz erheblich variiert. In der Gruppe der betrachteten Länder wird das schweizerische System in dem Sinn als das ungerechteste bezeichnet, als die Finanzierung des Gesundheitsversorgungssystems im Verhältnis zu den Einkommen der Einwohnerinnen und Einwohner am wenigsten

²⁰ Silverman Elaine S./ Skinner Jonathan S./ Fisher Elliott S., The Association between For-Profit Hospital Ownership and Increased Medicare Spending, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 341, No. 6, S. 420 – 426.

²¹ Woolhandler Steffie/ Himmelstein David U., When Money is the Mission – The High Costs of Investor-Owned Care, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 341, No. 6, S. 444 – 446 und die dort zitierte Literatur.

²² Woolhandler Steffie/ Himmelstein David U., When Money is the Mission – The High Costs of Investor-Owned Care, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 341, No. 6, S. 445.

²³ Wagstaff u.a., Equity in the Finance of Health Care: some further International Comparisons, in: Journal of Health Economics, Vol. 18, 1999, S. 263 – 290.

progressiv ist.²⁴ Dieser Umstand hat auch die Klassierung der Schweiz – auf dem 20. Rang - im Rahmen einer Bewertung der WHO beeinflusst.²⁵

²⁴ Domenighetti Gianfranco/ Quaglia Jacqueline, Internationale Vergleiche, in: Kocher Gerhard/ Oggier Willy (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2001/ 2, Solothurn, 2001, S. 72f.

²⁵ World Health Organization (Hrsg.), Rapport sur la Santé dans le Monde 2000. Pour un Système de Santé plus performant, Genf, 2000.

5. Zusammenhänge zwischen Kostenentwicklung und Krankenversicherungs-Durchführung

5.1. Ähnliche Reformbestrebungen in verschiedenen EU-Staaten

Im Zusammenhang mit der Durchführung der Krankenversicherung sind in sämtlichen europäischen Staaten mit Sozialversicherungssystemen Diskussionen über die zukünftige Systemausgestaltung im Gang. Im Rahmen der hier zur Verfügung stehenden Ressourcen kann diese Entwicklung nur ansatzweise skizziert werden. Dies soll anhand einiger ausgewählter in den letzten Monaten breiter diskutierten Themen aus den vier EU-Nachbarländern der Schweiz kurz dargestellt werden.

5.1.1. Deutschland

Die Gesundheitspolitik bildet seit rund 10 Jahren Gegenstand intensiverer Debatten zwischen den verschiedenen Interessengruppierungen. Auf den 1. Januar 1993 trat – nach dem Amtsantritt des neuen Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer am 6. Mai 1992 – das Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft. Es beinhaltete eine Budgetierung der Ausgaben für Arznei- und Heilmittel bei gleichzeitiger Einführung einer Haftung der Ärztinnen und Ärzte bei Budgetüberschreitung. Eingeführt wurde damit u.a. auch der bundesweite Risikostrukturausgleich zwischen finanzschwachen und finanzstarken Krankenkassen.

Am 1. Januar 1995 trat das Pflegeversicherungsgesetz als 5. Säule der Sozialversicherung in Kraft. Seit diesem Tag sind alle gesetzlich Krankenversicherten in der sozialen, privat Krankenversicherte in einer privaten Pflegeversicherung gegen das Pflegefallrisiko versichert.

Am 1. Juli 1997 trat die dritte Stufe der Gesundheitsreform in Kraft. Um dem Kostenanstieg zu begegnen, der mit der Einzelleistungsvergütung verbunden ist, wurde eine Obergrenze für die Vergütung im freipraktizierenden Bereich festgelegt. Das Gesamthonorar wird gemäss einem bestimmten Verteilungsschlüssel auf die Hausärztinnen und –ärzte einerseits und die Spezialärztinnen und –ärzte andererseits aufgeteilt. Anschliessend werden innerhalb dieser beiden Gruppen für jede Arztgruppe (z.B. Spezialärztinnen und –ärzte für Augenheilkunde, Neurologie oder Orthopädie) auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmte Vergütungsanteile festgelegt. Deren Verteilung auf die Ärztinnen und Ärzte erfolgt unter Anwendung des sogenannten „einheitlichen Bewertungsmassstabes“. Hierbei wird jeder ärztlichen Leistung ein Punktwert (also kein Geldbetrag) zugeordnet. Es ist somit nicht von Anfang an klar, wieviel der in Geld ausgedrückte Wert der ausgeführten Leistungen ist.

Dieser ergab sich bis zur Gesetzesänderung am 1. Juli 1997 im nachhinein aus der für die ambulante Versorgung vorgesehenen Gesamtvergütung und der Summe aller abgerechneten Punkte. Das Problem dieser Lösung bestand darin, dass der Wert einer medizinischen Massnahme umso geringer zu stehen kam, je höher die Anzahl der insgesamt in Rechnung gestellten Punkte war. Die einzelne Ärztin/ der einzelne Arzt konnten jedoch durch ihr Leistungsverhalten den Punktwert nicht substantiell beeinflussen. Damit löste die Regelung die gleichen Anreize aus wie die Einzelleistungstarifizierung, nämlich die Zahl der abzurechnenden Punktwerte – auch über das medizinisch notwendige Mass hinaus – auszuweiten.

Um diesem Mechanismus entgegenzuwirken, wurden die Punktwerte mit der Gesetzesänderung anders ausgerichtet. Jeder Arzt und jede Ärztin erhält je Quartal ein

bestimmtes Punktevolumen, welches maximal abgerechnet werden kann. Dieses Punktevolumen entspricht dem Praxisbudget. Es wird aus der Anzahl Patientinnen und Patienten und einem Punktbudget je Patient/ -in ermittelt. Dabei steht dem Arzt für jede Patientin und jeden Patienten, der mindestens einmal je Quartal in seiner Praxis erschienen ist, eine bestimmte Punktemenge zu. Dies geschieht unabhängig davon, wie intensiv die Behandlung ausfällt. Wird das Punktbudget bei einer Person nicht ausgeschöpft, können die verbleibenden Punkte bei der Behandlung anderer Patientinnen und Patienten zusätzlich verwendet werden. Sobald das Praxisbudget ausgeschöpft ist, können keine weiteren Leistungen abgerechnet werden.²⁶

Da auch nach der Einführung des Praxisbudgets der einheitliche Bewertungsmaßstab zur Anwendung kommt, kann es für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte ökonomisch Sinn machen, den Umfang der erbrachten Leistungen so zu steuern, dass die Praxisbudgets ganz ausgenutzt werden. Es besteht aber auch ein Anreiz, die Zahl der Patientinnen und Patienten zu erhöhen, was sich wiederum positiv auf die Höhe des Praxisbudgets auswirkt. Damit einher gehen dürfte auch ein verschärfter Wettbewerb unter den Praxen um die Patientinnen und Patienten. Um andererseits das Praxisbudget nicht zu gefährden, stehen zwei Möglichkeiten offen. Es kann versucht werden, die unter bestimmten Umständen gewährten Zusatzbudgets zu realisieren und damit das Praxisbudget nach oben zu verschieben. Oder es kann zur Schonung des Praxisbudgets eine Überweisung zur weiteren Behandlung in den stationären Bereich erfolgen. Gleichzeitig dürfte die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient oder die Patientin nach der stationären Behandlung wieder zurückkehrt, relativ hoch sein. Ausserdem besteht die Gefahr, dass im Rahmen der Praxisbudgets versucht werden dürfte, in erster Linie gute Risiken als Patientinnen und Patienten zu gewinnen, um die Obergrenze des Praxisbudgets nicht zu überschreiten.

Mit dem Amtsantritt der neu gewählten Regierung Schröder wird Andrea Fischer Bundesgesundheitsministerin. Sie legt ein Eckpunkte-Papier vor, in welchem das Globalbudget, eine Positivliste verordnungsfähiger Medikamente und die Neuregelung der Finanzierung der Spitäler als wesentliche Elemente einer geplanten Gesundheitsreform 2000 bezeichnet werden. Die geplante Einführung von Globalbudgets stösst auf heftige Opposition bei der Ärzteschaft und wird fallengelassen. Ebenfalls gestrichen wird die geplante vollständige Finanzierung der Spitäler durch die Krankenkassen.

Am 10. Januar 2001 beruft Bundeskanzler Gerhard Schröder Ulla Schmidt zur Nachfolgerin der am Vortag zurückgetretenen Andrea Fischer. Anfangs Februar kündigt die neue Ministerin an, bis 2002 die Arzneimittelbudgetierung und den Kollektivregress abzuschaffen.

In die Gesundheitspolitik mischt sich auch der Bundeswirtschaftsminister ein. In seinem Wirtschaftsbericht 2001, der die demographische Entwicklung zum Hauptthema macht, schlägt er vor, dass die Arbeitgeberbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung den Arbeitnehmerinnen und -nehmern künftig als Lohn ausbezahlt werden. Diese Mittel sollten im Gegenzug für den Aufbau einer privaten, kapitalgedeckten Zusatzvorsorge genutzt werden.

Auch die mitregierenden Grünen stellten darauf zwei unterschiedliche Lösungsansätze zur Diskussion. Entweder soll die Beitragsbasis für die Kranken-, Renten- und Altersversicherung stark verbreitert werden, indem alle Einkommen berücksichtigt werden, oder es soll der Übergang zu einem vorwiegend steuerfinanzierten System angestrebt werden.²⁷

²⁶ Prinz Aloys/ Vogel Alexander, Medizin mit Management, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 268, 17. November 2001.

²⁷ Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 162, 16. Juli 2001.

Bereits im Juni hatte der Vorsitzende des Verbands der privaten Krankenversicherung gefordert, dass die Möglichkeit zur freiwilligen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschafft werden sollte.²⁸

Der ehemalige Gesundheitsminister Seehofer plädierte für eine sofortige Strukturreform. Notwendig sei, alle gesetzlichen Schranken abzubauen, die für die Krankenkassen und die Ärzteschaft bei den Vertragsaschlüssen bestehen. Die Kassen müssten das Recht erhalten, mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten oder Gruppen von ihnen Verträge abzuschliessen. Umgekehrt müsste es aber auch der Ärzteschaft erlaubt sein, nicht mit allen Kassen Verträge abzuschliessen. Daneben forderte er, den Versicherten Wahlfreiheit bei ihren Krankenkassen-Tarifen einzuräumen.²⁹

Ende November 2001 verabschiedete der Bundesrat das Gesetz zur Reform des Risikoausgleichs der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit lässt der Gesetzgeber denjenigen Kassen mehr Geld zufließen, die überdurchschnittlich viele Mitglieder haben, die überdurchschnittlich krank sind, höhere Kosten verursachen und ihren Versicherten höhere Beiträge abverlangen müssen. Das betrifft etwa Ortskrankenkassen oder Ersatzkassen, die ihren Mitgliedern schon zur Zeit mehr als 14 Prozent vom Gehalt (bis zur Höhe von 6750 Mark) berechnen. Der 1992 eingeführte Risikoausgleich kämpft seit seinem Bestehen mit der Problematik, dass er die Kosten der Kassen entsprechend der Morbidität der Versicherten ausgleichen soll, aber niemand weiss, wie krank die Versicherten wirklich sind. Verlässliches Datenmaterial ist zur Zeit nicht verfügbar und soll bis ins Jahr 2007 gesammelt werden, damit ab dann ein Ausgleich basierend auf echten Risiken erfolgen kann.

Um aber bereits vorher den von besonders hohen Kosten belasteten Kassen Erleichterungen zu verschaffen, hat die Bundesgesundheitsministerin Disease-Management-Programme in ihre Überlegungen einbezogen. Chronisch Kranke, welche nach wissenschaftlichen Befunden mittelmässige Leistungen für viel Geld erhalten, sollen künftig über solche Programme – für Diabetes, Bluthochdruck oder Brustkrebs – besser betreut und versorgt werden. Die Kassen erhalten für jede ihrer Patientinnen und Patienten, welche sich freiwillig in die Programme einschreiben, einen Ausgleich über den Risikostrukturausgleich. Bis Mitte 2002 sollen Kassen und Ärzteschaft solche Therapien definieren. Ab Januar 2002 werden zudem Behandlungskosten von mehr als 40'000 Mark über neu geschaffene Risiko-Pools ausgeglichen.³⁰

Im Vorfeld der Beratungen äusserten die zur Zeit beitragsgünstigen Betriebskrankenkassen heftige Kritik und drohten mit einer Erhöhung ihres durchschnittlichen Beitragssatzes von 12.7 auf 13.6 Prozent. Das wäre ein weiterer Schritt in Richtung Einheitskasse, wurde dem angeblich von den Allgemeinen Ortskrankenkassen und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen eingebrachten Vorschlag zur Reform des Risikostrukturausgleichs vorgeworfen, welcher auf Überlegungen des Kölner Gesundheitsökonomien Karl Lauterbach basiert.³¹

5.1.2. Frankreich

Im Jahr 2000 gaben die Französinen und Franzosen für das Gesundheitswesen über 230 Milliarden Franken aus. Das entspricht knapp 10 Prozent des Bruttoinlandprodukts und entspricht einer Wachstumsrate gegenüber dem Vorjahr von 5.6 Prozent.

²⁸ Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 138, 18. Juni 2001.

²⁹ Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 180, 6. August 2001.

³⁰ Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 279, 30. November 2001.

³¹ Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 255, 2. November 2001.

Die französische Krankenversicherung ist in drei obligatorische Systeme aufgeteilt: Angestellte in Industrie und Handel, Land- und Forstwirtschaft sowie die freien Berufe und Selbständigen. Die Krankenversicherungen sind privatrechtlich organisierte Gesellschaften mit einem Leistungsauftrag. Für das allgemeine System schliesst die nationale Krankenversicherung (Caisse Nationale d'Assurance-Maladie) mit dem Staat einen Zweck- und Verwaltungsvertrag ab. Der Staat definiert die Ziele des öffentlichen Gesundheitswesens und legt die Bedingungen für die Rückerstattung, die Tarife und die Beitragshöhe fest. Die Versicherung kümmert sich um die Verwaltung und um die Beziehungen zu den Leistungserbringern. Die Rollenverteilung zwischen Staat und Caisse Nationale ist in Frankreich ein Dauerthema. Die Kasse fordert dabei mehr Autonomie und eine klarere Aufgabenfestlegung.³²

Der Grossteil der finanziellen Mittel der Caisse Nationale kommt von den Sozialbeiträgen, welche auf dem Lohn erhoben werden. Die Finanzergebnisse der Krankenversicherung hängen stark von der Konjunktur ab. Die grössten Defizite waren in den Jahren mit einem schwachen Wachstum des Bruttoinlandprodukts zu verzeichnen (1992/ 93). 1991 wurde ein allgemeiner Sozialabzug eingeführt, um den Druck auf die Löhne zu reduzieren.

Das Leistungsspektrum der Krankenversicherung entspricht über weite Strecken jenem des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes. Im Gegensatz zur Schweiz wird die zahnmedizinische Behandlung aber umfassender übernommen und die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist in der Grundversicherung enthalten. Die Krankenversicherung gilt als gegenüber Health Maintenance Organisations (HMOs) wenig aufgeschlossen. Eine ähnliche Wirkung wie das Hausarztmodell in der Schweiz beabsichtigt die Institution des Überweisungs- oder Primärarztes, welche 1997 versuchsweise für fünf Jahre eingeführt wurde. Versicherte können sich dabei freiwillig verpflichten, mindestens ein Jahr lang den gleichen Hausarzt/ die gleiche Hausärztin zu besuchen und Spezialärztinnen und -ärzte nur auf Überweisung der ersteren zu konsultieren. Dafür werden die Versicherten, bis auf die übliche Selbstbeteiligung, von Honorarzahungen und Zuzahlungen befreit. Im Normalfall bezahlt der Versicherte sonst die Kosten zuerst einmal selbst und erhält den Betrag von der Krankenkasse zurückerstattet (Ausnahme: Hospitalisierungen, Apothekerkosten (mehrfach), Rechnungen der Radiologie, welche einen bestimmten Betrag übersteigen).

Seit 1997 wird die Finanzierung der französischen Krankenversicherung durch ein neues Verfahren geregelt. Das Parlament stimmt dabei jährlich über ein Finanzierungsgesetz für die soziale Sicherheit ab, welches die Ausgaben für die Bereiche Krankenversicherung, Familienzulagen und Altersversicherung summarisch festlegt. Das Parlament berücksichtigt bei seiner Entscheidung die Bedürfnisse des Gesundheitswesens, welche von einer nationalen Gesundheitskonferenz definiert werden. Diese bildet wiederum das Resultat der regionalen Gesundheitskonferenzen. Seit 1997 wurde die Ausgabengrenze bei der Krankenversicherung in der Regel überschritten. Es darf daher auch nicht erstaunen, dass das Gesundheitssystem Gegenstand intensiver politischer Auseinandersetzungen ist.

Mitte Juni 2001 reagierte die Regierung mit einem neuen Sparplan auf die seit eineinhalb Jahren auffällig starken Wachstumsraten der Medikamentenpreise. Dabei wurde die Selbstbeteiligungsquote der Versicherten von 835 der 4500 erstattungsfähigen Medikamente verdoppelt bzw. verdreifacht. Die Krankenkassen haben demnach bei diesen Medikamenten nur noch 35 statt wie bisher 65 bzw. 100 Prozent der Kosten zu übernehmen. Die Wirkungen und die Wirtschaftlichkeit dieser 835 Medikamente sind nach Informationen der französischen Regierung als umstritten zu bezeichnen. Am stärksten betroffen von dieser Regelung sind Medikamente für Hals-Hasen- und Ohren-Erkrankungen, gefolgt von solchen gegen Magen-Darm-Erkrankungen und Erkrankungen der Leber sowie verschiedene

³² Eine Übersicht, an die sich diese Beschreibung stark anlehnt, gibt auch Becker Joseph, Auch die Franzosen haben die Gesundheitskosten nicht im Griff, in: infosantésuisse, Nr. 11, November 2001, S. 20f.

Schmerzmittel. Durch den Sparplan erhofft sich die Regierung eine Ersparnis von rund 5 Prozent der Medikamentenausgaben. Ausserdem sollen die Preise für innovative Medikamente reduziert werden, weil diese für einen Grossteil der Ausgabenentwicklung verantwortlich zeichnen.³³

Die Dienstleistungen der Krankenversicherung werden von einem Netz von Primärkassen sichergestellt, an deren Spitze sich die Caisse Nationale befindet. Sie besitzt die grösste Entscheidungsbefugnis. Die Caisse Nationale legt die Betriebsbudgets der Kassen fest und schliesst mit diesen Zweckverträge ab. Jede Kasse bleibt aber rechtlich autonom.

Alle Kassen werden von einem Verwaltungsrat geführt, welcher aus zwei paritätischen Gruppen der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite zusammengesetzt ist. Seit dem 1. Oktober 2001 weigern sich die Vertretungen der Arbeitgeberseite, in diesen Gremien Einsitz zu nehmen.

Einhalb Monate später hat der Vize-Präsident des französischen Arbeitgeberverbands, der gleichzeitig auch Präsident der französischen Vereinigung der Versicherungsgesellschaften ist, Vorstellungen über eine Gesamtreform des Systems der sozialen Sicherheit präsentiert. Dabei wurden die Vorschläge zum Gesundheitswesen am intensivsten öffentlich diskutiert. Er regt dabei an, die Finanzierung nicht mehr über Lohnprozente vorzunehmen, sondern über eine „contribution sociale généralisée“. Damit soll die Belastung des Faktors Arbeit reduziert werden. Im weiteren will der Arbeitgeberverband das Monopol der Caisse Nationale beenden und den Wettbewerb unter verschiedenen Versicherern zulassen. Ein Mindestleistungspaket soll weiterhin von allen Versicherungsgesellschaften für alle Versicherten angeboten werden müssen. Dieses Paket soll vom Parlament festgelegt und laufend neu ausgestaltet werden. Verlangt wird im übrigen die Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern, damit es zu echten Verhandlungen über Preise und Qualität der medizinischen Leistungen mit Ärzteschaft, Labors, Kliniken und Spitälern kommen kann.³⁴ Der Staat soll aber weiterhin ein Globalbudget festlegen, das anhand der Anzahl unter Vertrag stehender Versicherter auf die einzelnen Versicherungen heruntergebrochen wird.³⁵

Die Vorstellungen sind sowohl bei der politischen Rechten (teilweise) als auch bei der politischen Linken (praktisch vollständig) auf Opposition gestossen. Befürchtet wird insbesondere, dass damit die unterschiedliche Behandlung der Versicherten nach finanziellen Verhältnissen und Krankheitszustand gefördert wird.³⁶

5.1.3. Italien

Das Gesundheitssystem mit Krankenkassen ist in Italien im Jahr 1978 nach englischem Vorbild zu einem nationalen Gesundheitsdienst verändert worden. Zur Zeit sind die Gesundheitsdienste in regionaler Hoheit und die lokalen Gesundheitsdienste in Gesellschaften umgewandelt worden. Ein Hausarzt/ eine Hausärztin versorgt rund 1'500 Patientinnen und Patienten, für die eine Kopfpauschale als Entschädigung ausgerichtet wird (in städtischen Gebieten liegt die Anzahl betreuter Personen niedriger, in ländlichen Gebieten höher).

Das Gesundheitssystem wird vom Staat finanziert und war ursprünglich ohne Zuzahlung der Patientinnen und Patienten ausgestaltet. In der Zwischenzeit hat sich ein System von

³³ Deutsche Ärztezeitung, 12. Juni 2001.

³⁴ Le Monde, 28. November 2001.

³⁵ Le Monde, 20. November 2001.

³⁶ Le Monde, 28. November 2001.

Zuzahlungen entwickelt, das unterschiedliche Ansätze für Facharztvisiten, Ultraschall etc. einerseits, Rezeptgebühren andererseits vorsieht. Ausserdem sind die Medikamente in drei Klassen eingeteilt: Kategorie A ist kostenlos für die Patientinnen und Patienten. Entrichtet werden muss ausschliesslich die Rezeptgebühr. Bei Kategorie B bezahlt der Patient bzw. die Patientin 50 Prozent des Preises selbst. Kategorie C ist verschreibungspflichtig, die Patientinnen und Patienten müssen diese Medikamente aber vollständig selbst bezahlen. Daneben existieren Befreiungen von der Zuzahlung, welche je nach Krankheit oder Einkommen spezifiziert sein können. In diesen Fällen muss auch keine Rezeptgebühr entrichtet werden.³⁷

Im Jahr 2000 wurde Italien in Berichten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der OECD dafür gerühmt, dass es die Kosten im Gesundheitswesen relativ im Griff hat. Die gesamten italienischen Kosten beliefen sich für das Jahr 1997 auf 7.6 Prozent des Bruttoinlandprodukts, jene der USA auf 13.9 Prozent, jene Deutschlands auf 10.7 Prozent und jene Frankreichs auf 9.6 Prozent. Das staatliche Versorgungssystem, welches allen Bürgerinnen und Bürgern weitgehend gratis zur Verfügung steht, verursachte Kosten im Umfang von 5.38 Prozent des Bruttoinlandprodukts, in den USA sind es 6.33 Prozent, in Deutschland 8.13 Prozent und im OECD-Durchschnitt 6.15 Prozent.³⁸

Seither hat sich auch das italienische Gesundheitswesen mit Kostenanstiegen auseinanderzusetzen. Im Jahr 2000 stiegen die staatlichen Aufwendungen für das Gesundheitswesen im Vergleich zum Vorjahr um fast 11 Prozent. Am stärksten haben dabei die Auslagen für Medikamente zugenommen.

Sowohl die letzte als auch die aktuelle Regierung versuchen daher, die Gesundheitsausgaben des Staates wenigstens in bezug auf die Wachstumsdynamik einzudämmen. So kündigte beispielsweise der Gesundheitsminister der Regierung Amato im Oktober 2000 eine Radikalkur für die maroden Spitäler Italiens an. Ein Drittel der italienischen Spitäler ist vor 1900 errichtet worden, ein weiteres Drittel zwischen 1900 und 1940. Und im Süden des Landes warteten 134 in Angriff genommene Spitäler teilweise seit Jahren auf ihre Fertigstellung. An die Stelle der alten Spitäler sollen neue, hochspezialisierte Einrichtungen treten, welche sich an den schweizerischen Kantonsspitalern orientieren. Es sollen Bauten im Grünen erstellt werden, welche auch zur Rekonvaleszenz geeignet sind.³⁹

Die neue Regierung von Ministerpräsident Silvio Berlusconi will die noch von der Vorgängerregierung versprochene Reduktion und Abschaffung des Selbstbehalts für Diagnostika und Besuche von Spezialärztinnen und –ärzten um ein Jahr verschieben. Der Kostenbeitrag der Patientinnen und Patienten soll erst im Jahr 2003 reduziert und der Selbstbehalt erst ab 2004 beseitigt werden. Vorgeschlagen wird von der Regierung im Rahmen eines Massnahmenpaktes eine Einschränkung der Medikamente, welche vollständig vom Staat übernommen werden. Bei der Bemessung der staatlichen Rückerstattungsbeiträge werden inskünftig bei gleichwertigen Medikamenten die niedrigsten Preise zugrundegelegt. Die Verwendung von Generika statt Originalpräparaten soll gefördert werden.⁴⁰

In Italien sind die Regionen für die Gesundheitsversorgung zuständig. Sie haben sich am nationalen Gesundheitsplan zu orientieren, welcher von der italienischen Regierung erstellt wird und definiert, welche Gesundheitsdienste als notwendig erachtet werden und deshalb landesweit angeboten werden müssen. In der Realität erwiesen sich die Vorgaben der Zentralregierung und die Kostenkontrolle mindestens teilweise als zu wenig griffig, sodass die Regionen häufig mehr Geld als vorgesehen ausgaben. Diese Anreize dürften durch den

³⁷ Vertragsärztliche Vereinigung Bayern e.V. (Hrsg.), Hausärztliche Versorgung in Italien – Vorbild für Rot-Grün?, München, 1. Dezember 2001.

³⁸ Neue Zürcher Zeitung, Nr. 217, 19. September 2001.

³⁹ Der Bund, Nr. 249, 24. Oktober 2001.

⁴⁰ Neue Zürcher Zeitung, Nr. 217, 19. September 2001.

Umstand noch gefördert worden sein, dass die Zentralregierung sich immer wieder bereit erklärte, die Mehrkosten zu übernehmen. Die neue Regierung sieht nun im Rahmen einer Gesetzesvorlage vor, dass die Regionen, welche ihre Budgetvorgaben überschreiten, für eigene Massnahmen sorgen müssen, indem sie entweder die lokalen Steuern anheben oder den Selbstbehalt für Medikamente erhöhen.

Das Reformpaket sieht im ganzen ein Dutzend Vorschriften vor. Die Zahl der Betten soll von 5.5 auf 5 pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner reduziert werden. Eines von fünf soll für chronisch Kranke, die anderen vier für akut Kranke vorgesehen sein. 30'000 Betten sollen damit abgebaut werden. Chronisch Kranke erhalten pro Rezept nicht mehr sechs Medikamente gratis, sondern nur noch drei. Die Ausgaben für Medikamente sollen 13 Prozent der Gesundheitsausgaben nicht übertreffen. Die Ärzteschaft betrachtet das Vorhaben mit Skepsis. Anstoss genommen wird weniger am Föderalismus als am „ökonomischen Denken und Buchhaltertum dahinter“.⁴¹

5.1.4. Österreich

In Österreich stellt die Krankenversicherung eine Pflichtversicherung dar. Es besteht keine freie Wahl zwischen den Kassen. Die einzelnen Berufsgruppen- und Regionskassen werden von politischen Funktionärinnen und Funktionären geleitet. 1999 gab Österreich 8.3 Prozent des Bruttoinlandprodukts für das Gesundheitswesen aus. Der Verwaltungsaufwand beträgt nach Angaben des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger drei Prozent, was im internationalen Vergleich als sehr tief gilt.⁴²

Die österreichische Regierung hat sich in einer Klausurtagung im Frühjahr 2000 auf die Eckpunkte der Sanierung der sozialen Krankenversicherung geeinigt. Ein höherer Selbstbehalt bei Ambulanz-Besuchen, nach oben angepasste Rezeptgebühren, Einsparungen bei den Medikamentenkosten und eine effizientere Führung der Krankenkassen sollen zusammen mit einer Reihe anderer Massnahmen Kostensenkungen von jährlich fünf bis sechs Milliarden Schilling ermöglichen. Zudem wird die Auszahlung von Krankengeld auf eine Frist von 52 Wochen vereinheitlicht. Verzichtet wurde auf eine Anpassung der Beitragssätze und auf die Einführung eines Selbsthalts bei Arztbesuchen. Die Opposition wandte sich gegen die Massnahmenpläne, weil sie eine Aufweichung des Solidaritätsprinzips und eine stärkere Belastung kranker Menschen befürchtet. Andere Kritiker bemängelten, dass die vorgeschlagenen Massnahmen kaum ausreichen dürften, um eine nachhaltige Gesundung der Krankenkassen zu realisieren.⁴³

Im Mai 2000 hat der Staatssekretär des österreichischen Gesundheitsministeriums angekündigt, 10'000 Akutbetten in den Spitälern abbauen zu wollen und damit drei Milliarden Schilling einzusparen. Im Gegenzug soll die Bettenzahl im Geriatrie-, Hospiz- und Rehabilitationsbereich erhöht werden, weil dort eine Unterversorgung ausgemacht worden ist. Der Einsparungseffekt soll dadurch erzielt werden, dass die Geriatriebetten billiger sind als die Spitalbetten.⁴⁴

Die Verwaltungskosten der Krankenversicherung bilden einen Streitpunkt zwischen der Regierung von Bundeskanzler Wolfgang Schüssel und dem Hauptverband. Der Staatssekretär des Gesundheitsministeriums bemängelt, dass die EDV und die Kommunikationstechnik nicht auf dem wünschenswerten Stand und die Entscheidungsstrukturen schwerfällig sind, sowie dass es zu unseriösen überhöhten Defizitprognosen

⁴¹ Deutsche Ärztezeitung, 10. Dezember 2001.

⁴² Neue Zürcher Zeitung, Nr. 30, 6. Februar 2001.

⁴³ Neue Zürcher Zeitung, Nr. 91, 17. April 2000.

⁴⁴ Neue Kronen-Zeitung, 26. Mai 2000.

gekommen ist. Der stellvertretende Generaldirektor des Hauptverbands rief der Politik in Erinnerung, dass eine langfristige Gesundung des österreichischen Krankenversicherungssystems nur mit einem Mix aus weiteren Einsparungen, höheren Einnahmen und der Einbindung der Vertragspartner wie Spitäler und Ärztinnen und Ärzte in die finanzielle Verantwortung möglich ist. Für das Jahr 2000 bezifferte er das Defizit der Krankenkassen auf knapp fünf Milliarden Schilling. Das entspricht der Differenz zwischen dem Wachstum der österreichischen Volkswirtschaft (27 Prozent) und jenem der Krankenkassenbeiträge (22.5 Prozent) seit dem Jahr 1993. Hätte der Gesetzgeber die Beiträge entsprechend der Wirtschaftsleistung steigen lassen, wäre die Bilanz nach Auffassung des stellvertretenden Generaldirektors des Hauptverbands ausgeglichen. Eingewendet wird auch, dass die Krankenkassen in Österreich pro Versicherten jährlich 800 Schilling an Verwaltungskosten aufwenden, in Deutschland der Vergleichswert bei 2000 Schilling liegt. Würde Österreich zu ähnlichen Kosten wie Deutschland verwalten, lägen die jährlich zu deckenden Kosten nicht bei fünf, sondern bei zehn Milliarden Schilling. Über Einsparungen in der Verwaltung allein ist die Beseitigung des Defizits nicht möglich, denn „wenn man die gesamten Verwaltungskosten streicht, macht das personallose Büro immer noch ein Defizit.“ Wenn der Gesetzgeber grössere Ausgabenkürzungen wolle, müsse er dafür die Voraussetzungen schaffen. Prinzipiell sei dann zu entscheiden, ob das Leistungsniveau gehalten oder auch neue Projekte angegangen werden, beispielsweise in der Rehabilitation oder in der Krebsbehandlung. Durch neue Behandlungsmethoden und die demographische Entwicklung sei eine Verteuerung des Gesundheitssystems zu erwarten, was sich eine Wohlstandsgesellschaft jedenfalls leisten müsse.⁴⁵

Das Beispiel der heftig und hitzig geführten Debatte über die Verwaltungskosten ist nur ein Indiz dafür, wie politisch heikel die Debatte über die Reform des österreichischen Gesundheitswesens ist. Dies dürfte nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass dieses System ein wesentlicher Bestandteil der österreichischen Form der Sozialpartnerschaft ist. Das äussert sich auch in der Zusammensetzung des Hauptverbands der Sozialversicherungen, die ein Resultat der Arbeiter- und Wirtschaftskammerwahlen darstellen und somit demokratisch legitimiert sind. Die Mitgliedschaft in diesen Kammern ist in Österreich für Berufstätige gesetzlich vorgeschrieben. Die Kammern sind mit den beiden grossen traditionellen Parteien ÖVP und SPÖ verbunden. Gegen dieses System hat die FPÖ jahrelang opponiert. Seit sie selbst in der Regierung sitzt, scheint sie weniger an einer grundsätzlichen Systemänderung als mindestens vorerst einmal an personellen Rochaden zu ihren Gunsten interessiert.⁴⁶

Im Moment konzentriert sich die Politik eher darauf, mit kurzfristigen Massnahmen Löcher zu stopfen. Von den neun Gebietskrankenkassen weist gegenwärtig nur eine ein positives Rechnungsergebnis auf. Diskutiert werden deshalb Darlehen von bessergestellten an finanziell notleidende Kassen, Ausgleichszahlungen des Staates als Ersatz für die Belastung der Kassen durch die Mehrwertsteuer, die Reduktion der Margen im Medikamentenhandel, der verstärkte Einsatz von Generika oder Rationalisierungsschritte bei den kasseneigenen Einrichtungen.⁴⁷

Hinzu kommt, dass Österreich in den nächsten Jahren mit einer eigentlichen Ärzteschwemme konfrontiert werden dürfte. Gemäss der Ärztebedarfsstudie des Bundesinstituts für Gesundheitswesen dürfte Österreich für das Jahr 2020 einen Überschuss von 9'500 ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten aufweisen. Dabei hat sich die Zahl der im freipraktizierenden und im Spitalbereich tätigen Ärztinnen und Ärzte bereits in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Der Staatssekretär des Gesundheitsministeriums hat sich daher für eine Begrenzung der Studienplätze ausgesprochen.⁴⁸

⁴⁵ Zur Diskussion vgl. die Tagesgespräche in der Standard vom 19. und 22. Februar 2001.

⁴⁶ Tages-Anzeiger, Nr. 153, 5. Juli 2001.

⁴⁷ Neue Zürcher Zeitung, Nr. 104, 7. Mai 2001.

⁴⁸ Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 7, 14. Februar 2001.

Ab dem Jahr 2003 soll in den Spitälern ein neues Abgeltungssystem eingeführt werden, das auf diagnoseabhängigen Fallgruppenpauschalen (DRG) beruht. Die österreichische private Krankenversicherung hat in einem mehrjährigen Pilotversuch Erfahrungen mit dem neuen System gemacht und stellte dabei fest, dass die Spitalleistungen teurer werden. Befürchtet werden folgende Effekte: Spitäler werden künftig wegen der Pauschale ihre Patientinnen und Patienten sehr früh aus der stationären Behandlung entlassen. Die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte werden, können und wollen diese dann teuren Patientinnen und Patienten wegen des Honorarbudgets nicht in ihrer Praxis behandeln. Sie werden sie schnell wieder in die Kliniken einweisen. Als Folge dieser beiden Entwicklungen geht die Aufenthaltsdauer pro Patientin/ Patient zurück, ohne dass wegen der Pauschale die Kosten reduziert werden. Die Anzahl der Spitalaufenthalte steigt gleichzeitig an. Diese Erwartungen gehen mit den gemachten Piloterfahrungen in 22 österreichischen Spitälern in den Jahren 1994 bis 1998 einher. Die Anzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten hat sich in den öffentlichen Spitälern um 8 Prozent, in den privaten Spitälern um 13 Prozent erhöht. Gleichzeitig reduzierte sich die Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Spitälern um 17 Prozent, in den privaten Kliniken um 14 Prozent. Aus ökonomischen Gründen ist erklärbar, warum die Anzahl stationär behandelter Patientinnen und Patienten steigt, die durchschnittlichen Aufenthaltstage dagegen zurückgehen. Denn ein neuer Patient/ eine neue Patientin bedeutet mehr Punkte und mehr Punkte entsprechen mehr Einnahmen. Ein zusätzlicher Aufenthaltstag führt dagegen zu keinen Mehreinnahmen.⁴⁹

5.2. Folgerungen

Die oben gemachten Ausführungen zu Chancengleichheit, Leistungsfähigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit sowie die Darstellung der Probleme einiger ausgewählter Länder haben die Probleme verdeutlicht, welche im Zusammenhang mit Gesundheitssystemvergleichen auftauchen können. Sie dürften aber auch gezeigt haben, dass eine alleinige Betrachtung der Kostenentwicklung im Rahmen des politischen Willensbildungsprozesses der modernen Industriestaaten zu kurz greifen würde. Aus gesundheitsökonomischer Sicht stellt sich vielmehr die Frage, welche Leistungen qualitativer und quantitativer Art mit den zur Verfügung gestellten Mitteln finanziert werden und wieweit dieses Leistungsangebot auch bedarfsgerecht ausgestaltet ist.

Hajen, Paetow und Schumacher kommen in diesem Zusammenhang zu folgenden Schlüssen:⁵⁰

„Dennoch lassen die Ergebnisse dieser Untersuchungen gewisse Tendenzen erkennen. So ist zu vermuten, dass staatliche Gesundheitssysteme die Ausgaben für Gesundheitsleistungen effektiver kontrollieren können und teilweise auch dem Verteilungsziel besser gerecht werden, das allgemeine Versorgungsniveau hier aber eher niedrig ist. Wettbewerblich organisierte Systeme sind dagegen ausgabenintensiver und weniger verteilungsgerecht. Gesundheitssysteme vom Sozialversicherungstyp scheinen bezüglich der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit der Gesundheitsversorgung einen guten Kompromiss darzustellen. Das insbesondere, wenn es gelingt, bestimmte in anderen Systemen bewährte Strukturen erfolgreich zu importieren, etwa primärärztliche Versorgungsstrukturen oder integrierte Angebotsformen.“

Zu ähnlichen Schlüssen kommen auch Laimböck⁵¹ in seiner Analyse der Gesundheitsversorgungssysteme von Grossbritannien, Österreich, der Schweiz und den

⁴⁹ Deutsche Ärztezeitung, 31. Juli 2001.

⁵⁰ Hajen Leonhard/ Paetow Holger/ Schumacher Harald, Gesundheitsökonomie, Stuttgart/ Berlin/ Köln, 2000, S. 249.

USA und bereits ein Jahrzehnt früher Alber⁵². Marktgesteuerte Systeme zeichnen sich gemäss Letzterem durch folgende „vier Eigenschaften aus:

- Sie sind aufwendiger, kostspieliger und in der Expansionsdynamik schwerer zu stoppen als die in stärkerem Masse staatlich organisierten Systeme.
- Sie sind facharztintensiver und begünstigen damit vermutlich die Orientierung an Professions- statt Klienteninteressen.
- Sie verteilen das Angebot an Ärzten und Betten ungleicher als der öffentliche Sektor.
- Und (angesichts der prekären Validität der herangezogenen Daten mit einigem Vorbehalt): sie sind weniger effizient in der Reduzierung der Sterblichkeit.“

Angesichts jüngerer Arbeiten vermutet werden kann zudem, dass die Verteilung zwischen Profit- und Non-Profit-Leistungserbringern für die Kosten- und Qualitätsentwicklung eine wichtigere Rolle spielen dürfte als jene der Finanzierung über den öffentlichen Sektor oder durch soziale Krankenversicherer. Wird die Wahlfreiheit der Versicherten miteinbezogen, dürfte das System mit verschiedenen sozialen Krankenversicherern bei einem Versicherungsobligatorium und funktionierendem Risikoausgleich am besten abschneiden.

Die Erfahrungen der schweizerischen Nachbarländer machen klar, dass die Schweiz vielfach als Referenzbeispiel herangezogen wird. Sowohl der ehemalige italienische Gesundheitsminister als auch der deutsche Wirtschaftsminister und Teile der französischen Opposition lehnen sich bei ihren Forderungen direkt oder indirekt an schweizerische Elemente an.

Umgekehrt zeigen die schweizerischen Diskussionen auch eine Bereitschaft, sich auf ausländische Veränderungen einzulassen. Jüngstes Beispiel dafür bildet das von Bundesrätin Ruth Dreifuss am 17. Dezember 2001 vorgestellte Massnahmenpaket. Es beinhaltet u.a. folgende Elemente, welche auch in ausländischen Systemen diskutiert werden oder vorkommen:

- Neuregelung der Medikamentenpreise und Weitergabe preisrelevanter Vergünstigungen
- Einführung eines Hochkostenpools: 40'000 Franken pro Kalenderjahr übersteigende Kosten eines Falles sollen von den Versicherern künftig an einen auf zehn Jahre befristeten Hochkostenpool abgegeben werden können. Der Anreiz der Versicherer, in diesen Fällen weiterhin kostendämpfende Massnahmen zu ergreifen, soll mit der Pflicht zur 30%-igen Beteiligung an den die 40'000 Franken übersteigenden Kosten sichergestellt werden.
- Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit durch einheitlichen Reservesatz und obligatorische Rückversicherung für Versicherer mit bis zu 250'000 Versicherten: Der Abbau der über dem Einheitssatz liegenden Reserven bzw. der Verzicht, über diesen Satz hinausgehende Reserven anzulegen, dürften sich vorteilhaft auf die Prämienhöhe und die Wettbewerbshöhe der Versicherer auswirken. Im Rahmen der Prämien genehmigung sollen Abweichungen vom Reservesatz nur innerhalb einer Bandbreite möglich sein.

⁵¹ Laimböck Max, Die soziale Krankenversorgung zwischen Staat, Monopol und Markt, Hall in Tirol, 2000.

⁵² Alber Jens, Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive, in: Journal für Sozialforschung, Heft 3, 1989, S. 259ff.

6. Auswirkungen der Einheitskasse auf die Verwaltungskosten

Die oben gemachten Ausführungen zu den Nachbarstaaten der Schweiz dürften zum Ausdruck gebracht haben, dass die Verwaltungskosten auch in Systemen ein Thema sind, in denen der Versicherte seinen Versicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung nicht frei wählen kann. Thematisiert wird dabei in der Regel weniger die absolute Höhe der Verwaltungskosten als der daraus resultierende Gegenwert, welcher teilweise als wenig innovativ und wenig zeitgemäss bezeichnet wird.

Einige andere Untersuchungen von Gesundheitssystemen haben sich mit der Relation zwischen der Art des Gesundheitssystems und den administrativen Kosten des Gesamtsystems auseinandergesetzt. Sie kommen teilweise zu unterschiedlichen Ergebnissen, welche u.a. auch von unterschiedlichen Definitionen der Organisationskosten eines Gesundheitssystems abhängig sein könnten.

Maxwell kommt in seiner Arbeit zum Schluss, dass der Anteil öffentlich finanzierter Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in den Sozialversicherungssystemen vom europäischen Typ positiv mit den administrativen Kosten korreliert.⁵³

Woolhandler und Himmelstein analysierten die administrativen Kosten der Gesundheitsversorgungssysteme von Kanada und den USA und kamen zu einem entgegengesetzten Resultat. Demnach sind die Organisationskosten des US-amerikanischen Gesundheitswesens ungefähr dreimal höher als jene Kanadas vom Sozialversicherungstyp.⁵⁴

Dieses Resultat wird auch in einem Vergleich von Pat und Hugh Armstrong sowie Claudia Fegan bestätigt.⁵⁵ Die seit der Einführung von Medicare in Kanada festgestellte kontinuierliche und signifikante Zunahme der Kostenunterschiede zwischen dem kanadischen und dem US-amerikanischen Gesundheitsversorgungssystem wird u.a. auf die Verwaltungskosten-Entwicklung zurückgeführt. Die Autoren führen dazu u.a. folgenden Passus aus:

„Hospitals in Canada save on administrative costs not only because they do not have to keep detailed accounts for each patient, but also because they do not have to send each of them, or their private insurer, a bill. Moreover, Canadian hospitals do not have to send out these bills according to the different criteria and forms used by different insurers, do not have to worry about whether they can collect, and do not have to calculate how many ‚charity‘ cases they can afford to take on.“ (S. 113)

Und weiter unten (S. 114f.): „In particular, the Canadian system employed a lot more registered nurses, to pay skilled attention to patients rather than to accounts. As well, Canadian doctors do not have to keep different kinds of records in their offices for different payers. Nor do they have to send separate bills to individual patients. Like the hospitals, doctors get paid for their medically necessary services by a public agency, and thus have only that single agency to deal with for payment. No administrative effort is wasted in doctors' offices chasing after patients or their insurance companies for payment.“

„It is private, targeted insurance that generates regulations and red tape, forms and restrictions, not public insurance.“ (S. 116)

⁵³ Maxwell R.J., Health and Wealth: An International Study of Health Care Spending, Lexington, 1981.

⁵⁴ Woolhandler Steffie/ Himmelstein David U., zitiert nach: Hajen Leonhard/ Paetow Holger/ Schumacher Harald, Gesundheitsökonomie, Stuttgart/ Berlin/ Köln, 2000, S. 244.

⁵⁵ Armstrong Pat und Hugh with Fegan Claudia, Universal Healthcare: What the United States can learn from the Canadian Experience, New York, 1998, S. 113ff.

Als weitere Begründung für die geringeren Verwaltungskosten führen die Autoren die dominierende Non-for-Profit-Basis der Leistungserbringer-Seite an: „For-profit care in a primarily private funding system, or even in a public funding system, can increase costs in a number of ways. First, and most obviously, a share of the expenditures goes for profits, and what goes to profit does not go to care.“ (S. 117)

Auch in der von Chernomas und Sepehri herausgegebenen Analyse der beiden Gesundheitsversorgungssysteme schliesst das kanadische System im Vergleich zum US-amerikanischen nicht nur, aber auch bezüglich der Verwaltungskosten besser ab.⁵⁶

Was das Kundenmanagement der sozialen Krankenversicherer betrifft, scheinen die schweizerischen Dienstleister rund 9 Prozent besser abzuschneiden als ihre britischen und 19 Prozent besser als ihre südostasiatischen Kollegen. Dieses Ergebnis wird darauf zurückgeführt, dass die befragten Führungskräfte dieser Branche ein klares Verständnis für die strategischen Anforderungen haben, die sich aus der spezifischen Situation ihres vom neuen Krankenversicherungsgesetz stark beeinflussten Wettbewerbsumfelds ergeben. So bestünden mehrheitlich klare Zielsetzungen, welche Kunden bearbeitet werden sollen und in welcher Art und Weise dies zu geschehen habe. Wegen der gestiegenen Kundenanforderungen sowie des Standardisierungsdrucks des neuen Gesetzes wurde bei den Krankenversicherern eine Abkehr von der früheren verwaltungsorientierten zu einer aktiven, vorausblickenden Planung unabdingbar. Ein relativ hohes Verbesserungspotential wird für die Krankenversicherer im gezielteren Einsatz der Informationstechnologie gesichtet. Zur Kundenbindung wird ausgeführt, dass diese zu den Krankenversicherern vor allem wegen der adäquaten Schadenanerkennung höher ist als bei den Privatversicherern. Dies wird damit erklärt, dass die Verhütung von finanziellen Folgen aus Krankheit und Unfall der primäre Zweck der sozial orientierten obligatorischen Krankenversicherung ist und sich wegen des Solidaritätsprinzips wesentlich von der gewinnorientierten Ausrichtung der jeweiligen Privatversicherer unterscheidet.⁵⁷

Diese Werte decken sich auch mit den oben dargestellten Ergebnissen zur Wirkungsanalyse des KVG und den Gründen, warum Versicherte ihren Versicherer kaum wechseln.

Selbst wenn der Aspekt der Verwaltungskosten zugunsten der Einheitskasse sprechen würde, ist davon auszugehen, dass sich dieser Effekt in der Argumentationslogik der Einheitskassen-Befürworterinnen und -Befürworter als Folge der vermehrten Konzentration in der Krankenversicherungsbranche reduziert. So hat sich beispielsweise zwischen 1993 und 1999 die Anzahl der Krankenversicherer im Bereich der Krankenpflegeversicherung von 207 auf 109 nahezu halbiert.⁵⁸

Hinzu kommt, dass neuere Äusserungen von Befürwortern der Einheitskasse weniger die Reduktion der Verwaltungskosten als vielmehr den Abbau der Reserven der Krankenversicherer als wesentliches Argument anführen, um die Prämien senken zu können.⁵⁹

Anzufügen bleibt allerdings, dass auch eine Einheitskasse nicht darum herumkommen dürfte, eine gewisse Minimalreserve zu halten, um nicht illiquid zu werden. Ausserdem bedarf es für einen Reservenabbau nicht zwingend einer Einheitskasse. Das gleiche Ziel kann auch mit der Einführung einer obligatorischen Rückversicherung für Versicherer bis zu 250'000 Versicherten nach dem Stop-Loss-Prinzip und dem gleichzeitigen Abbau der

⁵⁶ Chernomas Robert/ Sepehri Ardeshir, How to Choose? A Comparison of the U.S. and Canadian Health Care Systems, Amityville, New York, 1998. Vgl. beispielsweise S. 13: „In relative terms, the most extraordinary difference between Canadian and American spending is in the area of administration and prepayment expenses.“

⁵⁷ KSK aktuell, Nr. 6, Juni 2001, S. 10.

⁵⁸ KSK aktuell, Nr. 3, März 1999.

⁵⁹ Corriere del Ticino, 14. Dezember 2001.

überschüssigen Reserven erreicht werden. Der Vorteil dieser Variante liegt darin, dass der Versicherte auf seine freie Wahl des Versicherers nicht zu verzichten braucht.

Zu betonen bleibt bei beiden Varianten, dass sie keine nachhaltigen Effekte auf die Prämienhöhe ausüben, sondern in erster Linie eine kurz- bis mittelfristige Entlastung der Versicherten erreichen können. Für eine nachhaltige Entwicklung bedarf es struktureller Massnahmen, welche insbesondere auf der Anbieterseite des Gesundheitswesens einsetzen. Das einseitige Ansetzen bei den Verwaltungskosten dürfte dagegen kaum nachhaltige Effekte zeitigen, weil es sich bei diesen um einen relativ kleinen Posten der gesamten Gesundheitskosten handelt.

7. Auswirkungen der Einheitskasse auf vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten mit Leistungserbringern

7.1. Unterschiedliche Vertragsbeziehungen in der Europäischen Union⁶⁰

Innerhalb der Mitgliedsländer der Europäischen Union existieren sehr unterschiedliche Vertragsbeziehungen zwischen den Kostenträgern (Versicherern bzw. Staat) und den Leistungserbringern (ambulante, stationäre Leistungserbringer). Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass auch unter dem Vertrag von Amsterdam die Kompetenz zur Ausgestaltung der Gesundheitspolitik bei den Mitgliedsländern verbleibt. Gemeinschaftliche Fördermassnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit sind nur „unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten“ zulässig.⁶¹ Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen für diese Arbeit wird dabei im folgenden insbesondere der ambulante Bereich näher dargestellt. Dabei geht es nicht nur um die eigentlichen Vertragsbeziehungen, sondern auch um die konstitutiven Elemente des Systems, welche diese Vertragsbeziehungen unmittelbar und mittelbar beeinflussen dürften.

In Finnland, Schweden, Spanien, Portugal, Italien und Griechenland werden ambulante ärztliche Leistungen durch den staatlichen Gesundheitsdienst im Rahmen von Polikliniken und Gesundheitszentren angeboten. Daneben gibt es auch freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte, welche privat ambulante Leistungen ausserhalb des Gesundheitsdienstes anbieten. In den beiden genannten skandinavischen Ländern ist dieser Anteil eher gering, in den südeuropäischen Ländern höher.

In Dänemark, Grossbritannien und Irland werden allgemeinärztliche ambulante Leistungen durch freipraktizierende, selbständig tätige Ärztinnen und Ärzte angeboten, welche allerdings in einem Vertragsverhältnis zum nationalen Gesundheitsdienst stehen.

In Deutschland, Belgien, Luxemburg, Frankreich und den Niederlanden werden ambulante ärztliche Leistungen in erster Linie durch freipraktizierende selbständige Ärztinnen und Ärzten erbracht, welche eine Rechtsbeziehung zu den Sozialversicherungen haben. In Deutschland ist die Mehrheit der freipraktizierenden Allgemein- und Spezialärztinnen und -ärzte Mitglied der länderweise organisierten Kassenärztlichen Vereinigungen und rechnet mit diesen die erbrachten Leistungen ab. In Belgien, Frankreich und Luxemburg stellen die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte nicht der Krankenversicherung, sondern direkt dem Patient bzw. der Patientin Rechnung. Diese haben dann einen Rückerstattungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung. In Luxemburg sind alle freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte gesetzlich verpflichtet, sich an diese durch eine Konvention festgelegten Tarife zu halten. Die Niederlande sind insofern ein Spezialfall innerhalb der Staaten mit einem Sozialversicherungssystem, als – analog zu den Staaten mit einem nationalen Gesundheitsdienst – die extramurale ambulante Versorgung auf Allgemeinärztinnen und –ärzte eingeschränkt ist. Diese rechnen die Honorare für gesetzlich Krankenversicherte direkt mit der Krankenversicherung, Honorare für privatversicherte Patientinnen und Patienten mit diesen ab. Letztere haben dann zum Rückersatz an die Privatversicherung zu gelangen.

Unter den Ländern, in denen ärztliche Leistungen ambulant von freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten angeboten werden, haben Frankreich, Belgien und Luxemburg die liberalsten Systeme. Es besteht völlige Niederlassungsfreiheit. In Dänemark, Grossbritannien und Irland

⁶⁰ Die Ausführungen basieren auf: Österreichische Ärztekammer (Hrsg.), Vergleich: Gesundheitssysteme in der EU, Wien, Februar 2000, insbesondere S. 14ff.

⁶¹ Zitiert nach: Mayer Katrin/ Sander Claude, Die Kostensteuerung im Gesundheitswesen im Visier des europäischen Wettbewerbsrechts, in: Zeireport, Nr. 8, Februar 2001, S. 1.

werden Zulassungsbeschränkungen für ausreichend versorgte Regionen festgelegt. In den Niederlanden ist es den Versicherern grundsätzlich freigestellt, welche Ärztinnen und Ärzte sie unter Vertrag nehmen. Faktisch werden zur Zeit aber praktisch alle Ärztinnen und Ärzte unter Vertrag genommen, weil andernfalls die ausreichende Versorgungssicherheit gefährdet werden könnte. In Deutschland können Landesausschüsse, welche aus Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung des betreffenden Landes und des Landesverbands der Krankenkassen bestehen, Zulassungsbeschränkungen aussprechen, wenn der bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mindestens 10 Prozent überschritten worden ist.

Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Landesverband der Krankenkassen wird in Deutschland eine Gesamtvergütung vereinbart, die von der Kassenärztlichen Vereinigung nach einem von ihr selbst festgelegten Honorarverteilungsschlüssel an die Kassenärztinnen und –ärzte weitergegeben wird. In Grossbritannien, Irland und den Niederlanden werden die Tarife der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte faktisch durch vom Staat bestellte Sachverständigengremien festgelegt. In Belgien und Frankreich werden die Honorare zentral zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen vereinbart und mit der Zustimmung des zuständigen Ministeriums festgelegt. In Luxemburg legen Krankenkassen und Ärztinnen und Ärzte die Tarife ohne Regierungszustimmung fest, haben sich aber im Fall einer Nichteinigung einem Schiedsausschuss zu unterwerfen. In den anderen Staaten werden die ambulanten Leistungen in der Regel entweder durch die Gesundheitszentren des nationalen Gesundheitsdiensts erbracht, in denen die Ärztinnen und Ärzte einen Lohn beziehen, oder durch privat niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, welche ihr Honorar mit den Patientinnen und Patienten vereinbaren können.

In jenen Ländern, in welchen der staatliche Gesundheitsdienst mit freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten Verträge abschliesst, tragen sich die Versicherten in von den Allgemeinärztinnen und –ärzten geführte Listen ein. Die Ärztinnen und Ärzte bekommen je nach Anzahl der eingetragenen Patientinnen und Patienten Kopfpauschalen, welche in bestimmten Ländern durch besonders aufwendige Sonderleistungsentgelte ergänzt werden können (Grossbritannien, Irland, Dänemark). Hinzu kommen noch Pauschalentschädigungen für die Praxisunkosten.

Die Niederlande sind der einzige Staat mit einer Sozialversicherung in der Europäischen Union, welcher ebenfalls ein Hausarztssystem und darauf basierende Kopfpauschalen kennt. Diese Pauschalen können nach Alter und sozialen Indikatoren variieren. Die Tarifsysteme in Frankreich, Belgien, Luxemburg und Deutschland kennen Einzelleistungstarife.

Bei vielen EU-Mitgliedstaaten wird die spezialärztliche Versorgung in erster Linie über die Polikliniken der Spitäler angeboten (Grossbritannien, Irland, Niederlande, Portugal, Schweden, Dänemark, Finnland). In den anderen EU-Staaten nehmen die Spitäler an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung neben den freipraktizierenden Spezialärztinnen und –ärzten oder Gesundheitszentren teil. In Deutschland können Polikliniken mit Ausnahme von Universitätskliniken nur dann an der ambulanten Versorgung teilhaben, wenn sie eine Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten. Diese wird in der Regel dann erteilt, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten nicht anderweitig sichergestellt werden kann.

7.2. Unterschiedliche Vertragsbeziehungen in europäischen Kleinstaaten

Die Ansätze europäischer Kleinstaaten wie der Fürstentümer Liechtenstein, Monaco, Andorra, der Republik San Marino, Island, Malta oder Zypern unterscheiden sich teilweise substantiell von jenen ihrer grösseren Nachbarländer.⁶²

So verfügt beispielsweise das Fürstentum Liechtenstein seit Januar 2001 über ein Hausarztmodell. Versicherte, welche sich dem Gesundheitsnetz Liechtenstein freiwillig anschliessen, verpflichten sich, im Krankheitsfall zuerst ihre Hausärztin/ ihren Hausarzt aufzusuchen. Diese überweisen die Patientinnen und Patienten wenn nötig an Spezialärztinnen und –ärzte bzw. ins Spital. Die Versicherten bezahlen im Gegenzug nur die Hälfte der Jahresfranchise und des Selbstbehalts. Kinder und Rentnerinnen und Rentner, welche dem Netz angeschlossen sind, sind von der Selbstbeteiligung ganz befreit.

Gemeinsames Merkmal vieler kleinerer Länder ist, dass grundsätzlich nur Ärztinnen und Ärzte im jeweiligen Land arbeiten dürfen, welche über die entsprechende Staatsangehörigkeit verfügen. Die Freizügigkeit bei Beschäftigungsverhältnissen wurde in den Verträgen mit der EU ausgeschlossen. Es wird befürchtet, dass die Arbeitsmärkte sonst destabilisiert würden. Wenn überhaupt, brauchen diese Länder bestimmte Spezialärztinnen und –ärzte, welche dann auch Arbeitsverträge bekommen – jedoch oft nur für eine befristete Zeit.

7.3. Weitere Erfahrungen

Interessant dürfte in diesem Zusammenhang auch das Beispiel Neuseelands sein, welches oft als Modell angepriesen worden ist. Dieser Ruf wurde auf die generelle Aufbruch- und Reformstimmung in der öffentlichen Verwaltung zurückgeführt, welche sich vorwiegend vom Credo leiten liess, dass sich der Staat als Unternehmer zurückziehen muss. Wo keine öffentlichen Aufgaben mehr auszumachen sind, wurden Privatisierungen vorangetrieben. Im Bereich des Gesundheitswesens lag die Betonung eher auf der Verstärkung der Effektivitäts- und Effizienzaspekte als auf Privatisierungen. Ausgehend von diesen Reformbestrebungen gelang es, umfassende Fiskal- und Verwaltungsreformen durchzusetzen, welche u.a. dazu beigetragen haben dürften, dass das Land einige Jahre überdurchschnittlichen Wirtschaftswachstums erlebte.

Anfangs der 90er Jahre kam es auch im Bereich des Gesundheitswesens zu Reformen, welche insbesondere eine verstärkte Trennung von Leistungseinkäufern und Leistungserbringern bezweckte. Dezentralisierung, Vertragsausschreibungen und vermehrte wettbewerbliche Vergaben sollten als Instrumente zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung genutzt werden. Im Gegensatz zu Australien oder Kanada haben diese Reformen nicht nur die Administration des Gesundheitssystems erfasst, sondern zielten auch auf Führungs- und Tarifaspekte. Die Ärzteschaft wurde zu neuen Vergütungssystemen angeregt, die Spitäler führten Restrukturierungen durch, welche ihnen mehr unternehmerisches Arbeiten ermöglichten und die Aufenthaltsdauern in den Spitälern reduzierten sich.

Rückblickend muss festgestellt werden, dass - insbesondere auch im Vergleich zu anderen Bereichen der öffentlichen Verwaltung – die beabsichtigten Zielsetzungen mit den eingeleiteten Reformmassnahmen mindestens teilweise nicht erreicht werden konnten. Es dürfte daher auch nicht weiter erstaunen, dass ein Teil der Reformen bereits wieder rückgängig gemacht worden ist. « Cependant, l'application de ces principes à la réforme du

⁶² Für eine detailliertere Übersicht vgl. Durand de Bousingen Denis, Klein, aber fein: das Gesundheitswesen in den Zwergstaaten, in: Deutsche Ärztezeitung, 31. August 2001.

système de santé a eu un succès limité: depuis 1993, l'expérience de contractualisation entre les fournisseurs de soins et les autorités régionales ne semble pas avoir débouché sur des gains d'efficacité et sur une maîtrise durable des coûts. La Nouvelle-Zélande a recentré l'action des pouvoirs publics sur les domaines où l'administration pouvait gagner en efficacité, par exemple les administrations financières, dans un pays où la corruption est faible, mais en matière de protection sociale et d'organisation du système de santé publique, les réformes sont restées timides. »⁶³

Verschiedene Staaten thematisierten in den letzten Jahren die Vertragsgestaltung zwischen Leistungserbringern und Versicherern. In der Realität zeigte sich, dass es viel weniger darauf anzukommen scheint, wie viele Versicherer vorhanden sind. Entscheidender für das Durchsetzen der von Vertragsverhandlungen erwünschten Effekte dürfte der Umstand sein, ob es auf der Leistungserbringerseite überhaupt Verhandlungsspielraum gibt, um die einen gegen die anderen Leistungserbringer auszuspielen, und ob sich diese überhaupt gegeneinander ausspielen lassen oder in einer oligopol- oder kartellähnlichen Position verharren. Sind keine Überkapazitäten vorhanden und praktisch alle Leistungserbringer für die Sicherstellung der Versorgungssicherheit notwendig bzw. bestehen bereits hausärztliche Gatekeeper-Strukturen, dürfte das Kosteneindämpfungspotential aus Vertragsverhandlungen für die Versicherer relativ klein bis inexistent sein. Dies macht u.a. auch ein Vergleich der niederländischen Situation nach Aufhebung des Vertragszwangs mit der deutschen Situation deutlich⁶⁴.

Diese Resultate dürften unabhängig davon Gültigkeit haben, ob ein oder mehrere Versicherer existieren. Es ist aus gesundheitsökonomischer Sicht eher davon auszugehen, dass in der Situation eines einzigen Versicherers wegen der Monopolsituation vom Versicherer kaum Anreize ausgehen dürften, kosteneindämmende Wirkungen über die Vertragsgestaltung zu erzielen.

7.4. Folgerungen

Je wettbewerblischer ein Gesundheitssystem ausgestaltet ist, desto höher dürfte die Anzahl der Leistungserbringer und der Krankenversicherer ausfallen. Wenn diese – wie es die wettbewerbstheoretischen Annahmen suggerieren – autonom und selbstbestimmt sind, ohne marktmächtig zu sein, dürften die Vertragskosten höher ausfallen als in einem staatlich organisierten System. Dies zeigt sich am Beispiel der USA, wo durchschnittlich 3044 Arztpraxen und 37 Akutkrankenhäuser Vertragspartner einer HMO unter Wettbewerb sind. Unter Wettbewerb haben alle Vertragspartner untereinander Verträge mit unterschiedlichen Preisen, die regelmässig neu vereinbart, administriert und abgerechnet werden müssen. Dafür sind in jedem Krankenhaus, Arztpraxisunternehmen und in jeder Krankenversicherung Vertragsabteilungen erforderlich.⁶⁵

Erfahrungen in Grossbritannien mit der Reform des National Health Service in der Ära von Premierministerin Margrit Thatcher scheinen die Auffassung zu unterstützen, wonach Kostenkontrollen im Rahmen eines Vertragssystems schwieriger zu erreichen sind als in einem integrierten staatlich organisierten Versorgungssystem.⁶⁶

⁶³ Lambert Denis-Clair, Les systèmes de santé: Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels, Paris, April 2000, S. 334.

⁶⁴ Gress Stefan, Allokative und distributive Effekte regulierten Wettbewerbs in sozialen Krankenversicherungssystemen – Wirtschaftstheoretische Fundierung, tatsächliche Auswirkungen und Implementationsprobleme am Beispiel der Niederlande, Bremen, Oktober 2000.

⁶⁵ Laimböck Max, Die soziale Krankenversorgung zwischen Staat, Monopol und Wettbewerb, Hall in Tirol, 2000, S. 113.

⁶⁶ Ham Chris, Lessons and Conclusions, in: Ham Chris (ed.), Health Care Reform: Learning from International Experience, Bristol, 1997, S. 119 – 140, hier speziell S. 124.

Dennoch haben verschiedene Länder in Europa diesen Weg eingeschlagen, wie die Autorin eine Seite weiter unten schildert: „The experience of the Netherlands, Sweden, the United Kingdom and Germany confirms the observation made in the introduction that in reforming the delivery of health care there has been a shift from the integrated to the contract model, interest in the use of market-like mechanisms and the deployment of a range of budgetary incentives to improve performance. Yet it is also apparent that there are differences between countries in how these ideas are being taken forward. For example, only Sweden and the United Kingdom have moved from an integrated approach to one based on contracts. Such a shift was not necessary in the Netherlands or Germany because in these social insurance systems the roles of insurers and providers has always been distinct. What has changed in the Netherlands and Germany is the requirement that sickness funds as insurers should take a more active role in their negotiations with providers and should contract selectively with them.“ (S. 125)

Damit sollte also ganz bewusst die Rolle der Nachfrageseite gestärkt werden, um auch die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten stärker zu berücksichtigen und zu einem leistungsfähigeren System zu kommen. Andererseits herrscht auch in diesem Bereich die Meinung vor, dass gerade mit Blick auf die Kostenentwicklung regulierte oder gemanagte Märkte und nicht eine vollständige Deregulierung und Privatisierung angestrebt werden sollen. Ham formuliert dies selbst so: „(...), the experience reported in the earlier chapters suggests that the phrase ‚politically managed market‘ is a more apt description of the path that reform has taken. The key factor here is that in view of the well known market failures in health care, effective regulation is essential and politicians cannot distance themselves from such regulation when public finance accounts for the bulk of health services expenditure.“ (S. 129)

8. Fazit

Wenn das Ziel verfolgt wird, das Kostenwachstum im schweizerischen Gesundheitswesen einzudämmen, dürfte – ausgehend von den geschilderten internationalen Erfahrungen - das Instrument der Einheitskasse kaum grosse Wirkungen in die gewünschte Richtung entfalten.

Die Argumentation, wonach die Einheitskasse tiefere Preise mit den Leistungserbringern aushandeln könnte, vermag diesen Schluss nicht zu entkräften. Denn die Kosten im schweizerischen Gesundheitswesen dürften insbesondere im Krankenversicherungsbereich in grösserem Ausmass von den Mengen als von den Preisen abhängig sein. Gerade die Zeit der Dringlichen Bundesbeschlüsse vor der Einführung des KVG, während der die Tarife eingefroren waren, hat gezeigt, dass die Leistungserbringer einem Preisstop mit Strategien der Mengenausweitung begegnen und damit die beabsichtigten kostensenkenden Effekte von Preisstops mindestens teilweise sogar überkompensieren. Zudem dürfte in diesem Zusammenhang auch der Kontrahierungszwang, dem unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen auch eine Einheitskasse unterstehen würde, bei wachsender Anzahl Leistungserbringer dazu führen, dass das Volumen der ausgeführten Leistungen zunimmt. Dieses Phänomen der sogenannten angebotsinduzierten Nachfrage gehört zu den gesundheitsökonomisch am besten erhärteten Zusammenhänge.

Wettbewerb innerhalb klar definierter Rahmenbedingungen führt bei gleichem Leistungskatalog zu einer besseren Vergleichbarkeit der einzelnen Versicherer als vor der Einführung des KVG. Die seither verbesserte Transparenz dürfte die Konkurrenz unter den Krankenversicherern und damit die Suche nach kostendämpfenden Massnahmen verstärken. Bei Einführung einer Einheitskasse ist davon auszugehen, dass die kostendämpfenden Anreize spätestens mittel- bis langfristig weitgehend entfallen. Damit dürfte sich auch der Anreiz reduzieren, im Rahmen des Verhandlungsprozesses mit den Leistungserbringern zu kostendämpfenden Effekten gelangen zu wollen. Die oben geschilderten Erfahrungen aus Nachbarländern legen zudem den Schluss nahe, dass Monopolsituationen eine hohe Wahrscheinlichkeit aufweisen, dass sowohl die Servicequalität als auch die Produktvielfalt beeinträchtigt werden.

Die Einführung einer Einheitskasse dürfte zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen im Rahmen der Zusatzversicherungen führen, weil jene Versicherung bzw. jene Versicherer, welche als Einheitskasse(n) walten, gegenüber allen anderen Versicherern im Bereich der Zusatzversicherungen über einen Informationsvorsprung verfügen. An diesem Tatbestand würde auch jene Ausgangslage nichts ändern, wonach statt eines Versicherers auch zwei oder drei mit der Durchführung der Einheitskasse beauftragt werden könnten. Wenn schon mehr als ein Versicherer mit der Durchführung der Grundversicherung beauftragt werden soll, ist nicht einzusehen, warum es dann nicht mehr als drei Versicherer und somit im Extremfall auch die heutige Anzahl Versicherer sein kann.

Das Postulat der Einheitskasse muss auch im Zusammenhang mit anderen gesundheitspolitischen Postulaten als äusserst ineffektives und ineffizientes Instrument bezeichnet werden. Steht beispielsweise die verstärkte Kostenkontrolle durch staatliche Steuerung des Gesundheitswesens im Zentrum der Überlegungen, dürfte es systemkongruenter und effizienter sein, das Versicherungsprinzip für den Bereich der Grundversicherung ganz abzuschaffen und die Gesundheitsversorgung aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren. Steht die freie Wahl der Versicherten und weniger die Kosteneindämmung im Zentrum, dürfte anhand der geschilderten internationalen Erfahrungen das Sozialversicherungsmodell mit der freien Wahl des Versicherers durch die Versicherten im Zentrum der Überlegungen stehen.

Aus den gemachten Erörterungen lässt sich ableiten, dass sich kaum positive Auswirkungen auf die Kosten- und Prämienentwicklung ergeben dürften. Dafür setzt das Postulat der

Einheitskasse am falschen Ort an. In diesem Sinn ist das Instrument als ineffizient zu bezeichnen. Denn mit dem gleichen Aufwand dürften sich bei gezielterem Ressourceneinsatz insbesondere auf der Leistungserbringerseite ohne weiteres spürbarere Effekte auf die Kosten- und Prämienentwicklung realisieren lassen. Dies gilt sowohl für eher staatliche als auch für eher wettbewerbsorientierte Massnahmen. Mit anderen Worten: unabhängig von der politischen Werthaltung lassen sich effizientere Massnahmen ergreifen.

Eine längerfristige Abflachung des Prämienanstiegs dürfte nur dann zu erreichen sein, wenn dort angesetzt wird, wo die Gründe für die Anstiege zu suchen sind. Und diese sind in erster Linie im Vertragszwang und der damit verbundenen automatischen Zulassung der überproportional hohen Spezialärzte-Dichte zur sozialen Krankenversicherung zu orten.

Hinzu kommt, dass im Rahmen der kantonalen Spitalplanungen und der auf Bundesebene diskutierten Neuordnung der Spitalfinanzierung mit Blick auf die Kosteneindämmung vermehrtes Augenmerk auf die Verteilung der Leistungsaufträge zwischen Not-for-Profit- und Profit-Leistungserbringern gelegt werden muss. Not-for-Profit-Spitälern ist unter den oben erwähnten gegenwärtigen Erkenntnissen bei der Leistungsauftrags-Erteilung Priorität einzuräumen.

Zürich, 18. Dezember 2001

W. Oggier