

Herausgegeben von Prof. Dr. J.-M. Graf v. d. Schulenburg

Alexander Kuhlmann / Jan Zeidler /
J.-M. Graf v. d. Schulenburg (Hrsg.)

**Sozioökonomische Implikationen
staatlicher Eingriffe
in das Gesundheitswesen:**

Nationale Gesundheitssysteme
zwischen Regulierung und Liberalisierung



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag



**Sozioökonomische Implikationen
staatlicher Eingriffe in das Gesundheitswesen:
Nationale Gesundheitssysteme zwischen Regulierung und Liberalisierung**

Ein Universitätsseminar der Hanns Martin Schleyer-Stiftung und Heinz Nixdorf
Stiftung

A. Kuhlmann
J. Zeidler
J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.)





Alexander Kuhlmann / Jan Zeidler /
J.-M. Graf v. d. Schulenburg (Hrsg.)

Sozioökonomische Implikationen staatlicher Eingriffe in das Gesundheitswesen:

Nationale Gesundheitssysteme
zwischen Regulierung und Liberalisierung



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2013

978-3-95404-366-8

CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2013

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2013

Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-95404-366-8



Vorwort

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden finanziellen Drucks auf die Sozialsysteme unterliegt die Regulierung bzw. Ausgestaltung des deutschen Gesundheitssystems einem kontinuierlichen Veränderungsprozess, der in regelmäßigen Abständen von neuen Reformvorhaben vorangetrieben wird. Dabei ist es bislang jedoch noch nicht gelungen, ein nachhaltiges Konzept zur Ausgabenkonsolidierung zu implementieren, ohne die Qualität bzw. den Zugang zur medizinischen Versorgung zu gefährden.

Im Rahmen des gesundheitspolitischen Diskurses richtet sich der Fokus jedoch selten auf andere nationale Gesundheitssysteme, mit Ausnahme des US-amerikanischen, niederländischen oder britischen Systems. Aus diesem Grund widmet sich der vorliegende Seminarband neben den angesprochenen Gesundheitssystemen auch solchen, die weniger Beachtung finden, aber dennoch interessante alternative Konzepte zur Finanzierung, Gesundheitsversorgung oder Ressourcenallokation aufweisen. Dieser breite internationale Ansatz bietet die Möglichkeit, vielfältige staatliche Regulierungs- und Deregulierungsmaßnahmen zu analysieren und hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Auswirkungen zu bewerten. Auf diese Weise können effektive Maßnahmen identifiziert und auf ihre Relevanz im Hinblick auf die Optimierung des deutschen Gesundheitssystems diskutiert werden.

Der vorliegende Seminarband fasst die Ergebnisse des traditionellen Universitätsseminars des Instituts für Versicherungsbetriebslehre nach Regionen untergliedert zusammen. Im ersten Abschnitt werden Aspekte europäischer Gesundheitssysteme diskutiert. Im Vordergrund stehen dabei insbesondere die Finanzierung von Gesundheitssystemen und die sozioökonomische Auswirkungen unterschiedlicher Finanzierungsinstrumente. In diesem Zusammenhang wird ebenfalls erörtert, ob eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zwangsläufig hohe Gesundheitsausgaben erfordert. Im zweiten Abschnitt liegt der Fokus stärker auf der Allokation und Distribution von Gesundheitsleistungen. Am Beispiel nordamerikanischer Gesundheitssysteme werden Instrumente zur Kosten-Nutzenbewertung von Gesundheitstechnologien sowie wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen diskutiert. Auf Basis der aktuellen Gesundheitsreform der USA wird schließlich die Verteilung von Gesundheitsleistungen aus gerechtigkeits-theoretischer Sicht thematisiert. Im dritten Abschnitt werden einige spezielle Regulierungen und gesundheitspolitische Fragestellungen am Beispiel asiatischer Gesundheitssysteme sowie dem australischen Gesundheitswesen behandelt. Dabei werden insbesondere Methoden zur Versorgung von dünn besiedelten Gebieten anhand von Reformbestrebungen im australischen Gesundheitssystem erörtert sowie Medical Saving Accounts als alternatives Konzept zur Finanzierung von Gesundheitssystemen vorgestellt.

Im Rahmen des Seminars stellte die Analyse der Gesundheitspolitik aus einer länderübergreifenden Perspektive einen weiteren Schwerpunkt dar, der jedoch nicht Bestandteil dieser Arbeit ist. Die Grundlage hierfür boten die Vorträge der beiden



Gastreferenten. Dr. Günter Danner, stellvertretender Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel, referierte zum Thema „Das deutsche Gesundheitssystem im EU-Vergleich Nationale „Reformpolitik“ zwischen Subsidiaritätsgebot und Transferunion“. Im Mittelpunkt des Vortrags standen dabei die europäische Gesundheitspolitik und deren Einflüsse auf das deutsche Gesundheitssystem. Diesbezüglich schilderte Dr. Danner sehr praxisnah das Zusammenspiel der parlamentarischen und außerparlamentarischen Institutionen im Rahmen der politischen Entscheidungsfindung. Zudem skizzierte er die langfristigen Zielsetzungen der europäischen Institutionen und gab Einblicke in die Denkweise von EU-Parlamentariern, Lobbyisten etc. Darüber hinaus erörterte der Referent den Einfluss der aktuellen Finanz- und Schuldenkrise auf die zukünftige Ausgestaltung europäischer Sozialsysteme. Im zweiten Gastvortrag stellte Prof. Jonas Schreyögg – Inhaber des Lehrstuhls für Betriebswirtschaftslehre insbesondere Management im Gesundheitswesen, Fachbereich für Betriebswirtschaft, Universität Hamburg – „Einen konzeptionellen Rahmen zur Analyse der Finanzierung von Gesundheitssystemen“ vor. Hierbei stellte Prof. Schreyögg die wesentlichen Charakteristika von Finanzierungssystemen heraus und analysierte die Finanzierungsstrukturen ausgewählter Gesundheitssysteme anhand der konzeptionellen Grundvariablen. Unser Dank gilt auch diesmal den Studierenden der Leibniz Universität Hannover, die durch ihr Interesse und gewissenhafte Arbeitsweise sehr zum Erfolg des Seminars beigetragen haben. Besonderer Dank gebührt den Gastreferenten aus der Wissenschaft und Praxis. Weiterhin möchten wir uns für die großzügige Unterstützung durch die Hanns Martin Schleyer-Stiftung herzlich bedanken.

Hannover im September 2012

Alexander Kuhlmann

Jan Zeidler

J.-M. Graf v. d. Schulenburg



Inhalt

I Gesundheitssysteme in Europa

- 1 Das Gesundheitssystem in Frankreich – stehen Gesundheitsausgaben und Versorgungsqualität in einem angemessenen Verhältnis?2
- 2 Das Gesundheitssystem der Schweiz – eine ökonomische Analyse46
- 3 Ökonomische Bewertung der Gesundheitsreform in den Niederlanden aus Krankenversicherungs- und Versichertenperspektive.....76
- 4 Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag in der GKV-eine ökonomische Analyse120

II Gesundheitssysteme in Nordamerika

- 5 Die Gesundheitsreform in den USA – ein Schritt zu mehr Gerechtigkeit?146
- 6 Methoden zur Ermittlung und Bewertung von Kosten-Nutzen-Relationen für Gesundheitstechnologien – Eine kanadische Perspektive172

III Gesundheitssysteme in Asien und Australien

- 7 Medical Savings Accounts in Singapur – Ein Vorbild für die Finanzierung von Gesundheitssystemen?208
- 8 Die spezielle Regulierung der Gesundheitsversorgung in Japan – Ein nachhaltiges Modell zur Kostenkontrolle und effizienten Allokation von Gesundheitsleistungen?238
- 9 Aktuelle Reformbestrebungen der Versorgungsstruktur im australischen Gesundheitssystem264





I Gesundheitssysteme in Europa



1 Das Gesundheitssystem in Frankreich – stehen Gesundheitsausgaben und Versorgungsqualität in einem angemessenen Verhältnis?

Viktorija Danilenko



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
1 Einleitung.....	6
2 Modelle zur Systematisierung von Gesundheitssystemen und das Gesundheitssystem Frankreichs	7
2.1 Begriff des Gesundheitssystems und unterschiedliche Modelle	7
2.2 Aufbau des Gesundheitssystems in Frankreich.....	9
3 Absolute und relative Betrachtung der Ausgaben und der Versorgungsqualität	12
3.1 Gesundheitsausgaben.....	12
3.2 Versorgungsqualität.....	20
3.2.1 Ansätze zur Messung der Versorgungsqualität.....	20
3.2.1.1 Leistungserbringerdichte	20
3.2.1.2 Finanzierungsstrukturen.....	22
3.2.1.3 Zugangsregulierung und Gerechtigkeit	23
3.2.1.4 Mortalität und Lebenserwartung	25
3.2.1.5 Sonstige Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität	25
3.2.2 Auswertung der Indikatoren der französischen Versorgungs- qualität	28
3.3 Stehen die Gesundheitsausgaben und die Versorgungsqualität in einem angemessenen Verhältnis?.....	32
4 Ausblick	39
Literaturverzeichnis	41



Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AT	Österreich
Aufl.	Auflage
BE	Belgien
BIP	Bruttoinlandsprodukt
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
C.M.U.	Couverture maladie universelle
DALE	Disability-adjusted life expectancy
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DE	Deutschland
d. h.	das heißt
DK	Dänemark
ES	Spanien
et al.	et alia (und andere)
etc.	et cetera
FI	Finnland
FR	Frankreich
GB	Großbritannien
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GP	Gatekeeper
GR	Griechenland
Hrsg.	Herausgeber
IE	Irland
i. e. S.	im engeren Sinne
IT	Italien
i. w. S.	im weiteren Sinne
Jg.	Jahrgang
LU	Luxemburg
M.S.A.	Mutualité Sociale Agricole
NHS	nationaler Gesundheitsdienst
NL	Niederlande
OOP	out-of-pocket payments



PDF	Portable Document Format
PHE	public health expenditure
PKV	private Krankenversicherung
PT	Portugal
RSA	Risikostrukturausgleich
S.	Seite
SE	Schweden
Tab.	Tabelle
THE	total health expenditure
URL	Uniform Resource Locators
vgl.	Vergleiche
VU	Versicherungsunternehmen
z. B.	zum Beispiel



1 Einleitung

Vor dem Hintergrund wachsender Haushaltsdefizite stehen die kontinuierlich steigenden Gesundheitsausgaben in vielen Industrieländern auf dem Prüfstand. Dies gilt auch für das französische Gesundheitswesen. Im Rahmen einer Diskussion über ein angemessenes Gesundheitsbudget, darf der Output des Systems jedoch nicht unberücksichtigt bleiben. Daher sollten die Ausgaben eines Gesundheitssystems stets im Zusammenhang mit der Qualität der erbrachten Leistungen beurteilt werden. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Ausgaben im französischen Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Versorgungsqualität zu bewerten. Um die Performance des französischen Gesundheitssystems zu evaluieren, bietet sich ein internationaler Vergleich an. Hierbei gilt es jedoch die unterschiedliche Ausgestaltung der Gesundheitssysteme zu beachten, da diese einen maßgeblichen Einfluss auf Gesundheitsausgaben und -qualität hat. Im ersten Abschnitt der Arbeit werden deshalb die grundlegenden Modelle zur Systematisierung von Gesundheitssystemen und speziell der Aufbau des französischen Gesundheitssystems dargestellt.

Im folgenden Abschnitt werden die Gesundheitsausgaben, die Versorgungsqualität und ihre ökonomische Abwägung dargestellt. Beides wird anhand von Querschnitts- und Zeitreihendaten betrachtet. Auffällig ist, dass die Messung von Gesundheitsausgaben relativ unkompliziert ist, während die Versorgungsqualität nur schwer messbar ist. Daher werden unterschiedliche Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität kurz erläutert, sowie die jeweiligen Vor- und Nachteile, dargestellt. Für die Abwägung, ob die Gesundheitsausgaben und die Versorgungsqualität in einem angemessenen Verhältnis stehen, werden abschließend drei Ansätze internationaler Perspektiven vorgeschlagen und diskutiert.

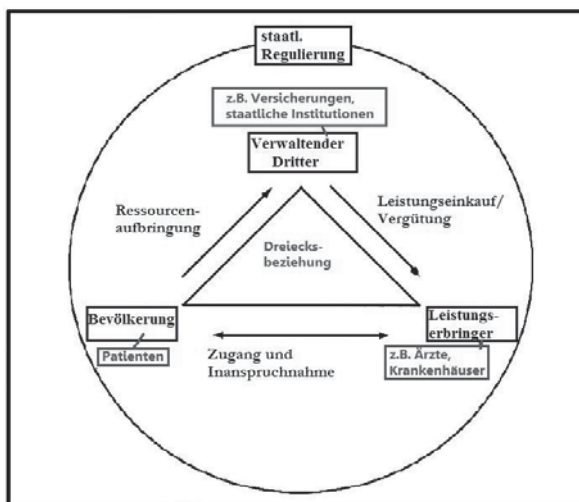
2 Modelle zur Systematisierung von Gesundheitssystemen und das Gesundheitssystem Frankreichs

2.1 Begriff des Gesundheitssystems und unterschiedliche Modelle

Ein Gesundheitssystem „umfasst die Gesamtheit der Institutionen und Personen, deren Aufgabe es ist, Ziele der Medizin wie die Vermeidung, Heilung und Linderung von Krankheiten zu verfolgen“¹.

In jedem Gesundheitssystem gibt es verschiedene Marktteilnehmer (siehe Abbildung 1: Bevölkerung, Leistungserbringer und verwaltende Dritte), die in einer Dreiecksbeziehung zueinander stehen.² Hinter dem Marktteilnehmer „Bevölkerung“ stehen die Patienten, die „Leistungserbringer“ umfassen Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker und andere Beteiligte, die Leistungen gegenüber den Patienten erbringen. Hinter dem „verwaltenden Dritten“ könnten sich sowohl Versicherungsunternehmen als auch staatliche Institutionen verbergen, welche Leistungen von den Leistungserbringern einkaufen und sie dafür vergüten.³

Abbildung 1: Unterschiedliche Marktteilnehmer



Quelle: In Anlehnung an Schwarzbach, C. (2008), S. 481-482.

Die Gesundheitssysteme können anhand der Finanzierung und des Angebots der Gesundheitsleistungen systematisiert werden. An dieser Stelle muss allerdings erwähnt werden, dass in der Literatur sehr viele Typologien von Gesundheitssystemen

¹ Von der Schulenburg, J.-M./ Greiner, W. (2007), S. 103.

² Dabei kann die staatliche Regulierung unterschiedlich stark ausgeprägt sein.

³ Vgl. Schwarzbach, C. (2008), S. 481-482.

existieren, deren Einteilung anhand unterschiedlichster Indikatoren mittels einer Clusteranalyse erfolgt⁴. Die bekannteste Typisierung erfolgt in vier Modellen (Beveridge-, Bismarck-, Markt- und PKV-Modell), die mit Hilfe der Merkmale in der Tabelle 1 beschrieben werden können.

Tabelle 1: Systematisierung der Gesundheitssysteme

Modellbezeichnung	Beveridge-Modell (NHS)	Bismarck-Modell (GKV)	Markt-Modell	PKV-Modell
Modellbeschreibung	<ul style="list-style-type: none"> •Leistungsanspruch unabhängig von den erbrachten Gegenleistungen •staatliche Finanzierung und Leistungsbereitstellung •Sachleistungsprinzip •Staat als verwaltender Dritter und Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> •Kontrahierungszwang führt zu Ungleichheiten bei der Belastung der Kassen; Zusatzregulierung nötig (z. B. RSA) •Finanzierung durch einkommensabhängige Pflichtbeiträge •gleicher Leistungsumfang für alle •private Leistungserbringung •staatliche Aufsicht •Krankenkassen als verwaltender Dritter •kassenspezielle Preise bei den Leistungsanbietern •freie Anbieterwahl •vorwiegend Sachleistungsprinzip 	<ul style="list-style-type: none"> •größtenteils private Finanzierung und Leistungsbereitstellung •sehr wenige staatliche Eingriffe •Ereicherung des gesellschaftlichen Optimums •Marktversagen 	<ul style="list-style-type: none"> •freiwillig •risiko-adäquate Prämie •keine Verträge zwischen VUen und Leistungserbringer •Kostenerstattungsprinzip •individueller Versicherungsgrad
Beispiel	<ul style="list-style-type: none"> •Großbritannien •Schweden 	<ul style="list-style-type: none"> •Frankreich •Deutschland 	<ul style="list-style-type: none"> •USA •Schweiz 	<ul style="list-style-type: none"> •Deutschland⁵

Quelle: Eigene Darstellung, Informationen entnommen aus Schwarzbach, C. (2008), S. 482-483 und Kern, A.-O./ Kupisch, S. (2002), S. 132-133.

⁴ Ein kommentierter Überblick ist z. B. bei Wendt, C. (2009), S. 433-434 zu finden.

⁵ Als Versicherungssystem für Kunden mit bestimmten Merkmalen (wie z. B. Beamte oder Selbständige).

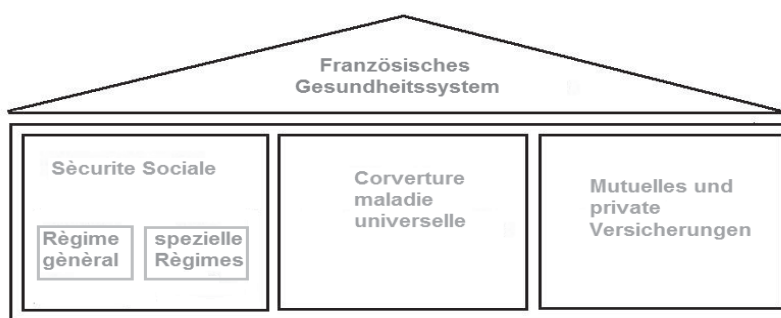
Anhand der Modellbeschreibung dieser Tabelle ist zu erkennen, dass das Beveridge- und das Markt-Modell komplett gegensätzlich sind.⁶ Diese Gesundheitsmodelle werden in der Praxis jedoch so gut wie nie in reiner Form angetroffen.⁷ Dies gilt auch für das Bismarck-Modell, das für diese Arbeit von größtem Interesse ist, da diesem Modell das Gesundheitssystem von Frankreich zuzuordnen ist.

2.2 Aufbau des Gesundheitssystems in Frankreich

In der Fachliteratur wird ein Gesundheitssystem gelegentlich als System der sozialen Sicherung bezeichnet⁸. Dies ist aber nicht ganz richtig, da ein System der sozialen Sicherung eines Landes aus der Gesamtheit aller notwendigen Einrichtungen und Maßnahmen zum Schutz des Menschen gegen bestimmte Risiken besteht. Dabei wird in Bezug auf Risiken zwischen den Definitionen der sozialen Sicherung im engeren Sinne (i. e. S.) und im weiteren Sinne (i. w. S.) unterschieden. Die engere Definition erfasst Risiken, die aufgrund des Verlustes des Arbeitseinkommens durch Krankheit, Unfall, Alter oder Arbeitslosigkeit nicht geplante Ausgaben verursachen. Die zweite Definition beinhaltet die erste Definition, umfasst aber zusätzlich auch die Bereiche der Kriegsopferversorgung und des Sozialtransfers (z. B. Sozialhilfe).⁹

Das französische Gesundheitssystem existiert in Gestalt einer Versicherung und beinhaltet unterschiedliche Einzelsysteme, die so genannten R \acute{e} gimes. Es kann in Form eines Drei-Säulen-Modells dargestellt werden (Abb. 2). Dabei ist zu beachten, dass die Säulen sich überlappen.¹⁰

Abbildung 2: Die drei Säulen des Gesundheitssystems in Frankreich



Quelle: Eigene Darstellung, Informationen entnommen aus Tiemann, S. (2006), S. 32.

⁶ Vgl. Schwarzbach, C. (2008), S. 481-482.

⁷ Vgl. von der Schulenburg, J.-M./ Greiner, W. (2007), S. 103.

⁸ Zum Beispiel bei Tiemann, S. (2006), S. 32.

⁹ Vgl. Lampert, H. / Althammer, J. (2007), S. 275.

¹⁰ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 32.

Die erste der drei Säulen ist die *Sécurité Sociale*, eine Grundsicherung. Zwar deckt das bestehende Grundsicherungssystem Frankreichs fast 99% der Bevölkerung ab, allerdings variiert der Abdeckungsgrad bei den unterschiedlichen Personengruppen.¹¹ Diese Säule besteht aus dem *Régime général* und unterschiedlichen speziellen *Régimes*. In dem *Régime général* existiert eine alters-, geschlechts- und nationalitätsunabhängige Pflichtversicherung für alle Menschen, die einer unselbstständigen Beschäftigung nachgehen. Jeder Arbeitgeber muss die Beschäftigung seiner Angestellten der dafür zuständigen Krankenkasse melden. In dem *Régime général* ist der größte prozentuale Anteil der Bevölkerung versichert. Den zweiten Teil der ersten Säule bilden die vielfältigen *speziellen Régimes*, die besondere Berufsgruppen wie z. B. die Landwirte, Polizeipräfektur oder öffentliche Pariser Krankenhäuser abdecken. Dieser Bereich umfasst unter anderem auch nicht angestellte Personenkreise wie etwa Studenten, Rentner und Kriegsinvalide. Wobei die Beiträge und vor allem die Leistungen der speziellen *Régimes* stark variieren. Der Leistungsumfang ist z. B. beim M.S.A. (*Régime* der Landwirte) gleich dem der allgemeinen *Régime*. Einzelne Teilgruppen der Versicherten besitzen geringere, andere wiederum, wie z. B. Bereiche des Personennahverkehrs oder der Berufssoldaten, einen größeren Leistungsumfang als beim allgemeinen *Régime*.¹²

Die zweite Säule ist die C.M.U. Dies ist ein seit dem Jahr 2000 bestehendes System, das vom Einkommen abhängt. Es wird zwischen Basis- und Zusatz-C.M.U. unterschieden. Die Basis-C.M.U. versorgt jede Person ohne Krankenversicherungsschutz kostenlos mit den Leistungen der *Régimes général*. Voraussetzung ist, dass die Person regelmäßig in Frankreich wohnt oder eine obdachlose nichtversicherte Person eine Wohnung aufnimmt. Diejenigen Personen, die ein sehr geringes Einkommen haben und sich nur die Grundsicherung (erste Säule) leisten können, erhalten den von der Grundsicherung nicht übernommenen Behandlungsteil (wie z. B. Eigenbeteiligungen, Krankenhaustagespauschalen oder bestimmte Tarifüberschreitungen) kostenlos als Sachleistung. Dabei handelt es sich dann um die *Zusatz-C.M.U.* (auch C.M.U.-C genannt). Die Orientierung erfolgt an dem Einkommen, das unter den 115% des Maximalbetrags für die C.M.U. liegt. Der Maximalbetrag liegt seit dem 01.07.2004 bei 576,13 Euro. Die Zusatz-C.M.U. ist auf bestimmte Leistungen, einen gewissen Umfang und fixe Preise, beschränkt. Die Personen, welche die Einkom-

¹¹ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 33.

¹² Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 32-35.

mensvoraussetzung der Basis-C.M.U. nicht mehr erfüllen, können bei bestimmten Konstellationen (alters- und familien-situationsabhängig) Beihilfen zur Zusatz-C.M.U. erhalten.¹³

Die dritte Säule beinhaltet Mutuelles, Prèvoyance und private Versicherungsgesellschaften. Dieser Bereich wird durch die Steuerminderungen bei den Arbeitnehmern sowie Arbeitgebern (z. B. bei Vertragsabschlüssen für die Belegschaft) gefördert. In diesem Bereich hängt die Vertragsgestaltung (z. B. Kostenerstattung) jedoch vom Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers bei Vertragsabschluss ab¹⁴. *Mutuelles* sind dabei Non-Profit-Organisationen, die als juristische Personen des privaten Rechts gestaltet sind. Die Gründung eines Mutuelles bedarf einer besonderen Genehmigung durch die zuständigen Behörden. Die Mutuelles sind durch einen Garantiefond rückversichert und müssen in diesen Fond Pflichtbeiträge einzahlen. Der Beitritt zu den Mutuelles kann nur durch einen Vertragsabschluss erfolgen. Die Mitglieder sind verpflichtet, bestimmte Angaben zu ihrem Gesundheitszustand oder potentiellen Risiken zu machen. Ansonsten droht eine Leistungsminderung oder sogar ein Leistungsausschluss. Die Beitragstarife der Mitglieder sind leistungsunabhängig und können nur im Hinblick auf Einkommen, Mitgliedschaftsdauer, Wohnort oder Mitgliedsalter variieren. Aufgabe der Mutuelles ist es, die Eigenbeteiligungen (z. B. Brille, Zahnersatz, Medikamente oder Krankenhauspauschale) ihrer Mitglieder zu übernehmen oder spezielle Dienste anzubieten (wie etwa spezialisierte Zentren oder Altersheime).¹⁵

Die *Prèvoyance* ist ebenfalls eine Non-Profit-Organisation, die als juristische Person des privaten Rechts ausgestaltet ist. Die Beiträge sind geschlechts-, alters-, einkommens- oder gesundheitszustandsabhängig und zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen aufgeteilt. Auch hier besteht eine Rückversicherungspflicht. Die *Prèvoyance* umfasst viele Sonderregelungen wie etwa für Rentner und Witwen, die im Falle des Todes des Ehepartners für ein Jahr den Versicherungsschutz mit gleichen, geringen oder gar ohne Beitrag behalten.¹⁶

¹³ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 34-37.

¹⁴ Wenn dies nicht vorhanden ist, wird das Versicherungsunternehmen von der Versicherungssteuer befreit.

¹⁵ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 61-68.

¹⁶ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 68-71.

Die *private Krankenversicherung* unterliegt der Spartenentrennung insoweit, dass sie nur von den Nicht-Lebensversicherern angeboten werden kann. Privater Krankenversicherungsschutz wird bei manchen Betrieben betriebsintern angeboten. Dieser Bereich ist eher für Selbstständige, im Ausland lebende Franzosen oder Wanderarbeitnehmer von Bedeutung. Die Leistungen privater Krankenversicherungen sind sehr vielfältig und reichen von Tagesgeld für Krankenhausaufenthalte bis hin zu schulischen Hilfen für Kinder, die krankheitsbedingt zu Hause bleiben müssen. Individuell können bestimmte Krankheiten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden, dies muss aber ausdrücklich im Vertrag geregelt sein. Die private Krankenversicherung wird z. B. durch die Steuer auf die Autoversicherungen (15%) finanziert.¹⁷

Zusammenfassend kann das französische Gesundheitssystem als sehr fortschrittlich bezeichnet werden. Innovative Konzepte wie das Hausarztprinzip, die elektronische Gesundheitskarte (bzw. der Patientenpass), Behandlungsleitlinienkataloge, bestehen schon seit vielen Jahren.¹⁸

3 Absolute und relative Betrachtung der Ausgaben und der Versorgungsqualität

3.1 Gesundheitsausgaben

3.1.1 Französische Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Das Angebot an vergleichenden Statistiken zu den nationalen Gesundheitsausgaben ist vielfältig. Allerdings kann die Darstellungsweise der Daten beträchtlich variieren. Bspw. können die Ausgaben in Form von absoluten Werten oder relativen Werten (z. B. Ausgaben pro Kopf oder bezogen auf das BIP) angegeben werden. Ferner ist es allgemein bei Statistiken wichtig, die Hintergrundinformationen zu kennen, weil verschiedene Statistikorganisationen unterschiedliche Abgrenzungen der Informationen bei der Zusammenstellung vornehmen. Hierdurch kann es beim Vergleich unterschiedlicher Statistiken derselben Länder in den gleichen Zeiträumen zu Abweichungen kommen.¹⁹

¹⁷ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 72-73.

¹⁸ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 80.

¹⁹ Vgl. Weinmann, J./ Zifonun (2004), S. 452.

Die absoluten Werte sind zwar in gewissen Fällen auch von Interesse, für einen Vergleich bieten sich allerdings relative Werte an, da die Bevölkerungszahl oder der Entwicklungsstand eines Landes die absoluten Gesundheitsausgaben maßgeblich prägen. Deshalb sollten bei internationalen Vergleichen relative Werte herangezogen werden, z. B. Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP des jeweiligen Landes. Hierdurch kann verglichen werden, welchen Teil des BIPs das jeweilige Land für die Gesundheit ausgibt. Allerdings sollten weitere Informationen berücksichtigt werden, weil Gesundheitsausgaben auch von weiteren Einflussfaktoren abhängen (z. B. Epidemien).

Die Tabellen des Statistischen Bundesamts zeigen, dass die absoluten Gesundheitsausgaben in allen betrachteten Ländern im Zeitablauf ansteigen.²⁰ Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Bedeutung einer guten Gesundheit mit der Zeit und aufgrund eines steigenden Wohlstands immer mehr an Gewicht zugenommen hat. Als weitere Ursachen könnten z. B. der medizinisch-technische Fortschritt oder die demographische Entwicklung genannt werden.

Die Tabelle 3 zeigt, dass Frankreich mit 11,1% im Jahr 2006 weltweit Platz vier (nach USA mit 15,3%, Malawi mit 12,3% sowie Schweiz mit 11,3%) und europaweit Platz zwei (nach Schweiz mit 11,3 %) belegt.

Tabelle 2: In Relation zum BIP gesetzte Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich für das Jahr 2006

Länder	Ausgaben für das Gesundheitswesen	Länder	Ausgaben für das Gesundheitswesen
	In % des BIP		In % des BIP
	2006		2006
Europa		Amerika	
Deutschland	10,4	Argentinien	10,1
Albanien	6,2	Bolivien	6,6
Belgien	9,5	Brasilien	7,5
Bosnien u. Herz.	8,3	Chile	5,3
Bulgarien	6,9	Dominikan. Republik	6,0

²⁰ Siehe dazu die Tabellen vom Statistischen Bundesamt (Hrsg.) (2011a) und (2011b).



Dänemark	9,5	Ecuador	5,4
Estland	5,0	Guatemala	5,3
Finnland	7,6	Honduras	7,4
Frankreich	11,1	Kanada	10,0
Griechenland	9,9	Kolumbien	7,3
Irland	7,5	Kuba	7,1
Island	9,3	Mexiko	6,2
Italien	9,0	Nikaragua	7,8
Kroatien	7,5	Paraguay	7,6
Lettland	6,0	Peru	4,3
Liechtenstein	Nicht angegeben	Uruguay	8,2
Litauen	6,2	Venezuela	5,1
Luxemburg	7,2	Vereinigte Staaten	15,3
Malta	8,3	Asien	
Mazedonien	8,3	Afghanistan	5,4
Moldau	7,8	Bangladesch	3,1
Montenegro	6,8	Brunei Darussalam	1,8
Niederlande	9,3	China	4,5
Norwegen	8,7	Indien	4,9
Österreich	9,9	Indonesien	2,2
Polen	6,2	Irak	3,8
Portugal	10,0	Iran	7,8
Rumänien	5,7	Israel	7,8
Russische Föderation	5,3	Japan	7,9
Schweden	8,9	Jemen	4,6
Schweiz	11,3	Kambodscha	6,0
Serbien	7,6	Kasachstan	3,7
Slowakei	7,0	Katar	4,3
Slowenien	8,4	Korea Dem. Volksrep.	3,5



Spanien	8,1	Korea Republik	6,5
Tschech. Republik	6,8	Kuwait	2,2
Türkei	5,6	Laos Dem. Volksrep.	3,6
Ukraine	7,0	Malaysia	4,3
Ungarn	7,6	Myanmar	2,3
Vereinig. Königreich	8,4	Nepal	5,7
Weißrussland	6,4	Oman	2,3
Zypern	6,3	Pakistan	2,0
Afrika		Philippinen	3,3
Ägypten	6,3	Saudi-Arabien	3,4
Algerien	3,6	Singapur	3,4
Angola	2,7	Sri Lanka	4,2
Äthiopien	4,9	Thailand	3,5
Burkina Faso	6,4	Usbekistan	4,7
Côte d'Ivoire	3,8	Vereinigte Arabische Emirate	2,6
Ghana	6,2		
Kamerun	5,2	Vietnam	6,6
Kenia	4,6	Australien und Ozeanien	
Kongo Dem. Republik	4,3	Australien	8,7
Libyen	2,9	Neuseeland	9,4
Madagaskar	3,2	Papua-Neuguinea	3,2
Malawi	12,3		
Marokko	5,1		
Niger	4,0		
Nigeria	4,1		
Senegal	5,4		
Simbabwe	8,4		
Südafrika	8,6		

Sudan	3,8		
Tansania Verein. Rep.	5,5		
Uganda	7,2		

Verfasserangaben: Sources: Datenbank (Database) WHO, Genf (Geneva),
Datenbank (Database) UNICEF, New York

Quelle: In Anlehnung an Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010), S. 697-698.

Tabelle 3 zeigt, dass Frankreich im Zeitraum 2003-2006 bei den Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP im Vergleich zu den betrachteten Ländern Platz drei (nach den USA und der Schweiz) belegt und ab dem Jahre 2006 sogar die Schweiz überholt hat, da die relativen Gesundheitsausgaben der Schweiz gesunken sind. Obwohl die US-Daten nach 2006 noch nicht vorliegen, lässt sich dennoch auf Grund der deutlich höheren Werte der USA im Jahre 2005 vermuten, dass sich Frankreich weiterhin auf Platz zwei befindet. Trotz der vorhandenen Abweichungen zwischen den Statistiken wird deutlich, dass Frankreich im internationalen Vergleich bei den Gesundheitsausgaben am BIP einen der vorderen Plätze einnimmt.

Tabelle 3: In Relation zum BIP gesetzte Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich für den Zeitraum 2003-2008 (in % von BIP)

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Land						
Belgien	10,45	10,67	10,27	9,99	10,16	
Bulgarien	7,84	7,50	7,77	7,23	7,26	7,24
Tschech., Republik	7,44	7,18	7,24	6,96	6,76	7,11
Dänemark	9,30	9,45	9,49	9,60	9,74	
Deutschland (mit DDR vor 1991)	10,80	10,58	10,69	10,54	10,42	10,61
Estland	4,99	5,14	5,02	5,08	5,31	6,12
Spanien	8,15	8,19	8,28	8,36	8,44	8,97
Frankreich	10,89	11,01	11,10	11,03	11,00	

Zypern	6,75	6,35	6,34	6,28	6,03	5,83
Lettland			6,35	6,77	6,98	
Litauen		5,70	5,86	6,23	6,22	6,61
Luxemburg	7,66	8,20	7,94	7,70	7,13	6,82
Ungarn	8,33	8,00	8,32	8,09	7,43	7,28
Niederlande	9,77	9,97	9,83	9,72	9,68	
Österreich		10,41	10,40	10,26	10,27	10,44
Polen	6,24	6,20	6,21	6,20	6,43	7,01
Portugal	9,40	9,66	9,86	9,63		
Rumänien	5,33	5,46	5,50	5,10	5,24	5,44
Slowenien	8,64	8,39	8,42	8,23	7,79	8,33
Slowakei			7,04	7,34		
Finnland	8,16	8,24	8,44	8,39	8,20	8,37
Schweden	9,30	9,07	9,04	8,93	8,92	9,22
Island	10,38	9,89	9,43	9,13	9,09	9,08
Norwegen	10,01	9,65	9,09	8,65		
Schweiz	11,25	11,30	11,22	10,76	10,60	
Kanada	9,81	9,80	9,87	10,02	10,06	10,38
Vereinigte Staaten	15,07 (p)	15,11 (p)	15,23 (p)	15,66 (p)		
Japan	8,09	8,04	8,16		8,12	
Südkorea	5,38	5,39	5,73	6,09	6,34	6,51
Australien	8,29	8,54	8,43	8,46	8,51	
Neuseeland		8,43	8,85	9,28	9,07	9,85

Verfasserangaben: UNIT: Prozent des BIP

HC_SHA: Gesundheitsausgaben

(p= vorläufiger Wert)

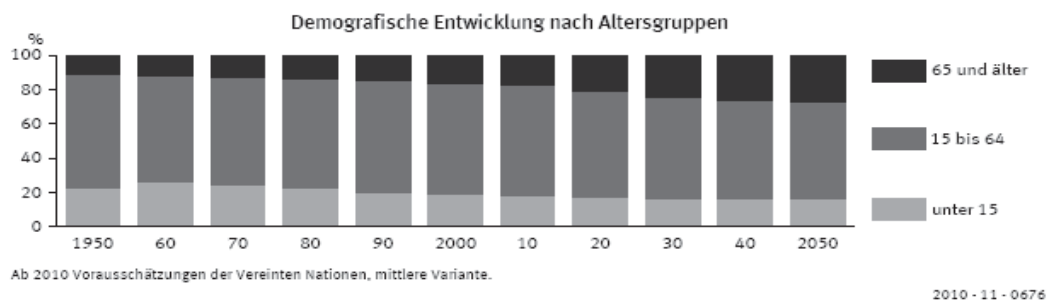
Quelle: Eurostat (2011)

Viele Länder stehen vor der Herausforderung die wachsenden Gesundheitsausgaben zu kontrollieren. Diesbezüglich gelingt die Stabilisierung der Ausgaben einigen

Ländern besser als anderen.²¹ Auch in Frankreich steigen die Ausgaben für Gesundheit kontinuierlich an. Folgende Faktoren sind hierfür ursächlich:²²

Der demographische Wandel ist eine Bevölkerungsumfangs- sowie Altersstrukturveränderung einer Gesellschaft und wird durch das gemeinsame Wirken der Variablen Fertilität (Fruchtbarkeit), Mortalität (Sterblichkeit), und Migration (Wanderung) beeinflusst.²³ Anhand der Daten in der Abbildung 3 wird deutlich, dass die Entwicklung der demographischen Altersstruktur Frankreichs eindeutig eine Zunahme der älteren und einen Rückgang der beiden jüngeren Altersgruppen aufweist, d. h. das durchschnittliche Alter nimmt zu.

Abbildung 3: Demographische Entwicklung nach drei Altersgruppen sortiert für den Zeitraum 1950-2050



Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a), S. 3.

Der Medikalisierungsthese nach verbrauchen Personen in einem hohen Alter verhältnismäßig mehr Gesundheitsleistungen als jüngere Menschen.²⁴ Nach Schätzungen entfällt auf den demographischen Wandel im Zeitraum 1990-1997 ein Prozentpunkt des gesamten Wachstums der Gesundheitsausgaben.²⁵

Der *technische Fortschritt* führt sowohl zu einer Dichtezunahme an Gesundheitsleistungen²⁶ als auch zu einer monetären Inflation medizinischer Leistungen. Letzteres bedeutet, dass es bei Fortschreiten der Technologie marginal betrachtet immer teurer wird, eine Verbesserung zu erzielen.

²¹ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 434.
²² Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 74.
²³ Vgl. Rothgang, H./ Unger, R. (2011), S. 188.
²⁴ Siehe dazu Gruenberg (1977).
²⁵ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 74-75.
²⁶ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 76.

Die *Kostenstruktur* hat sich in Frankreich im Laufe der Jahre gewandelt. Nachdem die Ausgaben für den stationären Bereich im Zeitraum 1960-1982 auf 52% angestiegen sind, weisen diese im nachfolgenden Zeitraum eine abnehmende Tendenz auf. Bei der ambulanten Versorgung gibt es hingegen diverse Schwankungen im Zeitablauf. Insgesamt stiegen sie aber im Zeitraum 1960-2000 auf 30% an. Im Jahr 2000 trugen der stationäre Sektor ca. 20%, der ambulante Sektor ca. 25-30% und die Arzneimittel bis zu 40% zur Kostensteigerung bei.²⁷

Die (unterschätzten oder nicht beachteten) Auswirkungen *staatlicher Überregulierung* sowie *chronisch Kranke* trugen ebenfalls einen signifikanten Teil zu der Steigerung der Gesundheitsausgaben bei.²⁸ Außerdem spielt das *Verhalten der Leistungsempfänger und Leistungserbringer* eine große Rolle. Die Patienten beanspruchten insgesamt mehr Leistungen und die Leistungserbringer wollten entsprechend der Leistungsqualität entlohnt werden.²⁹

Die hohen Gesundheitsausgaben hängen maßgeblich von der *Zugangsregulierung* des Gesundheitssystems ab. Im nächsten Kapitel wird gezeigt, dass Frankreich zu den europäischen Ländern gehört, dem der geringste Indexwert bei der Zugangsregulierung zugeordnet werden kann. Charakteristisch dabei ist, dass der Patient in Frankreich einen freien Zugang zu praktisch allen Leistungserbringern hat. Neben der freien Wahl des Allgemeinmediziners ist auch der Zugang zu einem Facharzt sowie zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus ohne Überweisung und private Zuzahlungen möglich.³⁰

In den meisten europäischen Ländern liegen die Gesundheitsausgaben am BIP mittlerweile über 10%.³¹ Allerdings kann aus der Tatsache, dass die Gesundheitsausgaben in den vergangenen Jahren schneller gewachsen sind als das BIP, nicht direkt geschlossen werden, dass das Gesundheitswesen „zu teuer“ ist. Einerseits ist das Gesundheitswesen ein wichtiger Wachstumsfaktor und zum anderen muss geprüft werden, ob die Ausgaben in einem angemessenen Verhältnis zur Versorgungsqualität stehen.³²

²⁷ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 75.

²⁸ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 76-77.

²⁹ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 75.

³⁰ Vgl. Wendt, C. (2011), S. 480.

³¹ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 434.

³² Vgl. Alber, J. (1988), S. 116.

3.2 Versorgungsqualität

3.2.1 Ansätze zur Messung der Versorgungsqualität

In der Literatur existieren vielfältige Indikatoren, um die Qualität des Gesundheitssystems zu messen. Alle diese Indikatoren haben ihre spezifischen Vor- und Nachteile. Die meisten nicht zusammengesetzten Indikatoren des Gesundheitssystems sind in vier Dimensionen typisierbar: Aufwand, Versorgung, Inanspruchnahme und Gesundheitszustand.³³ In diesem Kapitel soll die Dimension der Versorgung genauer untersucht werden.

3.2.1.1 Leistungserbringerdichte

Ein möglicher Ansatz zur Bewertung der Versorgungsqualität ist der Anteil *eingetragener Fachärzte* je 100.000 Einwohner oder die *relative Höhe des Gesamtpersonals an der Bevölkerung*. Erkennbar an solchen Indikatoren ist, dass je größer die Dichte der Fachärzte oder des Gesamtpersonals ist, umso bessere Möglichkeiten flächendeckender Versorgung bieten sich in diesem Gebiet an (d. h. es besteht lediglich eine bessere Option zur flächendeckenderen Versorgung der Bevölkerung in diesen Gebieten, je höher die Dichte ist). Allerdings sind anhand solcher Indikatoren internationalen Vergleiche der Versorgungsqualität nur schwer möglich. Bspw. gab es in Frankreich im Jahre 2004 doppelt so viele eingetragene Kinderchirurgiespezialisten wie in Deutschland, dafür wies Deutschland das Zweifache an Gynäkologie- und Geburtshilfespezialisten auf.³⁴ Aus diesen Zahlen jedoch auf eine bessere Versorgungsqualität eines der Länder zu schließen, ist praktisch nicht möglich. Gleiches gilt auch für die Daten in Tabelle 5, in der nicht nur Fachärzte und Allgemeinärzte, sondern auch Leistungserbringer wie Apotheker oder Krankenpfleger einbezogen sind. Selbst wenn alle Leistungserbringer wie im Leistungserbringerindex berücksichtigt werden, stellt sich die Frage inwieweit die einzelnen Fachgruppen zur Gesamtqualität beitragen und ob die Dichte der Leistungserbringer überhaupt positiv mit der Qualität des Gesundheitssystems korreliert ist. Schließlich können einem Anstieg der Anzahl medizinischer Berufe vielfältige Ursachen zu Grunde liegen, die nicht unbedingt mit der Versorgungsqualität einzelner Krankheitsbereiche in Verbindung stehen.³⁵

³³ Vgl. Alber, J. (1988), S. 121.

³⁴ Siehe dazu die Tabellen vom Statistischen Bundesamt (Hrsg.) (2011c).

³⁵ Vgl. Alber, J. (1988), S. 125.

Tabelle 4: Internationaler Vergleich beim Gesamtpersonal und Leistungserbringer-Index je 1000 Einwohner für das Jahr 2003

	Fachärzte	Kranken- pflegekräfte	Allgemein- ärzte	Apotheker	Leistungs- erbringer- Index
Australien	1,2	10,4	1,4	0,8	117,0
Belgien	1,9	5,8	2,1	1,2	148,8
Dänemark	1,3	7,0	0,7	0,6	80,3
Deutschland	2,3	9,7	1,0	0,6	111,4
Finnland	1,4	7,3	0,7	1,5	113,0
Frankreich	1,7	7,3	1,6	1,1	131,4
Griechenland	3,3	3,8	0,3	0,8	93,7
Großbritannien	1,5	9,1	0,7	0,5	85,8
Irland	0,6	14,8	0,5	0,9	96,7
Italien	2,4	5,4	0,9	1,2	117,6
Kanada	1,1	9,8	1,0	0,7	98,1
Luxemburg	1,8	12,3	0,9	0,8	115,5
Neuseeland	0,7	9,1	0,7	0,8	84,6
Niederlande	0,9	13,9	0,5	0,2	74,7
Norwegen	1,9	14,4	0,7	0,4	103,2
Österreich	2,0	9,4	1,4	0,6	118,7
Polen	2,1	4,9	0,1	0,7	70,4
Portugal	1,9	4,2	0,5	0,9	84,7
Schweden	1,8	10,3	0,6	0,7	97,1
Schweiz	2,5	10,7	0,5	0,5	98,3
Slow. Republik	2,3	6,5	0,4	0,5	80,3
Spanien	1,5	7,5	0,7	0,9	94,7
Tsch. Republik	2,8	8,0	0,7	0,5	100,9
Ungarn	2,0	8,6	0,7	0,5	91,4

USA	1,4	7,9	1.0	0,7	96,9
OECD 25 Durchschnitt	1,77	8,72	0,81	0,74	100,0

Verfasserangaben: Sources: OECD 2006; own calculation.

Quelle: Wendt, C./ Kohl, J. (2010), S. 23.

Tabelle 5: Berechnung des Leistungserbringer-Indexes für Frankreich im Jahre 2003

	Fachärzte	Kranken- pflegekräfte	Allgemein- ärzte	Apotheker
Leistungserbringer je 1000 Einwohner	1,7	7,3	1,6	1,1
OECD 25 Durchschnitt	1,77	8,72	0,81	0,74
Prozentualer Anteil der Leistungserbringer an dem OECD-Durchschnitt	$\frac{1,7}{1,77} * 100\% = 96\%$	$\frac{7,3}{8,72} * 100\% = 83,7\%$	$\frac{1,6}{0,81} * 100\% = 197,5\%$	$\frac{1,1}{0,74} * 100\% = 148,6\%$
Leistungserbringer-Index	$(96\% + 83,7\% + 197,5\% + 148,6\%) / 4 = 131,45\%$			

Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten der ersten beiden Zeilen und die Berechnungsmethode aus Wendt, C./ Kohl, J. (2010), S. 23.

Alternativ zu den Leistungserbringern könnte die Qualitätsmessung der Gesundheitsversorgung auch aus Sicht der absolut oder relativ aufgewendeten Ressourcen wie Anzahl bzw. Dichte der Krankenhaus- oder Pflegeheimbetten erfolgen.³⁶ Allerdings sagt auch die Höhe der eingesetzten Ressourcen nicht direkt etwas über die Zugangschancen der Patienten und den angebotenen Gesundheitsleistungen aus.³⁷

3.2.1.2 Finanzierungsstrukturen

Als Indikator zur Versorgungsmessung wäre auch der Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben („public health expenditure“) denkbar. Dieser Indikator misst den Anteil der öffentlichen Finanzierung an den Gesamtausgaben im Gesundheitssystem. Daher stellt dieser Indikator auch die interventionelle Macht des Staates dar, was z. B. als Fähigkeit zur Kostenstabilisierung (also als Steuerungsfähigkeit) betrachtet

³⁶ Siehe dazu die Tabellen vom Statistischen Bundesamt (Hrsg.) (2011d).

³⁷ Vgl. Wendt, C. (2011), S. 474.

werden kann.³⁸ Allerdings ist dieses Maß in Bezug auf Aussagen über die staatliche Marktdurchdringung oder die Steuerungspotentiale zu grob und kaum vergleichbar.³⁹ Die geringe Vergleichbarkeit kann sowohl auf die unterschiedlichen Budgetausstattungen der Staaten wie auch auf andere ergebnisverzerrende Gründe zurückzuführen sein.

Der Indikator „*out-of-pocket funding*“ zeigt die privaten Selbst- und Zuzahlungen und somit den Grad der Risikoüberwälzung auf den Patienten und die Reduktion des Solidaritätsgedanken auf.⁴⁰ Private Zuzahlungen oder Selbstbeteiligungen haben generell einen starken Einfluss auf den Zugang der Patienten zu den Gesundheitsleistungen, da sie eine Zugangsbarriere für Patienten mit niedrigem Einkommen bilden.⁴¹ Deshalb kann dieser Indikator sowohl zu den Finanzierungsindizes wie auch zu den einfachsten Zugangsregulierungsindizes zugeordnet werden. Auch bei diesem Indikator existieren einige Nachteile. Ein Beispiel ist die Existenz unterschiedlicher Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen, was die (internationale) Vergleichbarkeit erheblich erschwert.⁴²

3.2.1.3 Zugangsregulierung und Gerechtigkeit

Als Indikator für die Messung der Gesundheitsversorgung kann auch die *Anspruchsgrundlage*⁴³ des Patienten an Gesundheitsleistungen (wie etwa Staatsbürgerschaft, Sozialversicherungsbeiträge, private Versicherungsbeiträge oder das Bedürfnis des Patienten, wobei in Europa die ersten zwei Anspruchsgrundlagen am gängigsten sind) betrachtet werden.⁴⁴

Auch ein *Zugangsregulierungsindex* („access regulation index“) ist ein möglicher Indikator für die Versorgungsqualität und besteht aus mehreren Komponenten: Notwendigkeit der Registrierung beim Allgemeinarzt, räumliche Begrenzung der Arztwahl, Honorierung nach der Kopfpauschale, Art des Zugangs zum Facharzt und zur ambulanten Versorgung (Tabelle 7).⁴⁵ Dieser Index erfasst den Grad der Freiheit, den der Patient bei der Wahl und dem Zugang zum Facharzt hat. Hierunter fällt

³⁸ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 434-435; Vgl. Alber, J. (1988), S. 121 sowie S. 138-142.

³⁹ Vgl. Alber, J. (1988), S. 142.

⁴⁰ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 434-435; Vgl. Rice, T./ Morrison, K. R. (1994), S. 268.

⁴¹ Vgl. Wendt, C. (2011), S. 474.

⁴² Vgl. Reibling, N. (2010), S. 11.

⁴³ Vgl. Mossialos, E./ Dixon, A. (2002), S. 4.

⁴⁴ Vgl. Wendt, C. (2011), S. 474; Vgl. S. 9-25.

⁴⁵ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 435-436.

bspw. das Ausmaß des Gatekeepings⁴⁶, die Erforderlichkeit einer Überweisung durch den Hausarzt oder die Länge der Wartezeit auf den entsprechenden Wartelisten.⁴⁷

Tabelle 6: Index der Zugangsregulierung und seine Determinanten für das Jahr 2004

	Registrierung bei dem Allgemeinarzt	Räumliche Begrenzung der Arztwahl	Honorierung nach Kopfpauschalen	Zugang zum Facharzt	Zugang zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus	Index der Zugangsregulierung / IZR
Belgien	-	-	-	Zuzahlung	Zuzahlung	2
Dänemark	+	+	+	Überweisung	Überweisung	7
Deutschland	-	-	-	Frei	Überweisung	2
Frankreich	-	-	-	Frei	Frei	0
Griechenland	-	-	-	Frei	Frei	0
Italien	+	+	+	Überweisung	Überweisung	7
Niederlande	+	-	+	Überweisung	Überweisung	6
Österreich	-	-	+	Zuzahlung	Zuzahlung	3
Spanien	+	+	-	Überweisung	Überweisung	6
Schweden	+	-	-	Zuzahlung	Zuzahlung	3
Schweiz	-	-	-	Frei	Frei	0

Verfasserangaben:

Anmerkungen: Kodierung für die Index-Konstruktion : -=0; +=1; frei=0;

Zuzahlungen=1; Überweisung =2.

Quelle: Wendt, C. (2011), S. 481 und Reibling, N./Wendt, C. (2008), S. 13.

Allerdings sollte die Zugangsregulierungsdimension immer im Zusammenhang mit der „Leistungserbringer“-Dimension betrachtet werden. Bspw. könnte die Versorgungsqualität auch bei leichten Zugangsbedingungen unter einer geringen Leistungserbringerdichte leiden. Andersherum könnte ein erschwerter Zugang zu

⁴⁶ Vgl. Reibling, N. (2010), S. 9.

⁴⁷ Vgl. Reibling, N./Wendt, C. (2008), S. 12-13.

Gesundheitsleistungen dazu führen, dass die Versorgungsqualität trotz einer hohen Leistungserbringerdichte gering ist.

3.2.1.4 Mortalität und Lebenserwartung

Neben den bereits angeführten Indikatoren könnten auch der Gesundheitszustand sowie die Inanspruchnahme von Ressourcen als indirekte Gradmesser für die Qualität der Versorgung herangezogen werden. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird in der Regel über statistische Daten zur Lebenserwartung (getrennt für Männer und Frauen, zum Zeitpunkt der Geburt oder in der Mitte des Lebens), Kinder- und Säuglingssterblichkeit⁴⁸, Kinder- und Säuglingsgesundheit, Todesursachen, Mütter-Mortalität, perinatale Mortalität, verlorene Lebensjahre (PYLL), übertragbare Krankheiten, Unfälle und Fehlzeiten definiert. Die „Inanspruchnahme von Ressourcen“ wird wiederum anhand von Arztkontakten, mittlerer Verweildauer⁴⁹, Krankenhausfällen⁵⁰, chirurgischen und ärztlichen Eingriffen, Transplantationen und Dialysen gemessen. Bei der Interpretation dieser Indikatoren bedarf es jedoch einiger Vorsicht, da der Gesundheitszustand der Bevölkerung auch von anderen Faktoren als der Versorgungsqualität abhängt, bspw. dem Lebensstil der Bevölkerung oder den klimatischen Bedingungen

3.2.1.5 Sonstige Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität

Auch die *Honorierungssysteme* können als mittelbarer Indikator für das Niveau der Gesundheitsversorgung verwendet werden, da sie als Anreizmechanismus dienen.⁵¹ Dabei besteht z. B. die Möglichkeit die Ärzte durch eine Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschale, Fallpauschale oder ein Gehalt zu honorieren. Jede der betrachteten Honorierungsmethoden bringt sowohl Chancen als auch Risiken mit sich. Z. B. würde die Leistungsgebühr dazu führen, dass die Ärzte so viele Leistungen wie möglich auf die Patienten anwenden, auch wenn diese überflüssig wären.⁵² Neben der Betrachtung von Honorierungssystemen kommt auch die Betrachtung des *Arzteinkommens*

⁴⁸ Vgl. Alber, J. (1988), S. 127-128.

⁴⁹ Die mittlere Verweildauer ist hinsichtlich der Vergleichbarkeit problematisch, da dieser Indikator vom Verteilungsmuster der Krankheiten eines Landes, der unterschiedlichen Behandlungsmethodik und nicht zuletzt von der Aufgabenverteilung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor abhängt und damit kaum Aussage zur Effizienz erlaubt. Vgl. Alber, J. (1988), S. 126-127.

⁵⁰ Der Wert eines Landes ist u. a. von der Aufgabenaufteilung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich abhängig und sollte deshalb nicht isoliert betrachtet werden.. Vgl. Alber, J. (1988), S. 126-127.

⁵¹ Vgl. Culyer, A. J. (1989), S. 32-33.

⁵² Vgl. Wendt, C. (2011), S. 474.

im Verhältnis zum Durchschnittseinkommen als Maß der Versorgungsqualität in Frage.⁵³

Weitere Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität können in den Rankings des WHO-Berichts gefunden werden.⁵⁴

- Das *Niveau der Gesundheit*⁵⁵ (Maßeinheit DALE) misst die erwartete Lebensdauer, die in Zuständen nahe der vollen Gesundheit verbracht werden. Der Vorteil von diesem Indize liegt in der vergleichsweise leichten Interpretation und Berechnung.⁵⁶
- Die *Verteilung der Gesundheit*⁵⁷ misst die Gleichheit der Verteilung der Gesundheit und kann z. B. an dem Überleben der Kinder gemessen werden. Der Vorteil dieses Indikators ist, dass die Daten meist verfügbar und gut zugänglich sind.⁵⁸
- Das *Niveau der Patientensouveränität*⁵⁹ wird auf Basis einer Befragung von 2.000 Personen in jedem Land erhoben. Dabei müssen die Befragten sieben Bereiche (Würde, Autonomie, Vertraulichkeit, sofortige Aufmerksamkeit, Qualität der Grundausstattung, Zugang zum Netzwerk der sozialen Unterstützung in der Pflegezeit und Wahl der Leistungserbringer) auf einer Skala von null bis zehn bewerten. Die Einzelergebnisse werden dann in einem Gesamtscore zusammengetragen.⁶⁰
- Die *Verteilung der Patientensouveränität* basiert ebenfalls auf einer Umfrage, bei der die Befragten gebeten werden, die Gruppen zu bestimmen, die in dem Gesundheitssystem, in Bezug auf ihre Souveränität, benachteiligt werden. Dabei wird darauf geachtet, wie häufig jede Gruppe genannt wird. Am häufigsten aufgetreten sind: Frauen, ältere Menschen und Minoritäten.⁶¹
- Die *Fairness der finanziellen Beiträge*⁶² misst die Gesamtausgaben für Gesundheit (wie etwa Selbst- und Zuzahlungen, Sozialabgaben, private Versicherungsbeiträge etc.) der privaten Haushalte im Verhältnis zum Einkommensüberschuss der

⁵³ Vgl. Alber, J. (1988), S. 126.

⁵⁴ Die Methodik jedes Indikators wird separat in den Diskussionspapieren erörtert.

⁵⁵ Siehe dazu Mathers, C. D./Sadana, R./ Salomon, J. A. (2000).

⁵⁶ Vgl. World Health Organization (2000), S. 146.

⁵⁷ Siehe dazu Gakidou, E. E./Frenk, J./ Murray, C. J. L. (2000).

⁵⁸ Vgl. World Health Organization (2000), S. 146-147.

⁵⁹ Siehe dazu Valentine, N. B./ de Silva, A./ Murray, J. L. (2000).

⁶⁰ Vgl. World Health Organization (2000), S. 147.

⁶¹ Vgl. World Health Organization (2000), S. 147-148.

⁶² Siehe dazu Murray, C. J. L./ Knaul, F./ Musgrove, P. et.al. (2000).

jeweiligen Haushalte über dem Existenzminimum. Dieser Indikator wird in Form eines Koeffizienten dargestellt, der sich im Intervall [0; 1] bewegt.⁶³

- Die *Gesamtbewertung der Zielerreichung*⁶⁴ beinhaltet die ersten fünf Indikatoren mit der Gewichtung 25%/25%/12,5%/12,5%/25% und bewegt sich im Intervall [0; 100].⁶⁵
- Die *Wirksamkeit auf den Gesundheitszustand*⁶⁶ soll zeigen, wie effektiv die Ausgaben in Bezug auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes umgewandelt werden. Dieser Indikator wird in DALE gemessen. Er spiegelt das Verhältnis zwischen dem erreichten Niveau und jenem, das durch die effektive Ausgestaltung der meisten Gesundheitssysteme erreicht werden könnte, wieder.⁶⁷
- Die *Effektivität des gesamten Gesundheitssystems*⁶⁸ ist mit dem vorherigen Indikator vergleichbar, beinhaltet aber zusätzlich das Verhältnis von den Ausgaben und dem Output des gesamten Gesundheitssystems.⁶⁹ Dieser Indikator kann bereits als Maßstab für das von Gesundheitsausgaben und Versorgungsqualität eines Landes angesehen werden (wird aber vollständigshalber bereits an dieser Stelle aufgeführt).

Ähnlich komplex wie die WHO-Indikatoren ist der von Kangas, O. (1994) entwickelte Qualitätsindex des Gesundheitsservices („the quality of health service index“).⁷⁰ Ein Vorteil dieses Indikators ist, dass er wesentliche Sozialrechte, wie die Anzahl der Wartetage, die für den Zugang zu Sozialleistungen erforderliche Länge der Beitragszeit, den Deckungsgrad der Gesundheitssysteme und die Lohnersatzleistungen im Falle von Krankheit berücksichtigt⁷¹. Ein Nachteil ist hingegen, dass er nicht die Verfügbarkeit der Gesundheitsversorgung einbezieht.⁷²

Als weiteren Indikator zur Messung der Versorgungsqualität kann z. B. der Deckungsgrad der Bevölkerung durch das betrachtete Gesundheitssystem, der bei

⁶³ Vgl. World Health Organization (2000), S. 148.

⁶⁴ Siehe dazu Gakidou, E. E./ Frenk, J./ Murray, C. J. L. (2000); Murray, C. J. L./ Lauer, J./ Tandon, A. et.al. (2000).

⁶⁵ Vgl. World Health Organization (2000), S. 149.

⁶⁶ Siehe dazu Evans, D. B. / Tandon, A./ Murray, C. J. L. et.al. (2000).

⁶⁷ Vgl. World Health Organization (2000), S. 150.

⁶⁸ Siehe dazu Tandon, A./ Murray, C. J. L./ Lauer, J. A. et.al. (2000).

⁶⁹ Vgl. World Health Organization (2000), S. 150.

⁷⁰ Vgl. Kangas, O. (1994), S. 353-359.

⁷¹ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 435.

⁷² Vgl. Wendt, C. (2009), S. 435.

Bambra, C. (2005) zur Berechnung des Dekommodifizierungs-indexes⁷³ benutzt wurde, verwendet werden. Zwar ist diese Gesundheitssystemabdeckung neben der finanziellen Tragfähigkeit des Patienten eine wichtige Zugangsvoraussetzung zu Gesundheitsleistungen und somit ein mögliches Anzeichen für die Versorgungsqualität, allerdings sind Vergleiche europäischer Länder im Bezug auf diesen Indikator wenig sinnvoll, da die Systeme dieser Länder, trotz ihrer vielfältigen Ausgestaltung in der Regel die jeweilige Gesamtbevölkerung fast vollständig abdecken.⁷⁴

3.2.2 Auswertung der Indikatoren der französischen Versorgungsqualität

In vielen Studien, insbesondere in internationalen, wird die Messung der Qualität der Gesundheitsversorgung vernachlässigt. Dies ist auf die Komplexität zurückzuführen, die der Messung des Niveaus der Gesundheitsversorgung inhärent ist.⁷⁵

Als notwendige Bedingung sollte bei der Auswertung der französischen Versorgungsqualität das ausreichende Vorhandensein der Leistungserbringer betrachtet werden. In Bezug auf das Gesamtpersonal je 1.000 Einwohner (Tab. 5) zeigte Frankreich im Jahre 2003 überdurchschnittliche Werte (im Vergleich zu dem Durchschnitt der OECD-Länder) in Bezug auf Apotheker (rund 49%), Fach- (rund 4%) und Allgemeinärzte (rund 97%) auf. Wobei die Anzahl der Krankenpflegekräfte ca. 16% unter dem Durchschnitt lagen. Dieser Indikator weist somit auf eine gute Ausstattung mit Leistungserbringern hin. Der internationale Vergleich ausgewählter Länder anhand des Leistungserbringerindex zeigt, dass Frankreich mit einem Wert von 131,4 auf Platz Zwei der betrachteten Länder liegt (Maximum bei Belgien mit einem Wert von 148,8 und Minimum bei Polen mit einem Wert von 70,4).⁷⁶

Ein länderübergreifender Vergleich (Deutschland, Frankreich, Italien, Japan, Kanada, Großbritannien und USA) der Bettendichte in den Krankenhäusern für das Jahr 2007 ergab für Frankreich den dritten Platz (nach Japan und Deutschland). Den gleichen Rang nahm Frankreich auch beim Vergleich derselben Länder (mit Ausnahme von Kanada) in Bezug auf die Bettendichte in den Pflegeheimen ein.⁷⁷ Auch diese Indikatoren weisen auf ein gutes Versorgungsangebot hin.

⁷³ Vgl. Bambra, C. (2005), S. 201-209.

⁷⁴ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 435.

⁷⁵ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 435.

⁷⁶ Vgl. Wendt, C. (2011), S. 474.

⁷⁷ Siehe dazu die Tabellen vom Statistischen Bundesamt (Hrsg.) (2011d).

Wird die Entwicklung der Fachärzte im Zeitraum 2000-2004 betrachtet (Tab. 8), dann ist mit der Ausnahme der Bereiche der allgemeinen Chirurgie, Anästhesie und Intensivpflege insgesamt eine (leicht) steigende Tendenz zu beobachten.⁷⁸ Dies gilt auch für die Bettendichte in den Pflegeheimen im Zeitraum 1993-2008. Die Bettendichte in den Krankenhäusern nimmt hingegen im Zeitraum 1997-2008 kontinuierlich ab. Es ist zu vermuten, dass die Ressourcenausstattung in einigen Bereichen auf Kosten der anderen ausgeweitet wird.

Als Ergänzung zur obigen Analyse sollte weiterhin die Zugangsregulierung betrachtet werden, die neben weiteren Indikatoren zur Versorgungsqualität in Tabelle 8 zu finden ist. Den Daten aus dem Jahre 2001 nach hatte Frankreich den zweitgeringsten Selbst- bzw. Zuzahlungsindex (nach Luxemburg), den zweithöchsten ambulanten Versorgungsindex (nach Belgien) und gehörte zu den Ländern mit dem freisten Zugangsregulierungsindex. Dazu kann zusätzlich der Vergleich aus der Tabelle 7 herangezogen werden. Diese Tabelle zeigt den Zugangsregulierungsindex im internationalen Vergleich für das Jahr 2004 (nach der Gesundheitsreform). Wie bereits erwähnt wurde, gehört Frankreich zu den europäischen Ländern, die den freisten Zugang zu den Gesundheitsleistungen aufweisen. Somit kann das Zusammenspiel von der Dichte bzw. relativen Höhe der Ressourcen sowie für den Patienten günstigen (da wenig beschränkten) Zugang an dieser Stelle als ein Hinweis auf eine hohe Versorgungsqualität gewertet werden. In Bezug auf andere Indikatoren wie dem öffentlichen Finanzierungsanteil, dem stationären Versorgungsindex etc. befindet sich Frankreich eher im mittleren Bereich.

⁷⁸ Siehe dazu die Tabellen vom Statistischen Bundesamt (Hrsg.) (2011c).

Tabelle 7: Internationaler Vergleich von 15 Ländern im Jahre 2001

Nr.	Land	THE (Pro Kopf in US \$)	PHE (in % von THE)	Priv. OOP (in % von THE)	Leistungs- erbringer-index		Institutionelle Indikatoren				
					Stationärer Versorgungs-index	Ambulanter Versorgungs-index	Anspruch auf Versorgung	Honorierung von GP	Registration beim GP	Zugang zum Facharzt	Index der Zugangsregulierung
1	Österreich	2,898	75,7	17,0	109,9	120,2	0	0	-	Zuzahlung	1
2	Belgien	2,452	76,6	22,2	84,6	193,0	0	0	-	Zuzahlung	1
3	Dänemark	2,561	82,7	15,9	105,2	53,7	1	1	+	Überweisung	3
4	Finnland	1,861	75,9	19,7	79,9	136,4	1	2	+	Überweisung	3
5	Frankreich	2,649	78,3	7,5	90,2	163,7	0	0	-	Frei	0
6	Deutschland	2,754	79,3	11,5	120,8	102,6	0	0	-	Frei	0
7	Großbritannien	2,034	83,0	11,0	91,4	73,3	1	1	+	Überweisung	3
8	Griechenland	2,178	47,4	42,4	111,6	68,4	1	2	-	Frei	0
9	Irland	2,151	73,6	12,5	107,0	80,1	1	1	+	Zuzahlung	2
10	Italien	2,188	74,6	22,1	101,0	122,6	1	1	+	Überweisung	3
11	Luxemburg	3,270	87,9	6,5	120,2	85,5	0	0	-	Frei	0
12	Niederlande	2,525	62,8	8,7	109,2	42,0	0	1	+	Überweisung	3
13	Portugal	1,685	71,5	23,2	68,6	74,3	1	2	+	Überweisung	3
14	Spanien	1,617	71,2	23,9	91,2	110,4	1	2	+	Überweisung	3
15	Schweden	2,409	84,9	15,1	109,1	73,8	1	2	+	Zuzahlung	2

Verfasserangaben: THE: Gesamte Gesundheitsausgaben; PHE: Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben; OOP: Selbst-/Zuzahlungen

Leistungserbringerindex wurde separat für den stationären und ambulanten Sektor berechnet.

Kodierung für den Versorgungsanspruch: Sozialversicherung=0;

Staatsangehörigkeit=1.

Kodierung für die Honorierung: Einzelleistungsvergütung=0;

Kopfpauschale=1; Gehalt=2.

Kodierung für Konstruktion des Indikators: -=0; +=1; Frei=0; Zuzahlung=1; Überweisung=2.

Quelle: in Anlehnung an Wendt, C. (2009), S. 437.

Im internationalen Vergleich mittels WHO-Indikatoren (Tabelle 9) zählt Frankreich in Bezug auf das Niveau des Gesundheitszustandes, die Verteilung der Patientensouveränität, die Gesamtbewertung der Zielerreichung und die Wirksamkeit auf den Gesundheitszustand zu den besten zehn Ländern. Bei der Verteilung von Gesundheit, Niveau der Patientensouveränität und Fairness der finanziellen Beiträge zu den besten 15%.

Tabelle 8: Internationaler Rankings der WHO-Mitglieder für das Jahr 1997

Land	ATTAINMENT OF GOALS						Health expenditure per capita in dollars	PERFORMANCE		
	Health			Responsiveness		Fairness in financial contribution		Overall goal attainment	Level of health	Overall health system
	Level	(DALE)	Distribution	Level	Distribution					
...	
Ethiopia	182		176	179	179–180	138–139	186	189	169	180
Fiji	106		71	57–58	73–74	54–55	78	87	124	96
Finland	20		27	19	3–38	8–11	22	18	44	31
France	3		12	16–17	3–38	26–29	6	4	4	1
...

Verfasserangaben : Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures, estimates for 1997

Quelle: Ausschnitt aus World Health Organization (2000), S. 152-155.

Die Gesundheit ist stark von Faktoren wie Lebensstil, Umwelt, Einkommens-, Ernährungs- und Wohnstandards abhängig. Daher treten zwischen den „Inputs“ und „Performances“ sehr viele Variablen auf. Daraus folgt, dass die Bewertung der Versorgungsqualität anfällig für Fehlinterpretationen ist.⁷⁹ Weiterhin existieren noch Unge-

⁷⁹ Vgl. Alber, J. (1988), S. 135.

nauigkeiten, die sich meistens aus der fehlenden Bereinigung und/oder den internationalen Unstimmigkeiten in Bezug auf die in Landessprache definierten Begriffe in den Datensätzen ergeben, die als Basis für die Messung und Bewertung der Indikatoren dienen.⁸⁰ Somit sind die statistisch basierten Schlussfolgerungen mit Vorsicht zu interpretieren.

3.3 Stehen die Gesundheitsausgaben und die Versorgungsqualität in einem angemessenen Verhältnis?

Um das Verhältnis von Gesundheitsausgaben und Versorgungsqualität betrachten zu können, müssten beide verglichen werden, was oft dadurch erschwert wird, dass die Zeiträume der Daten nicht übereinstimmen. Aus diesem Grund weicht dieses Kapitel gelegentlich von den Zeiträumen der zuvor präsentierten Daten ab, um eine zeitliche Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Außerdem sollte bei Betrachtung der vorgestellten beachtet werden, dass die Daten für Frankreich aus den Jahren 2000-2003 aufgrund der Gesundheitsreform im Jahre 2004 nur noch bedingt gültig sind.

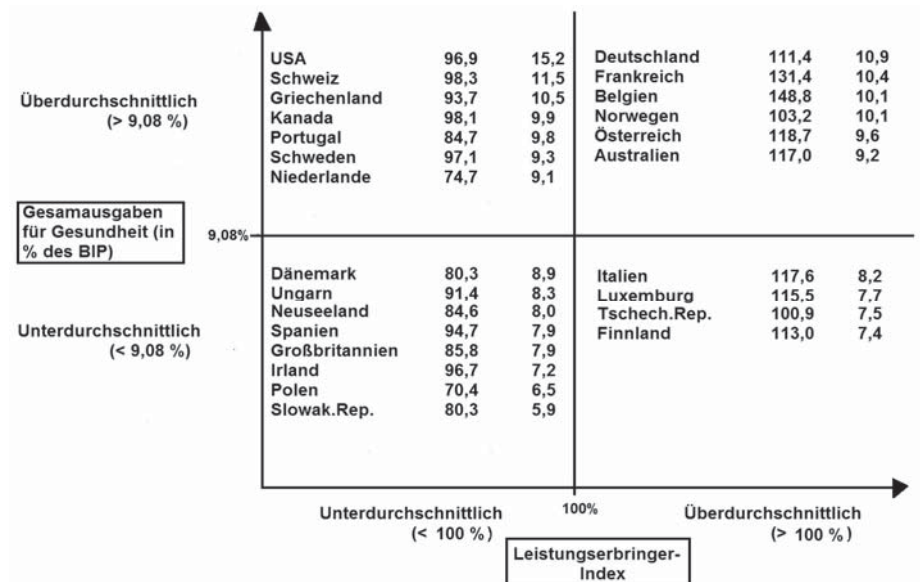
Die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit von Gesundheitsausgaben und Versorgungsqualität ist eine äußerst komplexe Aufgabe, da hierfür bislang kein Kriterium entwickelt wurde. Bspw. könnte das Verhältnis von Ausgaben und Versorgungsqualität in Frankreich als angemessen angesehen werden, da den im internationalen Vergleich sehr hohen Gesundheitsausgaben gleichzeitig eine hohe Versorgungsqualität gegenübersteht.

Das Verhältnis von Gesundheitsausgaben und Versorgungsqualität kann anhand einer Modifizierung des Leistungserbringerindex betrachtet werden. Dabei werden die Länder je nach Höhe des Leistungserbringerindex und der prozentualen Gesundheitsausgaben in vier Cluster gruppiert. Die Schwellenwerte der Gruppenzugehörigkeit sind die jeweiligen Durchschnitte der beiden Dimensionen (beim Leistungserbringerindex ist es 100 und bei den Ausgaben ist es 9,08%). Das Ergebnis dieser Clusterung ist in der Abbildung 4 in einem zweidimensionalen Koordinatensystem dargestellt. Im ersten Quadranten befinden sich Länder wie Frankreich, Deutschland und Belgien, die eine hohe Leistungserbringerdichte bei hohen Kosten aufweisen. Im dritten Quadranten befinden sich Länder wie Dänemark, Spanien und

⁸⁰ Vgl. Schneider, M. (2002), S. 17-18.

Neuseeland, die die Kostendämpfung priorisieren und bei denen den unterdurchschnittlichen Gesamtausgaben für Gesundheit ein niedriger Leistungserbringerindex gegenübersteht. Die Länder im vierten Quadranten verfügen über unterdurchschnittliche Gesundheitsausgaben bei einem überdurchschnittlichen Leistungserbringerindex, so dass hier eine hohe Effizienz des Gesundheitssystems vermutet werden kann. Im dritten Quadranten stehen überdurchschnittliche Gesundheitsausgaben hingegen einunterdurchschnittlicher Leistungserbringerindex gegenüber, was auf besonders ineffiziente Systeme hindeuten könnte.⁸¹

Abbildung 4: Clusterung ausgewählter Länder in Abhängigkeit vom Leistungserbringer-Index und der Gesundheitsausgaben für das Jahr 2003



Verfasserangaben: Sources: OECD 2006; own calculation.

Quelle: in Anlehnung an Wendt, C./ Kohl, J. (2010), S. 26.

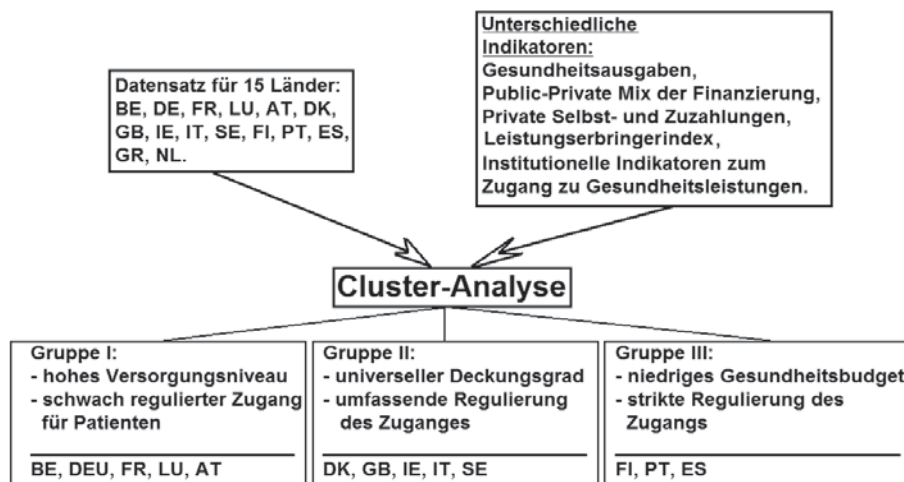
Diese Methode zeigt, dass Frankreich im Jahr 2003 in der Gruppe der Länder war, die zwar höhere Gesundheitsausgaben aufweisen, aber auch einen überdurchschnittlichen Leistungserbringerindex. Demnach ließe sich vermuten, dass die Ausgaben in einem ausgewogenen Verhältnis zur Versorgungsqualität stehen. Eine weitere Modifikation ergebe sich, indem die Ärzte- und Bettendichte im Verhältnis zu den Gesundheitsausgaben betrachtet wird. Bereits im Jahr 1982 gehörte Frankreich auch

⁸¹ Vgl. Wendt, C. (2011), S. 474.

bei dieser Messmethode zum Cluster der Länder mit hohen Ausgaben und einer hohen medizinischen Versorgung.⁸²

Ein weiterer Versuch einer internationalen Typisierung der Gesundheitssysteme wurde bei einer Clusteranalyse von 15 europäischen Gesundheitssystemen basierend auf Daten aus dem Jahr 2001 vorgenommen. Hierbei wurden vier Dimensionen als Indikatoren gewählt: Ausgaben, Finanzierung, Leistungserbringung und Zugangsregulierung. Das Vorgehen ist in Abbildung 5 dargestellt.

Abbildung 5: Clusteranalyse von 15 europäischen Ländern für das Jahr 2001



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Wendt, C. (2011), S. 478-479.

Dabei setzen sich die Dimensionen wie folgt zusammen (Tab. 15):

- Gesundheitsausgaben (THE = total health expenditure): Hierbei wird die Summe aller Ausgaben für die Tätigkeiten im Bereich der präventiven, ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung, sowie der Pflege der chronisch Kranken und der Verwaltung des Gesundheitssystems ermittelt. Die Gesundheitsausgaben wurden bei Clusterung in US-Dollar pro Kopf anhand der Kaufkraftparität angegeben.⁸³
- Finanzierung des Gesundheitswesens: Diese Dimension beinhaltet zwei Indikatoren, die als prozentualer Anteil an den Gesamtausgaben (THE) ausgedrückt werden: „public-private-mix“ und „out-of-pocket funding“.

⁸² Vgl. Alber, J. (1988), S. 132-133.

⁸³ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 434.

- Leistungsbereitstellung: Diese Dimension enthält Informationen zur Verfügbarkeit der Leistungserbringer, berechnet auf Basis des Leistungserbringerindex (zur Berechnung: Tab. 10). Dieser wird jedoch modifiziert und in einen Index der stationären Versorgung (enthält Spezialisten und Krankenschwestern) und einen zweiten der ambulanten Pflege (enthält Allgemeinmediziner und Apotheker) aufgesplittet.⁸⁴ Mit Hilfe dieser Modifikation wird das Ausmaß der medizinischen Grundversorgung, wie Allgemeinmediziner bzw. Apothekerin Verhältnis zur spezialisierten Gesundheitsversorgung, wie etwa Fachärzte bzw. Krankenschwestern, sichtbar.⁸⁵
- Institutionelle Merkmale: Diese Dimension enthält drei Indizes: Die Anspruchsgrundlage, das Honorierungssystem und den Zugangsregulierungsindex (access regulation index). Sie spielt beim Zugang der Patienten zu Gesundheitsleistungen eine wichtige Rolle und ist quantitativ nur schwer erfassbar.

Unter der Berücksichtigung der oben genannten Merkmale wurden die Länder anhand der hierarchischen⁸⁶ Clusterungsmethode gruppiert. Wie bei jeder Clusteranalyse wurde eine maximale Homogenität innerhalb und eine maximale Heterogenität zwischen den Gruppen angestrebt. Als Unähnlichkeitsmaß wurde der Gower-Koeffizient⁸⁷ verwendet, da neben quantitativen Merkmalen auch binäre vorhanden waren. Bei der hierarchischen Methode ist es typisch, dass diese eine Reihe möglicher Lösungen liefert (Abb. 6). Im vorliegenden Fall sind maximal 15 Cluster möglich (je nachdem wo das Dendogramm „durchgeschnitten“ wird). Die Entwicklung der Messzahlen für die Homogenität und Heterogenität zeigen, dass die Struktur der Daten am besten mittels drei Cluster repräsentiert wird.⁸⁸ In diesem Fall liefern die Verfahren wie etwa das Complete-, Single- Linkage-Verfahren oder Ward-Verfahren bis auf eine kleine Ausnahme (beim Complete-Linkage-Verfahren in Bezug auf Schweden) dasselbe Ergebnis. Repräsentativ wird in der Abb. 6 das Dendogramm nach dem Average-Linkage-Verfahren⁸⁹ dargestellt.⁹⁰

⁸⁴ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 435.

⁸⁵ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 435.

⁸⁶ Für die Methode der hierarchischen Clusteranalyse vgl. Handl, A. (2002), S. 364-370.

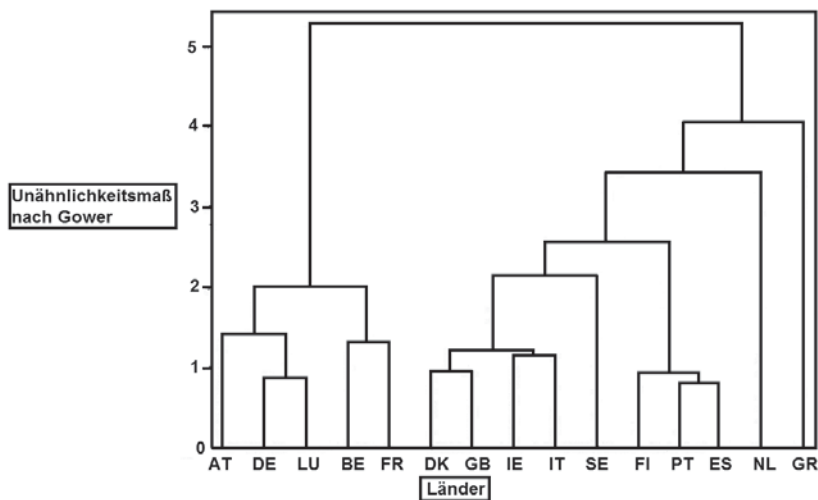
⁸⁷ Für die Methode der Koeffizientenberechnung vgl. Handl, A. (2002), S. 93-95.

⁸⁸ Für die Lösungsgüte und die Auswahl der Klassenanzahl vgl. Handl, A. (2002), S. 380-383.

⁸⁹ Für die Methode des Average-Linkage-Verfahrens vgl. Handl, A. (2002), S. 375-377.

⁹⁰ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 438.

Abbildung 6: Dendrogramm für die Clusteranalyse von 15 europäischen Ländern für das Jahr 2001



Verfasserangabe: Hierarchische Cluster-Analyse: Dendrogramm für average-linkage-Methode Quelle: Vgl. Wendt, C. (2009), S. 439.

Die Clusteranalyse lieferte drei wesentliche Gruppen, welche aufgrund der Methodengüte ausgewählt und im Folgenden näher beschrieben werden:

Die erste Gruppe beinhaltet Länder wie Frankreich, Österreich, Deutschland, Belgien und Luxemburg mit hohen Gesamtausgaben, hohem Versorgungsniveau, dereguliertem Zugang zu Gesundheitsleistungen und freier Arztwahl. Weiterhin ist der Grad der öffentlichen Finanzierung auf einem hohen und die private Finanzierung auf einem angemessenen Niveau. Die ambulante Versorgung ist überdurchschnittlich und die stationäre Versorgung ebenfalls angemessen. Somit wären die hohen Gesundheitsausgaben durch das hohe Versorgungsniveau zu rechtfertigen. Problematisch ist hingegen die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems. Aufgrund einer Zunahme der Leistungsansprüche, bedingt durch den demographischen Wandel, ist das hohe Versorgungsniveau künftig wahrscheinlich nicht mehr aufrechtzuerhalten.

Die zweite Gruppe enthält u. a. Länder wie Schweden, Dänemark, Großbritannien und Irland und ist durch eine universelle Kostendeckung, jedoch auch durch eine stärkere Zugangsregulierung, gekennzeichnet. Die Länder befinden sich im mittleren Bereich der Gesamtgesundheitsausgaben. Die Anspruchsgrundlage auf eine Absicherung des Krankheitsfalls basiert auf dem sozialen Staatsbürgerschaftsrecht. Es gibt keinen freien Zugang zu den Fachärzten. Stattdessen wird die Zuweisung durch

den Hausarzt koordiniert. Dabei ist das Niveau an stationären Leistungserbringern vergleichbar und die Anzahl an ambulanten Leistungserbringern niedriger als im ersten Cluster. Der Zugang für den ärmeren Bevölkerungsanteil sowie für die Bevölkerungsgruppen mit hoher Leistungsanspruchnahme wird durch private Selbst- und Zuzahlungen erschwert, die aber noch angemessen sind. Der Anteil der öffentlichen Finanzierung ist immer noch relativ hoch.

In dem dritten Cluster befinden sich Länder wie Spanien, Portugal und Finnland. Diese Gruppe ist durch ein niedriges Niveau der Gesundheitsausgaben und eine strikte Regulierung des Zugangs zu den Gesundheitsleistungen gekennzeichnet. Das stationäre Versorgungsniveau ist niedrig und das ambulante auf einem angemessenen Level. Die privaten Selbst- und Zuzahlungen sind relativ hoch und bilden ein starkes Hindernis für den ärmeren Bevölkerungsteil. Die Honorierung der Ärzte ist noch stringenter als im zweiten Cluster. Die öffentliche Finanzierung ist deutlich geringer und der Zugang noch stärker durch den Staat reguliert, als bei den beiden vorherigen Gruppen.

Insgesamt konnten zwei Länder keinem Cluster zugeordnet werden: Griechenland und die Niederlande.⁹¹ Allerdings sollte eine solchen Ländergruppierung nicht statisch betrachtet werden, da Veränderungen im Zeitablauf oder die Aufnahme zusätzlicher Länder höchstwahrscheinlich zu Umgruppierungen oder Veränderungen der Typeigenschaften führen.⁹² Das Ergebnis einer solchen Clusterung ist somit zeit- und raumabhängig.⁹³ Zunächst können aus der Clusterung folgende Schlussfolgerungen gezogen werden: Bei dem *leistungserbringungsorientierten Typ* verfügen die Patienten über einen freien Zugang zu den Ärzten und müssen nur kleine Selbst- oder Zuzahlungen leisten. Die Honorierung erfolgt auf der free-for-service-Basis, deshalb wird die Behandlung möglichst aktiv (seitens der Ärzte) durchgeführt. Beim Typ *universelle Deckung mit kontrolliertem Zugang* wird der Zugang nicht nur durch die geringere Anzahl der Leistungsanbieter im ambulanten Sektor, sondern auch durch die Zugangsbeschränkungen zu Fachärzten strikt reguliert. Der Anteil der öffentlichen Finanzierung ist sehr hoch, so dass der Staat die größte Verantwortung in Bezug auf die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen übernimmt. Ferner liefert die Ärztevergütung durch die Kopfpauschale geringe Anreize zur Leistungserhöhung.

⁹¹ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 438-439 und vgl. Wendt, C. (2011), S. 478-479.

⁹² Vgl. Wendt, C. (2009), S. 439.

⁹³ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 442.

Dennoch deckt das System die Gesamtbevölkerung ab und sorgt für Gleichberechtigung. Außerdem sind die Selbst- bzw. Zuzahlungen niedrig. Der Typ *kleines Budget und beschränkter Zugang* ist charakterisiert durch die kleinsten Gesamtausgaben für Gesundheit, hohe Selbst- bzw. Zuzahlungen und durch eine Beschränkung der Arztwahl. Besonders der ärmeren Bevölkerungsschicht werden negative Anreize in Bezug auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsleitungen gesetzt. Ärzte werden überwiegend mit einem fixen Gehalt entlohnt, dadurch sind die Anreize zur Leistungserbringung noch geringer als im vorherigen Typ. Auch das Niveau der stationären Anbieter ist sehr niedrig.⁹⁴

Eine weitere Bewertung des Verhältnisses von Gesundheitsausgaben und Versorgungsqualität in Frankreich kann anhand des World Health Report aus dem Jahre 2000 erfolgen. Von besonderem Interesse ist diesbezüglich die Tabelle 9. Diese Tabelle enthält die Ergebnisse von neun unterschiedlichen Rankings zur Messung der Versorgungsqualität und Gesundheitsausgaben.⁹⁵ Das Niveau (DALE) und die Verteilung der Gesundheit, das Niveau und die Verteilung der Patientesouveränität, die Fairness der finanziellen Beiträge, die Gesamtbewertung der Zielerreichung, die Gesundheitsausgaben (hier in Dollar pro Kopf), die Wirksamkeit auf den Gesundheitszustand und des gesamten Gesundheitssystems. Alle Länder sind in dieser Tabelle alphabetisch sortiert.⁹⁶ Als Beispiel für diese Vielschichtigkeit wird das Ranking der Wirksamkeit des gesamten Systems exemplarisch in Tabelle 10 dargestellt. Bei diesem Maß belegt Frankreich den ersten Platz im Ranking.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Frankreich im internationalen Vergleich bei verschiedenen Indikatoren zur Versorgungsqualität ein vorderes Ergebnis erzielt, hierfür aber auch überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben einsetzt. Dies könnte als Hinweis gewertet werden, dass die Gesundheitsausgaben Frankreichs zumindest nicht in einem unangemessenen Verhältnis zur Versorgungsqualität stehen.

⁹⁴ Vgl. Wendt, C. (2009), S. 441-442.

⁹⁵ Gesundheitsausgaben werden in internationalem Dollar pro Kopf gemessen. Vgl. World Health Organization (2000), S. 144.

⁹⁶ Die Tabelle zeigt lediglich die Ergebnisse der Rankings, die in dem Bericht als eigenständige Tabellen mit Indikatorwerten, Rängen und zugehörigen Konfidenzintervallen, sowohl für Indikatorwerte als auch für die Ränge, dargestellt sind (außer Gesundheitsausgaben). Vgl. World Health Organization (2000), S. 144-203.

Tabelle 9: Ranking aller WHO-Mitglieder in Abhängigkeit von Wirksamkeit des Gesamtsystems im Jahr 2000

Wirksamkeit des Gesamtsystems						
Rang	Schwankungsinter- vall		Mitgliedstaat	Index	Schwankungsinter- vall	
1	1	- 5	Frankreich	0,994	0,982	- 1,000
2	1	- 5	Italien	0,991	0,978	- 1,000
3	1	- 6	San Marino	0,988	0,973	- 1,000
4	2	- 7	Andorra	0,982	0,966	- 0,997
5	3	- 7	Malta	0,978	0,965	- 0,993
...	...	-	- ...

Quelle: Ausschnitt aus Tandon, A./ Murray, C. J. L./ Lauer, J. A. et.al. (2000), S. 18-21.

4 Ausblick

International betrachtet gibt es sehr starke Unterschiede sowohl bei der Versorgungsqualität als auch bei den Gesundheitsausgaben. Dies ist auf unterschiedliche Leitgedanken (z. B. Chancengleichheit, soziale Sicherheit oder marktwirtschaftliche Prinzipien) sowie die Stärke ihrer Ausprägungen zurückzuführen.⁹⁷ Jedoch sehen sich alle Länder mit der gleichen Herausforderung konfrontiert, nämlich einer Stabilisierung der Kosten. Um die Gesundheitsausgaben zu dämpfen ist seit den 90er Jahren der Leistungsumfang der Krankenversicherung in Frankreich zurückgegangen, was die Zusatzversicherungen förderte und somit die Ausgaben der privaten Haushalte erhöhte. Es wurden Versuche zur Rationalisierung und zur Einschränkung des Leistungsvolumens unternommen.⁹⁸

Das französische Gesundheitssystem tendiert in seiner Entwicklung zur Rationierung der Gesundheitsversorgung und zur Distributionskontrolle der hoch innovativen

⁹⁷ Vgl. Wendt, C. (2011), S. 475-476.

⁹⁸ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 74.

Technologien.⁹⁹ Beides soll die Kosten dämpfen. Die eingeführte Universalabsicherung folgt zwar weiterhin dem Solidaritätsgedanken, wird allerdings nun von hohen Zuzahlungen bei bestimmten Leistungen, insbesondere in den Bereichen der Augen- und Zahnmedizin, durchbrochen.¹⁰⁰

Wesentliche Ansätze zur Verbesserung des französischen Gesundheitswesens wurden mit der Gesundheitsreform 2004 unternommen, die zum 01.01.2005 in Kraft trat. Diese Gesundheitsreform hatte eine bessere Versorgung sowie eine Ausgabenverwaltung zum Ziel. Dabei können aus der Gesundheitsreform drei Hauptmerkmale extrahiert werden:

- Das System wurde so reorganisiert, dass die Krankenkassen die früher vom Staat getragene Verantwortung übernehmen und Patienten sowie Leistungserbringer durch finanziell gesetzte Anreize steuern.
- Die Entwicklung von Gesundheitsprodukten sowie Diagnose- und Therapieprozessen werden von nun an durch eine unabhängige Gesundheitsbehörde geprüft. Präventionsmaßnahmen werden durch hohe Investitionen gefördert. Die Transparenz wird durch die Gründung eines Gesundheitsdateninstituts erhöht. Weiterhin wurden die Patientendokumentation, bessere Fortbildungsmaßnahmen sowie der Ausbau von Versorgungsstrukturen angestrebt.
- Die Gesundheitsbeiträge, Krankenhausgebühren, Tabaksteuer und die Sozialsteuer wurden erhöht. Außerdem wurde eine Pro-Arztgebühr eingeführt (einen Euro pro Besuch). Weiterhin wurde die Verschreibung von Generika gefördert. Gleichzeitig kam es zu einer Weiterentwicklung des Hausarztssystems.¹⁰¹

Umfassende Indikatoren zur Evaluation der Qualität des französischen Gesundheitssystems nach der Gesundheitsreform stehen noch nicht zur Verfügung. Deshalb können die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie das Verhältnis von Ausgaben und Qualität derzeit noch nicht bewertet werden.

⁹⁹ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 80.

¹⁰⁰ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 80.

¹⁰¹ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 80-82.

Literaturverzeichnis

Alber, J. (1988):

Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, in: Schmidt, M. G. (Hrsg.), Politische Vierteljahresschrift (Sonderheft), Bd. 29, Opladen.

Bambra, C. (2005):

Cash Versus Services: „Worls of Welfare” and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services, in: Journal of Social Policy, 34. Jg., Heft 2, S. 195-213.

Culyer, A. J. (1989):

Cost-containment in Europe, Diskussionspapier Nr. 62, Centre for Health Economics Health Economics Consortium.

Eurostat (Hrsg.) (2011):

Gesundheitsausgaben nach Funktionen, URL:
<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do> [Stand 01.02.2011].

Evans, D. B./ Tandon, A./ Murray, C. J. L./ Lauer, J. A. (2000):

The Comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health, URL:
<http://www.who.int/healthinfo/paper29.pdf> [Stand 21.01.2003].

Gakidou, E. E./ Frenk, J./ Murray, C. J. L. (2000):

Measuring preferences on Health System performance Assessment, URL:
<http://www.who.int/healthinfo/paper20.pdf> [Stand 21.01.2003].

Gruenberg, E. M. (1977):

The Failure of Success, Milbank Memorial Fund Quarterly, 55. Jg., Heft 1, S. 3-24.

Hacker, J. S. (2004):

Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States, in: The American Political Science Review, 98. Jg., Heft 2, S. 243-260.

Handl, A. (2002):

Multivariate Analysemethoden, 1. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York.

Kangas, O. (1994):

The Politics of Social Security: On Regressions, Qualitative Comparisons, and Cluster Analysis, in: Janoski, T./ Hicks, A. M. (Hrsg.), The Comparative Political Economy of the Welfare State, Cambridge, S. 346- 364.

Kern, A. O./ Kupsch, S. D. (2002):

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, in: Schöffski, O./ Fricke, F.-U./ Guminski, W. et al. (Hrsg.), Pharmabetriebslehre, Berlin, Heidelberg, New York, S. 131-149.



Lampert, H./ Althammer, J. (2007):

Lehrbuch der Sozialpolitik, 8. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York.

Mathers, C./ Sadana, R./ Salomon, J./ Murray, C. J. L./ Lopez, A. D. (2000):

Estimates of DALE for 191 countries: methods and results, URL:
<http://www.who.int/healthinfo/paper16.pdf> [Stand 26.02.2003].

Mossialos, E./ Dixon, A. (2002):

Funding Health Care: an Introduction, in: Mossialos, E./ Dixon, A. / Figueras, J./ Kutzin, J. (Hrsg.): Funding Health Care Options for Europe, Buckingham, Philadelphia, S. 1-30.

Murray, C. J. L./ Lauer, J./ Tandon, A./ Frenk, J. (2000):

Overall Health System Achievement, URL:
<http://www.who.int/healthinfo/paper28.pdf> [Stand 21.01.2003].

Murray, C. J. L./ Knaul, F./ Musgrove, P./ Xu, K./ Kawabata, K. (2000):

Defining and Measuring Fairness in Financial Contribution to the Health System, URL:
<http://www.who.int/healthinfo/paper24.pdf> [Stand 13.11.2001].

Reibling, N. (2010):

Healthcare Systems in Europe: Towards an Incorporation of Patient Access, in: Journal of European Social Policy, 20 Jg., Heft 1, S. 5-18.

Reibling, N./ Wendt, C. (2008):

Access Regulation and Utilization of Healthcare Services, URL:
<http://www.mzes.uni-mannheim.de/publications/wp/wp-113.pdf>
[Stand 5.11.2008].

Rice, T./ Morrison, K. R. (1994):

Patient Cost Sharing for Medical Services: A Review of the Literature and Implications for Health Care Reform, in: Medical Care Review, 51. Jg., Heft 3, S. 235-287.

Rothgang, H./ Unger, R. (2011):

Demographischer Wandel, in: Pfaff, H./ Neugebauer, E. A. M./ Glaeske, G./ Schrappe, M. (Hrsg.), Lehrbuch Versorgungsforschung, Stuttgart, S. 188-193.

Schneider, M. (2002):

Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsstatistik in der Europäischen Union, in: G+G Wissenschaft, 2. Jg., Heft 2, S. 15-21.

Schwarzbach, C. (2008):

Schematisierung der Gesundheitssysteme und Beispiele für Übertragungen, in: Greiner, W./ von der Schulenburg, J.-M./ Vauth, C. (Hrsg.), Gesundheitsbetriebslehre, Bern, S. 481-496.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010):

Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2010 mit „internationalen Übersichten“, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a):

Länderprofil Frankreich 2010, URL:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Laenderprofile/Content75/Frankreich,property=file.pdf> [Stand 16.03.2011].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011a):

OECD Health Data. Indikatoren des Gesundheitswesens. Gesundheitsausgaben, URL:

http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9144&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=23437819&hlp_nr=2&p_janein=J [Stand 14.03.2011].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011b):

Eurostat Daten zu den Gesundheitsausgaben des Staates für das Gesundheitswesen, URL:

http://www.eds-destatis.de/de/tdm/archiv/2006_11.php [Stand 14.03.2011].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011c):

Beschäftigte im Gesundheitswesen, URL:

http://www.eds-destatis.de/de/tdm/archiv/2006_11.php [Stand 20.03.2011].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011d):

Betten in der stationären Versorgung, URL:

http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_fid_anzeige?p_fid=9130&p_fund_typ=TAB&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=94077520&p_prot=1 [Stand 08.03.2011]

Tiemann, S. (2006):

Gesundheitssysteme in Europa – Experimentfeld zwischen Staat und Markt, Berlin.

Tandon, A./ Murray, C. J. L./ Lauer, J. A./ Evans, D. B. (2000) :

Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries, URL:

<http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf> [Stand 21.01.2003].

Valentine, N. B./ de Silva, A./ Murray, J. L. (2000) :

Estimating Responsiveness Level and Distribution for 191 Countries: Methods and Results, URL:

<http://www.who.int/healthinfo/paper22.pdf> [Stand 21.01.2003].

Von der Schulenburg, J.-M./ Greiner, W. (2007):

Gesundheitsökonomik, 2. Aufl., Tübingen.

Weinmann, J./ Zifonun, N. (2004):

Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2002, in: Wirtschaft und Statistik, (o. Jg.), Heft 4, S. 449-462.



Wendt, C. (2009):

Mapping European Healthcare Systems: a Comparative Analysis of Financing, Service Provision and Access to Healthcare, in: Journal of European Social Policy, 19. Jg., Heft 5, S. 432-445.

Wendt, C./ Kohl, J. (2010):

Translating Monetary Inputs into Health Care Provision: A Comparative Analysis of the Impact of Different Modes of Public Policy, in: Journal of Comparative Policy Analysis, 12. Jg., Heft 1-2, S. 11-31.

Wendt, C. (2011):

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, in: Schott, T./ Hornberg, C. (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, Wiesbaden, S. 471-485.

World Health Organization (2000):

World Health Report 2000, Geneva.





2 Das Gesundheitssystem der Schweiz – eine ökonomische Analyse

Stefan Ruhe



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	48
1 Einleitung.....	49
2 Das Gesundheitssystem der Schweiz.....	50
2.1 Die obligatorische Krankenversicherung.....	50
2.2 Private Zusatzversicherungen	54
2.2.1 freiwillige Taggeldversicherung	54
2.2.2 sonstige private Zusatzversicherungen.....	54
3 Analyse	55
3.1 Stärken und Schwächen des Systems.....	55
3.1.1 Leistungsfähigkeit	55
3.1.2 Wirtschaftlichkeit	58
3.1.3 Finanzierbarkeit.....	60
3.1.4 Chancengleichheit.....	62
3.2 Moral Hazard und Risikoselektion	63
3.3 Entwicklungen und Reformansätze	65
4 Kritische Würdigung in Bezug auf Deutschland	69
Literaturverzeichnis	72



Abkürzungsverzeichnis

KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OKV	obligatorische Krankenversicherung
d. h.	das heißt
HMO	Health Maintenance Organisation
vgl.	vergleiche
Art.	Artikel
Abs.	Absatz
S.	Seite
bzw.	beziehungsweise
i.V.m.	in Verbindung mit
sFr	Schweizer Franken
BPV	Bundesamt für Privatversicherungen
VVR	Versicherungsvertragsrecht
EDI	Eidgenössisches Department des Inneren
BAG	Bundesamt für Gesundheit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development / Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
DRG	Diagnosis Related Groups / Diagnosebezogene Fallgruppen
G-DRG	German Diagnosis Related Groups

1 Einleitung

Weltweit gibt es verschiedene Ansätze, wie das Gesundheitssystem gestaltet werden kann. Auch in Deutschland gibt es häufig Diskussionen über Reformbedarf und eine Umgestaltung des Systems. Immer öfter werden Elemente anderer Systeme ins Gespräch gebracht, um den vielen Herausforderungen, wie dem demographischen Wandel, steigenden Gesundheitsausgaben und Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Systems begegnen zu können. In dieser Arbeit soll ein Blick in das Nachbarland Schweiz geworfen werden, um zu sehen, welche Ansätze der Gesundheitspolitik dort verfolgt werden und ob diese für das deutsche System denkbar sind. Einige dieser Elemente sind auch jetzt schon in der Diskussion, allen voran die Einführung einer Bürgerversicherung, die verpflichtend für alle Bürger ist. Diese soll nach dem Vorbild Schweiz ausgestaltet sein, die eine obligatorische Versicherung für alle seine Bewohner eingeführt hat. Des Weiteren wird in Regelmäßigkeit auch über die Möglichkeit einer Beitragserhebung pro Bürger, also in Form einer „Kopfprämie“ diskutiert. Diese Art der Finanzierung wurde im Jahre 2010 von den Parteien CDU, CSU und FDP angeregt.

Einführend soll das Schweizer Gesundheitssystem mit der obligatorischen Krankenversicherung, sowie den Möglichkeiten der privaten Zusatzversicherungen dargestellt werden. Der Fokus soll auf die Krankenversicherung gelegt werden. Aus diesem Grund wird die Unfallversicherung vernachlässigt, da diese ähnlich der deutschen Unfallversicherung funktioniert und alle Erwerbspersonen automatisch versichert sind. Auch die obligatorische Pflegeversicherung soll in den Hintergrund treten.

Anschließend folgt eine ökonomische Analyse des Systems hinsichtlich der Leistungsfähigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Finanzierbarkeit und Chancengleichheit. Hier soll sich zeigen, wo die Vor- bzw. Nachteile des Schweizer Gesundheitssystems liegen. Den Schwerpunkt soll die Analyse der obligatorischen Krankenversicherung bilden, da diese für alle Einwohner der Schweiz verpflichtend ist. Die private Zusatzversicherung demgegenüber bietet Ausschlussmöglichkeiten seitens der Versicherer und Wahlmöglichkeiten der Versicherten und steht deshalb nicht so sehr im Mittelpunkt.



Zum Abschluss der Arbeit soll auf den Einfluss einzelner Elemente des Schweizer Gesundheitssystems auf die aktuelle Diskussion über die Gesundheitsreform in Deutschland Bezug genommen werden.

2 Das Gesundheitssystem der Schweiz

2.1 Die obligatorische Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung der Schweiz ist geregelt im Bundesgesetz über Krankenversicherung (KVG), welches am 18. März 1994 beschlossen wurde und zum 01. Januar 1996 in Kraft trat. Das KVG regelt sowohl die obligatorische Krankenversicherung als auch die freiwillige Taggeldversicherung.¹ Es werden Leistungen im Krankheitsfall, im Fall eines Unfalls, aber nur in dem Fall, dass keine andere Versicherung dafür aufkommen kann, sowie Leistungen während der Mutterschaft garantiert.²

In der Schweiz muss sich jede Person, solange sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz hat, in der OKV pflichtversichern. Ausnahmen für Mitversicherte oder Kinder gibt es nicht.³

Die Wahl des Versicherers ist frei, jedoch herrscht Kontrahierungszwang. D. h. eine Krankenkasse muss einen Antragssteller in die OKV aufnehmen⁴, jedoch nur „in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich“⁵. Damit ist das Kanton gemeint, in welchem der Beitragssteller bzw. der Versicherte wohnt. Eine Besonderheit in der Schweiz ist die Gliederung in Kantone, ähnlich der Bundesländer in Deutschland, die eine hohe Verantwortung „bei der Gewährung staatlicher Leistungen“⁶ in der OKV tragen und deren Aufgabe es ist, dass alle Betroffenen über die OKV informiert und versichert sind.⁷

Unter Versicherer versteht das KVG sowohl Krankenkassen als auch private Versicherungsunternehmen. Beide Typen dürfen neben der OKV auch private Zusatzversicherungen anbieten.⁸ Zum Schutz der Versicherten bei Zahlungsunfähigkeit einzel-

¹ Vgl. Art. 1a Abs. 1 KVG

² Vgl. Art. 1a Abs. 2 KVG

³ Vgl. Art. 3 KVG

⁴ Vgl. Art. 4 KVG

⁵ Art. 4 Abs. 2 KVG

⁶ Tiemann (2006), S. 135

⁷ Vgl. Art 6 i. V. m. Art. 6a KVG

⁸ Vgl. Art. 11 i. V. m. Art. 12 KVG

ner Versicherer haben die Versicherer „eine gemeinsame Einrichtung in Form einer Stiftung“⁹ gegründet, welche in diesem Fall die Leistungen des insolventen Versicherers übernimmt.¹⁰

Neben der Überwindung des Krankheitszustandes ist es Aufgabe der Versicherer „Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten“¹¹, zusammen mit den Kantonen, in einer gemeinsamen Institution anzubieten.¹²

Die Wahl des Versicherers ist für die Versicherten frei, jedoch muss der Versicherer seine Leistungen für die jeweilige Region bzw. Kanton anbieten.¹³ Die Wahl der Leistungserbringer, z.B. von Ärzten oder Spitälern zur Behandlung, ist frei, jedoch auf das Kanton begrenzt, ohne dass Mehrkosten entstehen. Die Versicherer übernehmen nur die Kosten, die laut Tarifliste in dem Kanton für die Behandlung gewährt werden.¹⁴ Möchte der Versicherte in einem anderen Kanton behandelt werden, das gilt im Besonderen für öffentliche Krankenhäuser, so hat der Versicherte die Mehrkosten selbst zu tragen.¹⁵ Die öffentlichen Krankenhäuser eines Kantons sind verpflichtet Versicherte des Standortkantons aufzunehmen, aber nicht Versicherte anderer Kantone ohne einen Leistungsauftrag oder ohne Notfall.¹⁶

Dem Versicherten wird eine detaillierte und verständliche Abrechnung der Leistungen und der dadurch entstandenen Kosten vom jeweiligen Leistungserbringer zugestellt. Beglichen werden die Kosten, solange nichts anderes vereinbart ist, von den Versicherern.¹⁷ Die Versicherer bzw. die Leistungserbringer dürfen keine höheren Kosten berechnen als die Kosten, die im Leistungskatalog des Kantons für die Vergütung vorgesehen sind.¹⁸ Zusätzlich können die Versicherer mit den einzelnen oder mehreren Leistungserbringern Tarifverträge für Leistungen schließen,¹⁹ die aber noch von der Kantonsregierung genehmigt werden müssen.²⁰ Für die stationäre Behandlung in

⁹ Art. 18 KVG

¹⁰ Vgl. Art. 18 KVG

¹¹ Art. 19 KVG

¹² Vgl. Art. 19 KVG

¹³ Vgl. Art. 41 Abs. 1 KVG

¹⁴ Vgl. Art. 41 Abs. 1 KVG

¹⁵ Vgl. Art. 41 Abs. 2 KVG

¹⁶ Vgl. Art. 41a KVG

¹⁷ Vgl. Art. 42 Abs. 3 KVG

¹⁸ Vgl. Art. 44 Abs. 1 KVG

¹⁹ Vgl. Art. 46 Abs. 1 KVG

²⁰ Vgl. Art. 46 Abs. 4 KVG

Spitälern werden in der Regel Fallpauschalen gezahlt.²¹ Um die Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu garantieren können Leistungen, die über ein gewisses Maß für den Handlungszweck und dem Interesse des Versicherten hinausgehen, verweigert werden.²² Zu diesem Zweck werden regelmäßig Kontrollen zur Qualitätssicherung durchgeführt.²³

Finanziert wird die OKV durch jährliche Prämien der Versicherten, wobei es jedoch keine einkommensabhängige Finanzierung gibt, d. h. es wird eine so genannte „Kopfprämie“ bzw. „Einheitsprämie“²⁴ bezahlt, die für alle Versicherte gleich ist. Allerdings gibt es zum einen regionale Unterschiede der Prämienhöhe, so dass in Kantonen mit höherem Durchschnittseinkommen auch höhere Prämien erhoben werden. Zum anderen gibt es altersabhängige Prämien für Kinder, junge Erwachsene bis 25 Jahre und Erwachsene.²⁵ Die Prämienhöhe wird vom schweizerischen Bundesrat festgelegt, um eine Deckung der Ausgaben sicherzustellen.²⁶ Die OKV sieht ein Umlageverfahren zur Deckung der laufenden Kosten vor.

Allerdings gibt es für die Versicherten die Möglichkeit durch Wahl besonderer Versicherungsformen die Prämienzahlung zu vermindern. Es ist u.a. möglich eine höhere Selbstbeteiligung bei entstandenen Kosten, dem so genannte Franchise²⁷ zu wählen.²⁸ Zudem sieht das KVG Modelle mit Prämienverminderung vor, in denen sich die Prämienhöhe daran orientiert, ob gewisse Leistungen zuvor in Anspruch genommen worden sind oder nicht.²⁹ „Mit jedem Jahr, in dem der Versicherte keine Beitragsrückerstattung von Seiten des Versicherers verlangt, erhält er eine zunehmende Prämienreduktion“³⁰. Eine weitere Möglichkeit ist die „eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers“³¹. Diese so genannten „managed care“ Systeme sehen vor, dass sich der Versicherte entweder im Hausarztssystem zunächst an seinen festen Hausarzt wendet und dieser dann weitere Entscheidungen bezüglich der Konsultation eines Spezialisten trifft oder sich der Versicherte verpflichtet in ein bestimmtes Ärzte-

²¹ Vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG

²² Vgl. Art. 56 Abs. 1+2 KVG

²³ Vgl. Art. 58 KVG

²⁴ Tiemann (2006), S. 162

²⁵ Vgl. Art. 61 KVG

²⁶ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 162

²⁷ Auf den Punkt der Selbstbeteiligung wird im Folgenden genauer eingegangen

²⁸ Vgl. Art. 62 Abs. 2 a KVG

²⁹ Vgl. Art. 62 Abs. 2 b KVG

³⁰ Tiemann, S. (2006), S. 168

³¹ Art. 62 Abs. 1 KVG i. V. m. Art. 41 Abs. 4 KVG

haus, der Health Maintenance Organisation (HMO), zur Behandlung zu begeben, in dem alle Arten von Fachärzten vorhanden sind. Der Vertrauensarzt soll in diesen Systemen die komplette Koordination der Leistungserbringung übernehmen. Somit verzichtet der Versicherte in diesen Modellen auf die ihm zustehende freie Arzt- bzw. Krankenhauswahl, wovon jedoch Notfälle ausgenommen sind.³²

Jedoch werden in der OKV nicht alle anfallenden Kosten übernommen. Neben den Prämien muss sich der Versicherte an den anfallenden Kosten, etwa für Behandlungen oder Medikamente, beteiligen.³³ Diese Versichertenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag, dem Franchise, in Höhe von aktuell 300,- sFr³⁴, von dem Kinder befreit sind, und 10% von den dem Franchise übersteigenden Kosten, jedoch maximal 700,- sFr für Erwachsene und 350,- sFr für Kinder, bei mehreren Kindern jedoch nur maximal die Selbstbeteiligung für einen Erwachsenen.³⁵ Außerdem muss sich der Versicherte mit 10,- sFr am Tag an den Kosten für einen Spitalaufenthalt beteiligen.³⁶ Keine Kostenbeteiligung fällt bei Mutterschaftsbehandlungen an.³⁷

Für Versicherte aus unteren und mittleren Einkommensschichten gibt es Prämienverbilligungen von mindestens 50%. Die Zahlungen übernehmen hauptverantwortlich die Kantone, unter finanzieller Beteiligung des Bundes.³⁸

Medikamente unterliegen ebenfalls einer Beteiligung der Versicherten. Dort gibt es zwei unterschiedliche Sätze, die separat von dem Selbstbehalt für die Behandlung fällig werden. Für Originalpräparate wird ein Selbstbehalt von 20%³⁹ fällig, sofern Generika⁴⁰ existieren und es keinen Grund gibt, das Originalpräparat vorzuziehen. Für Generika besteht ein Selbstbehalt von 10%. Die unterschiedlichen Selbstbehalte sollen einen Anreiz für Ärzte und Patienten bieten, kostengünstigere Generika vorzuziehen und somit die Ausgaben der Grundversicherung zu mindern.⁴¹

³² Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 167

³³ Vgl. Art. 64 Abs. 1 KVG

³⁴ Vgl. (Höhe der Franchisen und Selbsthalten) www.bag.admin.ch (2011)

³⁵ Vgl. Art. 64 Abs. 2+4 KVG

³⁶ Vgl. Art. 64 Abs. 5 KVG

³⁷ Vgl. Art. 64 Abs. 7 KVG

³⁸ Vgl. Art. 65 KVG

³⁹ Erhöhung des Selbstbehalts von 10% auf 20% zum 1. Januar 2006. Der erhöhte Selbstbehalt gilt nur, wenn das Originalpräparat mehr als 20% teurer ist als das Generikum.

⁴⁰ Unter Generikum versteht man ein Präparat, welches nach Ablauf des Patentschutzes des Originalpräparates entwickelt wurde und dessen Wirkungsweise nachahmt bzw. dieselben Wirkstoffe enthält. Lexikon über die gesetzliche Krankenversicherung (2011)

⁴¹ Vgl. Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2005):

2.2 Private Zusatzversicherungen

2.2.1 freiwillige Taggeldversicherung

Die in der OKV versicherten Personen zwischen dem 15. und 65. Lebensjahr können eine freiwillige Taggeldversicherung abschließen, die für eine Lohnfortzahlung während Krankheit, Unfall oder Mutterschutz aufkommt.⁴² Alle Versicherer die Leistungen der OKV anbieten sind dazu verpflichtet auch eine freiwillige Taggeldversicherung anzubieten und müssen die dazu berechtigten Personen aufnehmen, sobald diese es wünschen.⁴³ Jedoch ist ein Versicherter eines OKV-Versicherers nicht dazu gezwungen die Taggeldversicherung bei demselben Versicherer abzuschließen⁴⁴, auch Kollektivversicherungen, bspw. eines Arbeitgebers für seine Arbeitnehmer, sind möglich⁴⁵. Den Versicherern ist es vorenthalten Versicherte auf Grund von Vorerkrankungen und Erkrankungen vor dem Eintritt in die Versicherung von der Taggeldversicherung auszuschließen, jedoch nur für die Dauer von fünf Jahren.⁴⁶ Anspruch auf Taggeld entsteht ab dem dritten Tag nach Erkrankung und wenn die versicherte Person zu mindestens 50% arbeitsunfähig ist.⁴⁷ Ist die versicherte Person nur teilweise arbeitsunfähig so wird ein entsprechend gekürztes Taggeld gezahlt.⁴⁸ Finanziert wird das Taggeld nach dem Umlageverfahren⁴⁹, die Prämienhöhe legt der Versicherer fest, jedoch gelten die Prämienabstufungen aus der OKV nach Region und Altersklasse⁵⁰ und es gilt „für gleiche versicherte Leistungen die gleichen Prämien“⁵¹.

2.2.2 sonstige private Zusatzversicherungen

Nach Artikel 12 Abs. 2 KVG dürfen die Versicherer neben der OKV und der verpflichtenden Taggeldversicherung noch Zusatzversicherungen anbieten. Aber private Zusatzversicherungen können auch von privaten Versicherungsunternehmen, sowie Lebens- und Schadensversicherern angeboten werden. Die Aufsicht der Zusatzversicherungen unterliegt dem Bundesamt für Privatversicherungen (BPV), da die Zusatzversicherungen nicht als Sozialversicherung sondern als Privatversicherungen

⁴² Vgl. Art. 67 i. V. m. Art. 72 KVG

⁴³ Vgl. Art. 68 KVG

⁴⁴ Vgl. Art. 67 Abs. 2 KVG

⁴⁵ Vgl. Art. 67 Abs. 3 KVG

⁴⁶ Vgl. Art. 69 Abs. 1+2 KVG

⁴⁷ Vgl. Art. 72 Abs. 2 KVG

⁴⁸ Vgl. Art. 72 Abs. 4 KVG

⁴⁹ Vgl. Art. 75 Abs. 1 KVG

⁵⁰ Vgl. Art. 76 Abs. 1+3 KVG

⁵¹ Art. 76 Abs. 1 KVG

gelten. Das BPV prüft die Tarife und Vertragsbedingungen und erteilt die Genehmigung, sobald die erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen des Versicherungsvertragsrecht (VVR) erfüllt sind.⁵² Anders als bei der OKV gilt für die private Zusatzversicherung kein Kontrahierungszwang, d. h. es können Antragssteller abgelehnt, individuelle Leistungen und auch individuelle Prämien nach Risiko, Alter oder Geschlecht festgelegt werden. Die Versicherer können ihre Prämien frei kalkulieren.⁵³ Es bestehen Gewinnmöglichkeiten für die Versicherungsanbieter. Bei den privaten Zusatzversicherungen können zwei Arten unterschieden werden. Zum einen gibt es die so genannten „kleinen“ ambulanten Zusatzversicherungen, bei denen Leistungen wie Zahnbehandlungen, Psychotherapie, nicht kassenpflichtige Medikamente oder Brillen angeboten werden. Zum anderen werden Spitalzusatzversicherungen angeboten, die die Behandlung in öffentlichen Spitälern anderer Kantone, in halbprivaten oder privaten Spitälern, die frei Arztwahl oder Leistungen außerhalb des Pflichtkataloges der OKV beinhalten.⁵⁴ Viele private Zusatzversicherungen sind darauf ausgerichtet einen höheren Komfort zu bieten oder höhere Zahlungen für das Taggeld zu generieren. Meist richten sich solche Komfortangebote an junge, gesunde Versicherte, da die Prämien für ältere und kranke Versicherte sehr hoch sind.⁵⁵

3 Analyse

3.1 Stärken und Schwächen des Systems

3.1.1 Leistungsfähigkeit

Unter Leistungsfähigkeit werden Aspekte aufgegriffen, wie schnell und wirksam Behandlungen für die Versicherten geleistet werden können. Das betrifft vor allem die Struktur bzw. Infrastruktur des Gesundheitswesens. Generell wird dem schweizerischen Gesundheitssystem eine hohe Leistungsfähigkeit zugeschrieben. Es gibt eine hohe Ärztedichte im ambulanten Bereich (im Schnitt 3,9 Ärzte pro 1000 Einwohner im Jahr 2007⁵⁶, im Vergleich Deutschland: 3,5⁵⁷) und somit kommt es häufig zu kürzeren Wartezeiten für die Patienten. Jedoch gibt es regionale Unterschiede. In den Ballungsräumen der Städte ist eine höhere Ärztdichte zu beobachten als in den länd-

⁵² Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 170

⁵³ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 172

⁵⁴ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 171 f

⁵⁵ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 172 f

⁵⁶ Kraft, E., Hersperger, M (2009), S. 1647

⁵⁷ Vgl. Destatis (2010) – Ärztedichte

lichen Regionen. Die bauliche Qualität und die Ausstattung der Krankenhäuser sind im Durchschnitt sehr gut, wobei es zu größeren Unterschieden zwischen öffentlichen, halbprivaten und privaten Spitälern kommt. Privatkliniken bieten häufig gehobenen Komfort, ermöglichen aber Behandlung auf eigene Rechnung oder durch private Zusatzversicherungen.⁵⁸ „Managed care“ Programme, darunter fallen die Hausarztmodelle und die HMO, sollen dafür sorgen, dass Ressourcen sparsam eingesetzt werden und gleiche Behandlungen durch mehrere Ärzte vermieden werden.⁵⁹ Doch es gibt auch Kritik an der Effizienz und Effektivität der „managed care“ Programme. So äußert Wasem Kritik, dass „managed care“ nur für „kurzfristige[.] Einmaleffekte“ sorgen würde.⁶⁰ „Nur für relativ Gesunde sind die HMOs wegen der Prämieinsparungen interessant.“⁶¹ Viele Schweizer würden der freien Arztwahl Priorität einräumen und dafür auf Prämienverbilligungen verzichten.⁶²

In einer repräsentativen Studie⁶³ des Dienstleisters MLP zusammen mit der deutschen Ärztekammer, sowie dem Institut für Demoskopie Allensbach wurden Bewohner des Landes zur Leistungsfähigkeit ihres Gesundheitssystems befragt. Demnach bewerteten 46% der Befragten die Leistungsfähigkeit des Schweizer Gesundheitssystems als sehr gut und 47% als gut, lediglich 4% bewerten es als nicht so gut und 2% als gar nicht gut (Abbildung 1).⁶⁴ Nur 18%⁶⁵ der Schweizer machen sich demnach Sorgen im Krankheitsfall aus Kostengründen nicht ausreichend versorgt zu werden.⁶⁶

⁵⁸ Vgl. Afheldt, H. (2010), S. 92

⁵⁹ Vgl. Afheldt, H. (2010), S. 92

⁶⁰ o. V. (2002)

⁶¹ Flintrop, J. (2003)

⁶² Vgl. Flintrop, J. (2003)

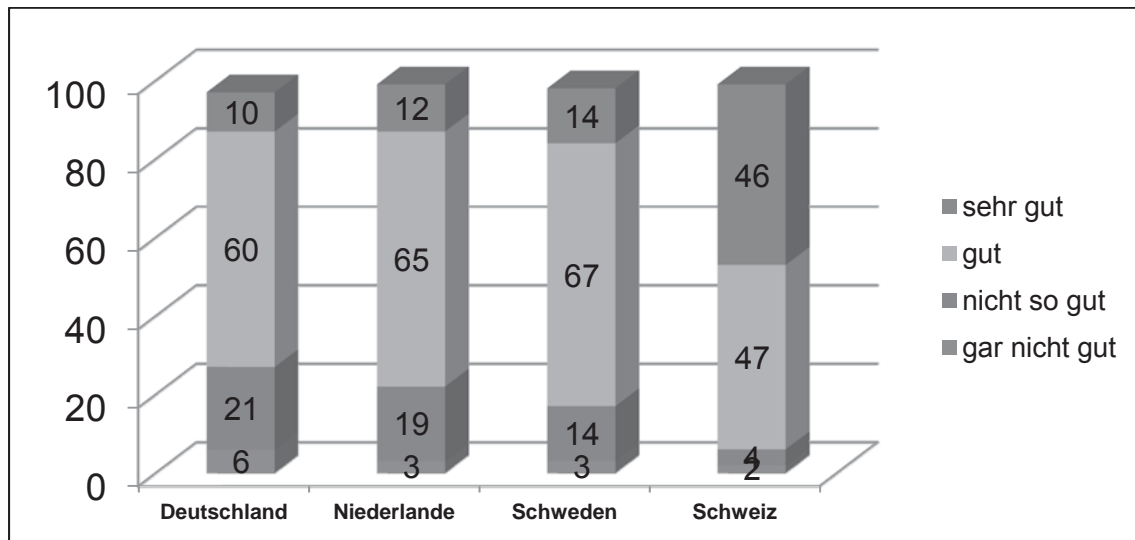
⁶³ Vgl. MLP Gesundheitsreport (2010), S. 20

⁶⁴ demgegenüber Deutschland: 10% sehr gut, 60% gut, 21% nicht so gut, 6% gar nicht gut, vgl. Abb. 1

⁶⁵ Demgegenüber Deutschland: 42% der Bevölkerung macht sich Sorgen

⁶⁶ Vgl. MLP Gesundheitsreport (2010), S. 22

Abbildung 1: Einschätzung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und Gesundheitsversorgung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an MLP Gesundheitsstudie 2010.

3.1.2 Bedarfsgerechtigkeit

Unter Bedarfsgerechtigkeit wird verstanden, dass es keine künstliche Beeinflussung der Nachfrage durch die Anbieter gibt oder konkret gesagt, dass es für die Versicherten keinen Anreiz gibt, Gesundheitsleistungen nachzufragen, die nicht zwingend notwendig sind, um einen akzeptablen Gesundheitszustand herzustellen. Das schweizerische Gesundheitssystem verhindert die missbräuchliche Nutzung von Gesundheitsleistungen dadurch, dass durch Franchise und Selbstbeteiligung die Versicherten einen Teil der Leistungen selbst zu tragen haben. Somit sollen Versicherte dazu bewegt werden, bewusst Leistungen in Anspruch zu nehmen und auf gewisse Leistungen zu verzichten.⁶⁷ Anreiz zur Mehrnutzung entsteht erst dann, wenn Franchise und Selbstbehalt überschritten wurden und alle Leistungen vom Versicherer getragen werden müssen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass Missbrauch schwerer möglich ist als in anderen Systemen.⁶⁸ Es kann jedoch zu Ineffizienzen kommen, wenn Patienten, die nicht an „managed care“ Programmen teilnehmen, verschiedene Ärzte konsultieren und somit die Möglichkeit von Doppelbehandlungen besteht. Brüche im Behandlungsverlauf und der damit verbundenen erneute Informationsaufnahme durch einen Arztwechsel fördern eine Verschwendung von Ressourcen.

⁶⁷ Vgl. Greß, S.; Kocher, R.; Wasem, J. (2004), S.61

⁶⁸ Vgl. Afheldt, H. (2010), S. 93

cen.⁶⁹ Die transparente Darstellung und Abrechnung der angewendeten Behandlungen und deren Kosten i. V. m. der fälligen Selbstbeteiligung können eine anbieterinduzierte Nachfrage⁷⁰ nach Leistungen verringern.⁷¹ Pauschalisierte Abrechnungen sollen die übermäßige Behandlung bei bestimmten Krankheiten im Spital verhindern. Andere ambulante Leistungen der OKV sind im Leistungskatalog geregelt und stellen eine Grundversorgung dar, so dass die nötigen Leistungen erbracht werden können. Verlangen die Patienten eine Überversorgung bzw. mehr Komfort, so können sie sich anhand von privaten Zusatzversicherungen eigenständig absichern. Somit ist eine recht hohe Bedarfsgerechtigkeit in der obligatorischen Krankenversicherung realisiert.⁷²

3.1.3 Wirtschaftlichkeit

Unter Wirtschaftlichkeit versteht man in der Betriebswirtschaftslehre das Verhältnis von Kosten und Nutzen, also ob die Gelder die in das Gesundheitssystem fließen angemessen dafür genutzt werden, um die Ziele des Systems zu erreichen. Dies soll im Vergleich mit anderen Systemen geschehen, damit erkennbar wird, wie gut ein System aus ökonomischer Sicht ist. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern macht es notwendig, dass diese viel Leistung zu geringen Kosten anbieten. Dies trifft auf die OKV zu, aber mehr noch auf die privaten Zusatzversicherungen, da dort die Prämien durch die Versicherer kalkuliert werden können. Hier ist es wichtig eine gute Kosten-Nutzen-Relation generieren zu können, die durch die enthaltenen marktwirtschaftlichen Elemente erreicht werden soll.⁷³ Auch in der stationären Versorgung sorgt der Wettbewerb zwischen öffentlichen, halbprivaten und privaten Spitälern zu einer ausgeprägten ökonomischen Denkweise.⁷⁴ Jedoch muss dieser Wettbewerb eingeschränkt werden, da nicht alle Versicherten eine Zusatzversicherung für private Spitäler haben. Unter wirtschaftlichen Aspekten sollten auch die „managed care“ Programme genannt werden. Hierdurch soll ein Wettbewerbsdruck auf die Versicherer und Leistungsanbieter ausgeübt werden, damit Kosteneinsparungen generiert werden können. Die Gesundheitsversorgung wird aber auch dort durch den einheitlichen Leistungskatalog festgelegt. Somit könne eine höhere Wirtschaftlichkeit

⁶⁹ Vgl. Rosenbrock, R. (2009)

⁷⁰ Hierunter kann bspw. gefasst werden, dass der Arzt selbständig ohne den Patienten entscheidet, welche Behandlungen und Medikamente erbracht werden.

⁷¹ Vgl. Kirchgässer, G. (2009)

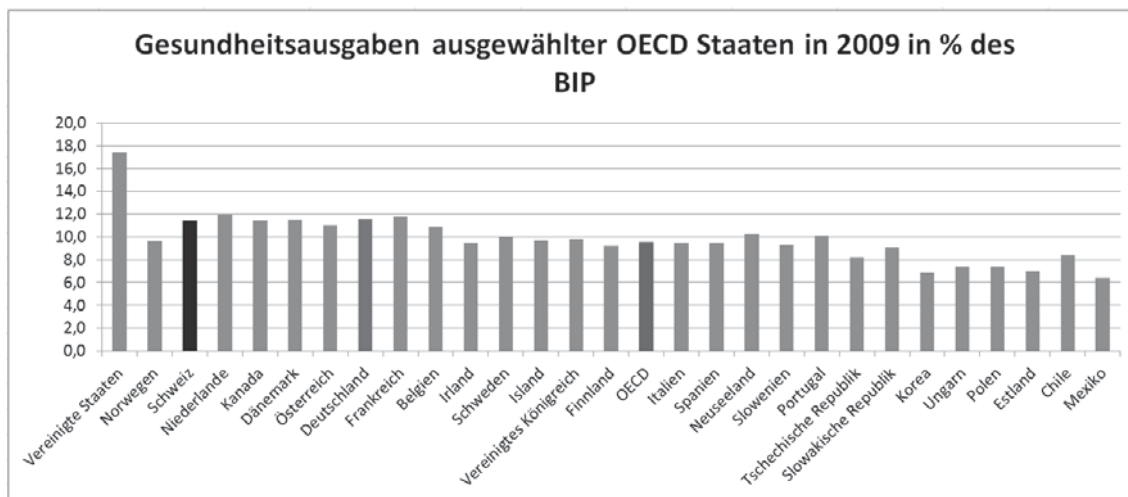
⁷² Vgl. Afheldt, H. (2010), S. 92f

⁷³ Vgl. Greß, S.; Kocher, R.; Wasem, J. (2004), S. 59

⁷⁴ Vgl. Afheldt, H. (2010), S. 93

gegenüber der freien Arztwahl erzielt werden.⁷⁵ Gemessen am Bruttoinlandsprodukt haben Deutschland und die Schweiz ähnlich hohe Gesundheitsausgaben. Im internationalen Vergleich jedoch fällt auf, dass in der Schweiz hohe pro Kopf Ausgaben für das Gesundheitssystem anfallen (4627 US-\$ pro Kopf)⁷⁶. Lediglich die USA sowie Norwegen geben mehr Geld pro Kopf, gemessen in Kaufkraftparität, für Gesundheit aus. Stellt man den Kosten den Nutzen gegenüber, so stellt sich ein etwas anderes Bild dar. Die Gesundheitsleistungen rechtfertigen nicht die hohen Kosten. In anderen Systemen gelingt es mit einem ähnlichen Aufwand mehr Gesundheitsleistung zu generieren.⁷⁷

Abbildung 2: Gesundheitsausgaben ausgewählter OECD Staaten in 2009 in % des Bruttoinlandsprodukts.



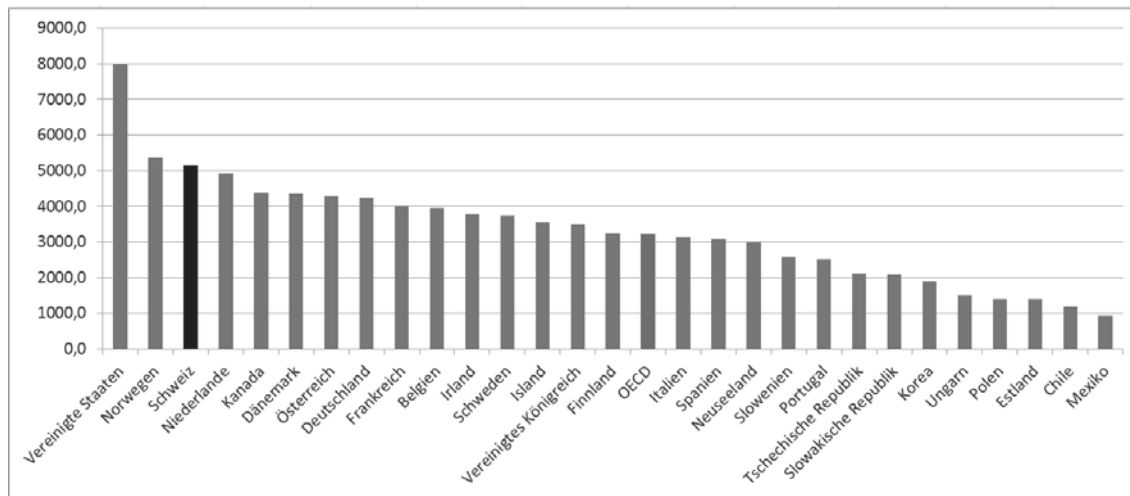
Quelle: Eigene Darstellung, Daten aus OECD Health Data 2010.

⁷⁵ Vgl. Greß, S.; Kocher, R.; Wasem, J. (2004), S. 62

⁷⁶ Vgl. OECD Health Data 2010

⁷⁷ Vgl. ISGF (2005)

Abbildung 3: Gesundheitsausgaben ausgewählter OECD Staaten in 2009 in US\$ Kaufkraftparität.



Quelle: Eigene Darstellung, Daten aus OECD Health Data 2010.

3.1.4 Finanzierbarkeit

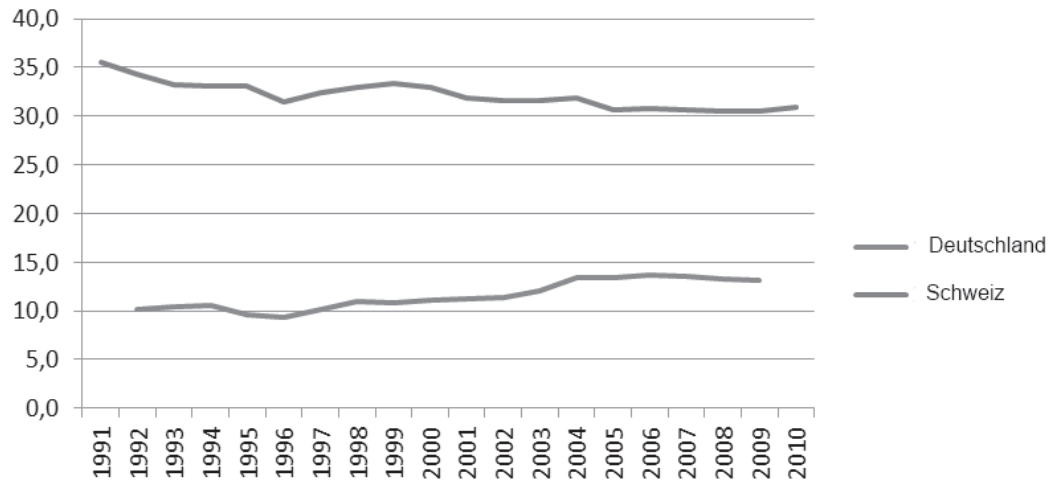
Mit Finanzierbarkeit sind Aspekte der Preisbildung und die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems gemeint und generell ob sich die Gesundheitsausgaben mit den Einnahmen decken lassen.

Das schweizerische Gesundheitssystem setzt sehr stark auf die Eigenverantwortlichkeit seiner Bürger, eine finanzielle Unterstützung durch den Arbeitgeber gibt es in der Regel nicht, somit sind die Versicherten enorm von den Kosten betroffen.⁷⁸ Die Versicherten leisten durch Prämien, Selbstbehalte und Franchise einen großen Anteil an den geleisteten Zahlungen für die OKV. Auch im internationalen Vergleich gilt das Gesundheitssystem als eines der teuersten und die Kosten steigen weiter. Die Belastungen der Bürger lässt sich gut an den „Out of pocket“, also die Kosten die der Bürger direkt aus seiner eigenen Geldbörse bezahlen muss, ablesen. Der Anteil liegt für das Jahr 2010 bei über 30%, wohingegen der deutsche Versicherte im Schnitt zu weniger als 15% beteiligt ist.

⁷⁸ Vgl. Baltzer, C. (2009)

Abbildung 4: Out-of-pocket Ausgaben in % an den gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz und Deutschland.

Out-of-pocket Ausgaben in % an den gesamten Gesundheitsausgaben



Quelle: Eigene Darstellung, Daten aus OECD Health Data 2011.

Jedoch gilt es auch zu beachten, dass es für viele Versicherte, gerade aus unteren und mittleren Einkommensschichten, schwieriger wird, die Beiträge für die OKV und für Zusatzversicherungen zu bezahlen. So nahmen im Jahr 2001 etwa 33% der Versicherten eine Prämienverbilligung durch die Kantone im Durchschnitt in Höhe von 1.118,- sFr, oder etwa eine Subvention von 60% der fälligen Prämie, in Anspruch.⁷⁹ Bei der OKV muss der Staat mit Subventionen für Prämienverbilligungen einspringen, wodurch es zu einer Belastung der Staatsfinanzen, vorrangig der Kantone, kommt. Das System der OKV trägt sich somit nicht vollkommen selbst.⁸⁰ Hinzu kommt, dass die Prämien von Kanton zu Kanton unterschiedlich sind. Die Prämien orientieren sich an den Lebenshaltungskosten bzw. dem Durchschnittseinkommen des jeweiligen Kantons, werden aber von der Kantonsregierung festgelegt. Die Unterschiede sind teilweise enorm.⁸¹ Die Prämien sind in den vergangenen Jahren, auch bedingt durch den zuvor politisch angeordneten Reserveaufbau bei den Versicherern massiv erhöht worden und sollen 2011 im Durchschnitt um 7-10% steigen.⁸² Positiv hervorzuheben ist die hohe Kostentransparenz für die Versicherten, die für

⁷⁹ Tiemann, S. (2006), S. 165

⁸⁰ Vgl. Greß, S.; Kocher, R.; Wasem, J.(2004), S. 66

⁸¹ Vgl. Tiemann, S. (2006), S. 163

⁸² Wacker, M. (2010), S. 12

jede Behandlung eine Kostenabrechnung erhalten und die Abrechnung somit auf Richtigkeit überprüfen können. Die Preisbildung und die Inanspruchnahme von Leistungen sind somit nachvollziehbar.⁸³ „Es ist mehrheitlich anerkannt, dass mit der höheren Lebenserwartung und den verbesserten medizinischen Möglichkeiten die Kosten für ein gesundes Leben und ein möglichst gesundes Altern eher weiter steigern werden“⁸⁴, wodurch zusätzliche Finanzierungsprobleme entstehen können. Der Leistungskatalog, also die garantierten Leistungen in der OKV, wurde in den vergangenen Jahren ausgeweitet.⁸⁵ Versucht wird, durch massive Einsparungen, wie z. B. bei Medikamenten, diesen Finanzierungsproblemen entgegenzuwirken, ob dies ausreicht, wird sich zeigen.⁸⁶ Erste Ergebnisse deuten auf eine Besserung in der Kostenentwicklung hin. So stiegen die Kosten im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr nur um 1,8%⁸⁷, was das zweitbeste Ergebnis seit der Einführung der KVG bedeutet. Die Ausgaben für Medikamente und Laboranalysen sanken, demgegenüber jedoch stiegen die Ausgaben im ambulanten Sektor.⁸⁸ Weitere kurzfristige Maßnahmen und mittel- bis langfristige Reformen sollen die Kostenentwicklung in den Griff bekommen.⁸⁹

3.1.5 Chancengleichheit

Chancengleichheit besteht, wenn alle Versicherten die gleichen Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsleistungen haben. Durch die Versicherungspflicht für jeden Schweizer Bürger in der OKV und der damit garantierten Versorgung bestehen für jeden Versicherten die gleichen Möglichkeiten zum Zugang zu medizinischen Leistungen des Grundkataloges.⁹⁰ Jeder Versicherte kann durch Zusatzversicherungen frei wählen, welche Zusatzleistungen von ihm präferiert werden, aber auch was für ihn entsprechend seiner finanziellen Ressourcen möglich ist. Nachteilig wirken sich jedoch die von der OKV ausgeschlossenen Leistungen für Zahnmedizin aus, so dass solche Leistungen nur mit Zusatzversicherungen abzudecken sind. Damit hat nicht jeder Versicherte die Möglichkeit, in diesem Bereich ausreichend versichert zu sein. Gerade für Menschen mit niedrigem Einkommen, jungen Familien und Alten stellen

⁸³ Vgl. Afheldt, H. (2010), S. 93

⁸⁴ Afheldt, H. (2010), S. 93

⁸⁵ Vgl. Greß, S.; Kocher, R.; Wasem, J. (2004), S. 66

⁸⁶ EDI / BAG (2011)

⁸⁷ das durchschnittliche Wachstum der Gesundheitsausgaben seit Einführung der KVG beträgt laut dem Eidgenössischem Departement des Inneren (EID) 4,3%

⁸⁸ Vgl. EID (2011), Gesundheitskosten zulasten der Krankenversicherung: Kosten 2010 im Griff

⁸⁹ Vgl. EID (2011), Gesundheitskosten zulasten der Krankenversicherung: Kosten 2010 im Griff

⁹⁰ Vgl. Afheldt, H. (2010), S. 91

Zusatzversicherungen eine enorme finanzielle Belastung dar, so dass Chancengleichheit in diesem Bereich des Gesundheitssystems nicht gegeben ist.⁹¹ Die Solidarität im System ist nur begrenzt vorhanden. Durch die Kopfprämien gibt es keinerlei Einkommenssolidarität, eine Umverteilung von höheren Einkommen zu niedrigen Einkommen findet nicht statt. Begrenzte indirekte Einkommenssolidarität findet durch die Steuerfinanzierung von Prämiensubventionen und der teilweisen Finanzierung der Spitäler durch Steuermittel statt. Diese Finanzierung ist auf die Kantone begrenzt, Solidarität im Bund bzw. zwischen den Kantonen gibt es nicht.⁹² Durch die in den Kantonen unterschiedliche Prämienhöhe und ungleich ausgestalteter Prämiensubventionen ist Chancengleichheit in der Schweiz nicht gegeben. Abbildung 5 zeigt exemplarisch die unterschiedlichen Prämienhöhen in den Kantonen Basel-Stadt und Nidwalden für das Jahr 2012. Die höchsten Prämien wurden in Basel-Stadt fällig, die geringsten im Kanton Nidwalden. Die Differenz betrug im Durchschnitt mehr als 40%.

Abbildung 5: Prämienhöhen in der Schweiz, Basel-Stadt und Nidwalden in 2012.

Prämie 2012 in sFr. Gebiet	Erwachsen (über 25 Jahre)		Junge Erwachsene (19 - 25 Jahre)		Kinder (0-18 Jahre)	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Schweiz (Durchschnitt)	382.00	4,584.00	343.06	4,116.72	90.59	1,087.08
Basel-Stadt (Durchschnitt)	500.44	6,005.28	450.16	5,401.92	121.89	1,462.68
Nidwalden (Durchschnitt)	292.27	3,507.24	257.68	3,092.16	69.31	831.72
Differenz Schweiz zu Basel	31.00%		31.22%		34.55%	
Differenz Schweiz zu Nidwalden	-23.49%		-24.89%		-23.49%	
Differenz Basel zu Nidwalden	-41.60%		-42.76%		-43.14%	
Maximalprämie Basel-Stadt Versicherer	646.40 Wincare Zurich	7,756.80	581.80 Wincare Zurich	6,981.60	nicht vergleichbar da zahlreiche unterschiedliche Prämien	
Minimalprämie Basel-Stadt Versicherer	391.90 Assura Pully	4,702.80	370.30 Mutuel Marigny; Easy Sara Marigny; Avenir Marigny	4,443.60		
Maximalprämie Nidwalden Versicherer	363.90 Sanitas Zurich	4,366.80	327.50 Sanitas Zurich	3,930.00		
Minimalprämie Nidwalden Versicherer	231.10 Aquilana Baden	2,773.20	205.10 Progrès Dübendorf	2,461.20		

Annahme: Basisversicherung, Franchise 300, ohne Unfallversicherung

Quelle: Eigene Darstellung, Daten des Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit.⁹³

3.2 Moral Hazard und Risikoselektion

Ein großes Problem des schweizerischen Gesundheitssystems ist ein Moral Hazard Verhalten der Versicherer durch die Möglichkeit der Risikoselektion. Risikoselektion

⁹¹ Afheldt, H. (2010), S. 92

⁹² Greß, S.; Kocher, R.; Wasem, J. (2004), S. 65f

⁹³ Vgl. BAG (2012)

ist ein Phänomen in der Krankenversicherung bei dem die Versicherer auf verschiedenste Weise versuchen Versicherte mit einem geringen Krankheitsrisiko und vor allem einem geringen Ertragsrisiko bei hohen Beitragszahlungen zu werben und andersherum solche Risiken, die zu hohen Kosten führen aus der Versicherung zu drängen.⁹⁴ In der OKV herrscht die freie Kassenwahl der Versicherten und Kontrahierungszwang der Versicherer. Die Versicherer können neben der OKV auch private Zusatzversicherungen anbieten und viele Versicherte nutzen die Möglichkeit bei demselben Versicherer die OKV und private Zusatzversicherungen abzuschließen. Diese s.g. Koppelprodukte werden vermehrt von Versicherern angeboten.⁹⁵ Durch Abfrage risikorelevanter Daten der Versicherten bei der privaten Zusatzversicherung ist es den Versicherungsunternehmen möglich ihre Versicherten auch zusätzlich in der OKV zu selektieren. Unter Umständen können „schlechte“ Risiken, die dem Unternehmen keine Gewinne generieren, bei der privaten Zusatzversicherung abgelehnt und somit auch vor der OKV abgeschreckt werden. „Eine personelle und organisatorische Trennung dieser beiden Bereiche [ist] extrem schwer zu überwachen.“⁹⁶ Manche Versicherer gehen aggressiver vor und versuchen Versicherte aktiv aus der OKV, z. B. durch schlechten Service, zu drängen. Eine Risikoselektion soll durch einen Risikostrukturausgleich zwischen den Versicherungsanbietern verhindert werden.⁹⁷ Der Grund, warum aktive Risikoselektion für die Versicherungsunternehmen dennoch vorteilhaft sein kann ist, dass das schweizerische Gesundheitssystem unter den Krankenkassen die unterschiedlichen Risiken unzureichend ausgleicht und es vorteilhaft ist, „gesunde“ Versicherte in seinem Bestand zu haben. Ein Ausgleich findet nur für Kanton und Alter statt, nicht aber nach Geschlecht, Vorerkrankungen bzw. aktuelle Erkrankungen.⁹⁸ Für 2012 wurde auf diese Schwachstelle reagiert und ein weiteres Kriterium aufgenommen. Die Risiken werden nun zusätzlich noch um das Kriterium des Spitalaufenthaltes oder des Aufenthaltes in einem Pflegeheim an drei aufeinanderfolgenden Tagen ergänzt.⁹⁹ In wie weit dieser Ausgleich die Risikostruktur nun angemessen ausgleicht, wird sich zeigen müssen. Zu kritisieren bleibt aber

⁹⁴ Vgl. www.wirtschaftslexikon24.net – Risikoselektion

⁹⁵ Vgl. Greß, S.; Kocher, R.; Wasem, J.(2004), S. 68

⁹⁶ Greß, S.; Kocher, R.; Wasem, J.(2004), S. 68

⁹⁷ Vgl. www.wirtschaftslexikon24.net – Risikoselektion

⁹⁸ Vgl. Greß, S.; Kocher, R.; Wasem, J.(2004), S. 63

⁹⁹ Vgl. Faktenblatt: Neuer Risikoausgleich, BAG (2012)

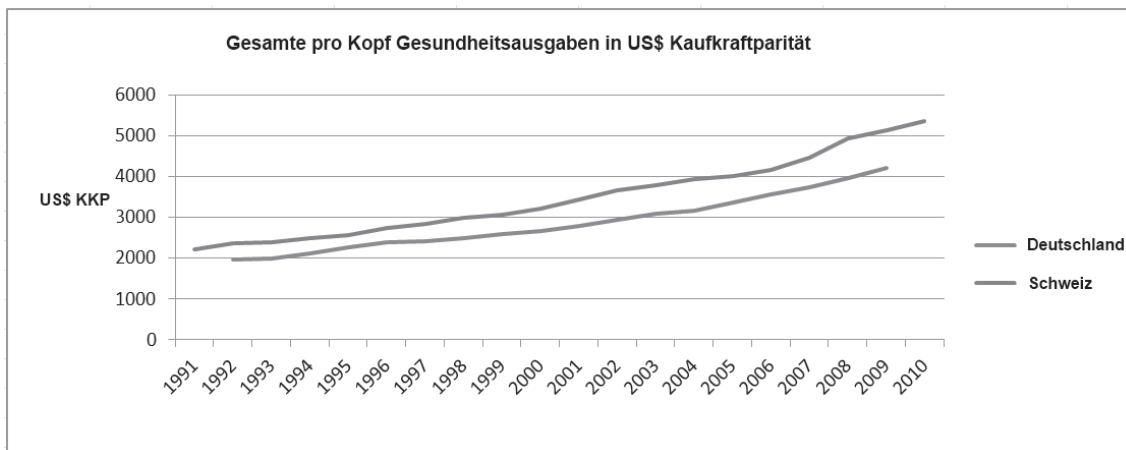
http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=de&download=NH zLpZeg7t,Inp6I0NTU042I2Z6In1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKdn17e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

weiterhin, dass nur stationäre Risiken ausgeglichen und ambulanten Risiken nicht berücksichtigt werden.

3.3 Entwicklungen und Reformansätze

In der schweizerischen Gesundheitspolitik gibt es viele Problemfelder und dementsprechend Ansätze durch Politik und Bürgerbegehren das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln oder neu zu gestalten. Auffällig ist, dass das Gesundheitssystem der Schweiz zu den teuersten der Welt gehört¹⁰⁰ und die Kosten jährlich enorm ansteigen. Die Abbildung 6 und 7 zeigen die Entwicklung der Gesundheitsausgaben einerseits im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt sowie in Kaufkraftparität in US\$.

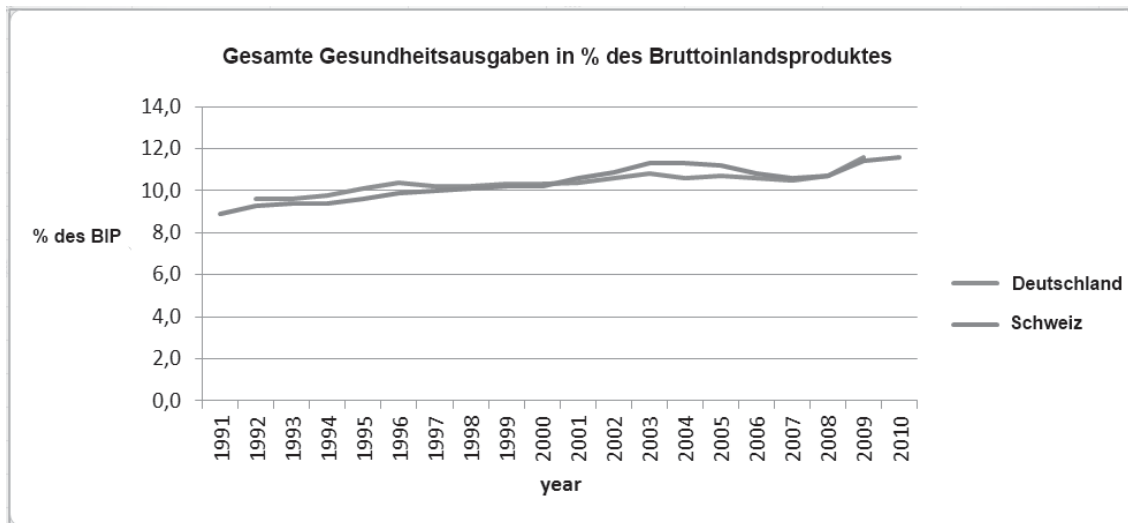
Abbildung 6: Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf in Kaufkraftparität.



Quelle: Eigene Darstellung, Daten aus OECD Health Data 2011.

¹⁰⁰ Für das Jahr 2008 betrug der Anteil der Gesundheitskosten am BIP 10,7%. Nur die USA (16%) und Frankreich (11,2%) verzeichnen einen höheren Anteil. Im Vergleich dazu weisen die Gesundheitskosten in Deutschland einen Anteil von 10,5% aus. (Quelle: OECD Health Data 2010, Datenstand 2010)

Abbildung 7: Gesamte Gesundheitsausgaben in % des Bruttoinlandsproduktes.



Quelle: Eigene Darstellung, Daten aus OECD Health Data 2011.

Wie anhand der Abbildungen zu erkennen ist, stiegen und steigen die Gesundheitsausgaben immer weiter. Dies wird besonders an den Gesundheitsausgaben pro Kopf in Kaufkraftparität ersichtlich. Die Lücke zwischen Deutschland und der Schweiz nimmt ebenfalls, wenn auch leicht, zu.

„Insgesamt liegen die Steigerungen über der Einkommensentwicklung und der Entwicklung des Lebenshaltungsindex.“¹⁰¹ Der Krankenversicherungsprämien-Index vom Bundesamt für Statistik (BFM) erfasst die Prämienentwicklung der obligatorischen Krankenversicherung und der Krankenzusatzversicherung und ermittelte für 2010 eine Steigerung von 8,1% gegenüber dem Vorjahr. Im Vergleich zum Jahr 1999 als Basisjahr (= 100 Punkte) stieg der Index für die OKV auf 167,1 Punkte im Jahr 2010.¹⁰² Die Prämiensteigerungen von 1997-2012 sind in Abbildung 8 dargestellt. Darin wird deutlich, dass die Steigerung im Jahr 2012 im Vergleich zu den Vorjahren moderat ausgefallen ist. Im Jahr 2008 lagen die Kosten bei etwa 58,5 Mrd. sFr, was eine Steigerung von 5,9% gegenüber dem Vorjahr bedeutet.¹⁰³ Zusätzlich wird auch die immer höhere staatliche Beteiligung in der Finanzierung offenkundig. So stiegen die Direktausgaben für das Gesundheitswesen von Bund, Kantonen und Gemeinden

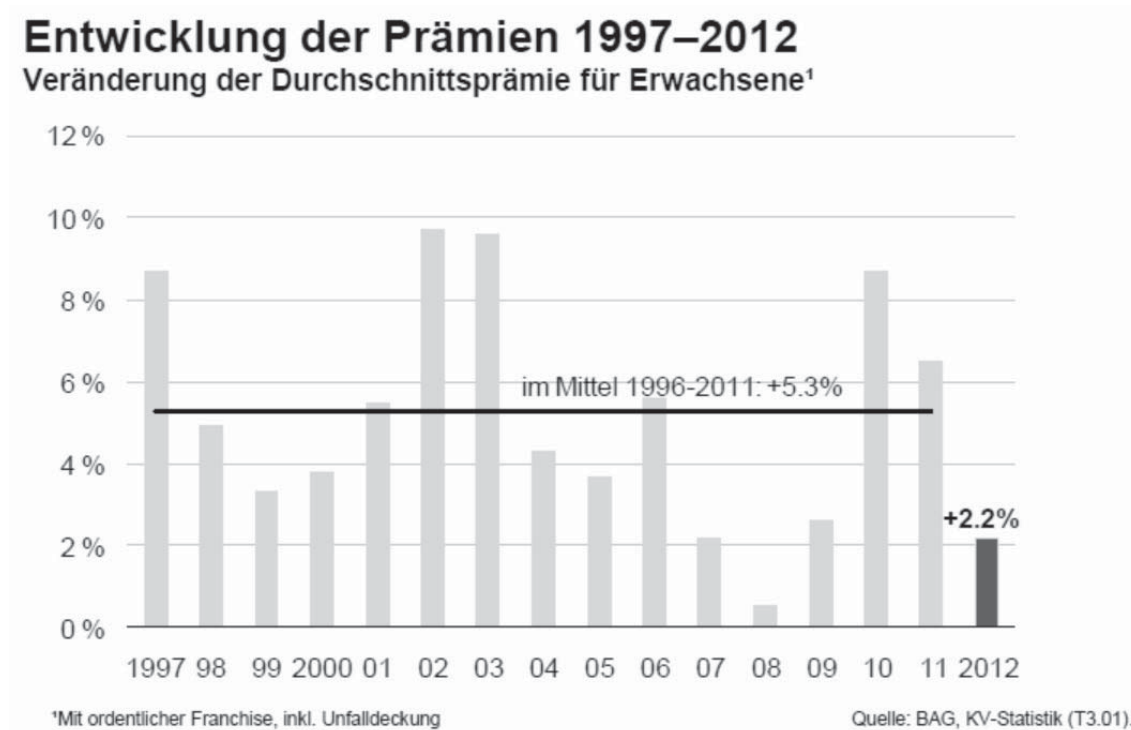
¹⁰¹ Tiemann, S. (2006), S. 174

¹⁰² Vgl. BFS (2011): Indexresultate

¹⁰³ Vgl. BFS (2011): Kosten

von 2007 auf 2008 um 19,2% auf über 10 Mrd. sFr, was einen Anteil von mehr als 18% an den gesamten Direktausgaben ausmacht.¹⁰⁴

Abbildung 8: Entwicklung der Prämien 1997-2012



Quelle: BAG, Prämien 2012

In der aktuellen Diskussion über die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems der Schweiz stehen die Einführung von DRGs¹⁰⁵ und eines eHealth-Systems an vorderster Stelle.

Die s.g. SwissDRGs sollen zum 1. Januar 2012 einheitlich in der Schweiz eingeführt werden, um somit ein einheitliches, fallpauschalisiertes Vergütungssystem für Spitalleistungen zur Verfügung zu stellen. Ziel der Fallpauschalen ist es, eine leistungsgerechtere Vergütung für stationäre Spitalleistungen zu ermöglichen, die Transparenz und Vergleichbarkeit zu erhöhen sowie Effizienzreserven der stationären Versorgung aufzuzeigen und einen Qualitätswettbewerb zwischen den Einrichtungen zu schaffen. Das System orientiert sich an dem deutschen G-DRG-System, soll aber dennoch die spezifischen Strukturen des Schweizer Gesundheitssystems berücksichtigen.

¹⁰⁴ Vgl. BFS (2011) Finanzierung

¹⁰⁵ Diagnose Related Groups oder diagnosebezogene Fallgruppen bedeutet eine Klassifizierung von Patienten nach Haupt- und Nebendiagnose bei Behandlung in einer Klinik. Die Leistungen werden nach einer für die Fallgruppe festgelegte Pauschale vergütet und bilden die Abrechnungsgrundlage für die Versicherer.

Problematisch ist jedoch, dass in der Schweiz, auf Grund der geringeren Größe im Vergleich zu Deutschland, eine sachgerechte Kalkulation der Kostenpauschalen schwierig ist, da auch die Datengrundlage geringer ist. Gerade bei Krankheiten und Behandlungen die selten vorkommen dienen Daten aus Deutschland als Grundlage. Somit besteht insgesamt gesehen eine hohe Abhängigkeit von den deutschen Daten des G-DRG-Systems. Die Verwendung dieser Daten kann zu einer verzerrten Abbildung der Kosten führen. Doch Experten sind sich sicher, dass nach der Einführung und dem späteren Rückgriff auf exakteres, schweiz-spezifisches Datenmaterial eine Anpassung der SwissDRG-Sätze durch lernen ermöglicht.¹⁰⁶

Als häufiger Grund für Ineffizienzen im Gesundheitssystem gelten häufig doppelte Behandlungen von Patienten durch verschiedene Ärzte. Viele bereits bekannte Informationen sind dem Patienten und den verschiedenen nachfolgend behandelnden Ärzten nicht bekannt. Verbesserung verspricht die Einführung eines eHealth-Systems mit den Komponenten Patientendossiers und Gesundheitsportale, welches voraussichtlich ab 2015 realisiert werden soll. Patientendossiers beinhalten die elektronische Erfassung und Speicherung von Patientendaten, die so den Leistungserbringern, z. B. Ärzten oder Spitälern, jeder Zeit und an jedem Ort zugänglich gemacht werden können. Dadurch sollen Prozesse verbessert, Kosten gesenkt und mögliche Fehler frühzeitig erkannt und behoben werden.¹⁰⁷ Bisher geschieht dies nur lokal für Ärztenetze oder HMO, sollen aber im Zuge der Weiterentwicklung für die gesamte Schweiz gelten, damit eine effiziente Behandlung der Patienten gewährleistet werden kann und Doppelbehandlungen minimiert werden. Auch die Qualitätssicherung könnte elektronische Patientendaten verwenden.¹⁰⁸

Unter einem Gesundheitsportal versteht man eine für den Patienten zugängliche und veränderbare Plattform, auf der alle relevanten Gesundheitsdaten wie Befunde, Arztkorrespondenzen, Impfdaten, Untersuchungen oder aber verschriebene Medikamente dokumentiert werden sollen. Damit sollen Informationen transparent gemacht werden und dem Patienten Orientierung gegeben werden. So kann z. B. das doppelte Röntgen vermieden werden.¹⁰⁹ Kritik jedoch kommt auf Hinsicht des Datenschutzes auf. Es handelt sich bei den Gesundheitsdaten um sehr persönliche und schutzbe-

¹⁰⁶ Vgl. Franz, D.; Bunzemeier, H.; Fiori, W. et al., S. 1196-1204;

¹⁰⁷ Vgl. Rizzi, E. (2010)

¹⁰⁸ Vgl. Holliger-Hagmann, E. (2007)

¹⁰⁹ Vgl. o. V. (2008), S. 29

dürftige Daten und es sollte klar geregelt sein, wer Zugriffsrechte auf diese Daten haben darf.¹¹⁰ Da auch die Patienten selbst die Daten verändern können ist es möglich, dass diese unbeabsichtigt oder willkürlich falsche Informationen eingeben. Es handelt sich dabei um vernetzte Daten, d. h. einmal eingegebene Daten werden weiter versendet, auch fehlerhafte, und können weiter genutzt werden, gegen die Interessen der Patienten. Die Missbrauchsmöglichkeit wird erhöht.¹¹¹

4 Kritische Würdigung in Bezug auf Deutschland

Die Herausforderungen heutiger Gesundheitssysteme sind neben Finanzierungshäufig auch Effizienzprobleme. In Deutschland ist das Schweizer Gesundheitssystem immer wieder in der Diskussion, da dort häufig Forderungen nach mehr Wettbewerb laut werden. In dieser Hinsicht gilt die Schweiz oftmals als Vorbild. Doch ist die Übertragung des Systems oder einzelner Elemente wirklich für das deutsche Gesundheitssystem denkbar?

Bei der Finanzierung des Gesundheitssystems wurde in Deutschland der Gesundheitsfonds eingeführt. In der Diskussion war eine Finanzierung, ähnlich dem Schweizer System, nach Kopfprämien und einem Sozialausgleich für sozial Schwache¹¹². Dieser Vorschlag fand, auch auf Grund seiner mangelnden Solidarität in den Beitragszahlungen und hohen steuerlichen Ausgleichszahlungen, keine Mehrheit. Dort herrscht nur ein sozialer Ausgleich zwischen gesund und krank, ein Ausgleich zwischen reich und arm würde somit nur noch im Steuersystem verwirklicht.¹¹³

Ein weiterer Reformansatz in Deutschland nach Schweizer Vorbild ist die Bürgerversicherung. Alle Bürger des Landes müssten sich in dieser Versicherung versichern. Dies hat große Ähnlichkeit mit der OKV in der Schweiz, in der sich auch alle Bürger, auch Besserverdiener, Beamte und Selbstständige, die jetzt privat versichert sind, pflichtversichern müssen. Dieser Ansatz hat in weiten Teilen der deutschen Bevölkerung, vor allem im linken Lager¹¹⁴, Zustimmung gefunden¹¹⁵. So könnte der finanzielle Spielraum und die Bedeutung der GKV erhöht werden.

¹¹⁰ Vgl. Rizzi, E. (2010)

¹¹¹ Vgl. Holliger-Hagmann, E. (2007)

¹¹² Vgl. von Borstel, S.; Neumann, P. (2009)

¹¹³ Vgl. Moll, B. (2010), S. 60

¹¹⁴ SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke positionieren sich derzeit eher für eine Bürgerversicherung, wo hingegen CDU/CSU und FDP das Kopfpauschalensystem bevorzugen

¹¹⁵ Vgl. o. V. (2010), Ärzte Zeitung

Auch der demographische Wandel ist eine Herausforderung für die deutsche Gesundheitspolitik. Steigende Gesundheitsausgaben erfordern ein Eingreifen damit das System weiterhin bezahlbar bleibt. Auch hier dient die Schweiz als Vorbild für Verbesserungsvorschläge. Die Einführung der Praxisgebühr in Deutschland bei Arztbesuchen, und die Erstbehandlung vom Hausarzt mit bei Bedarf anschließender Überweisung zum Facharzt bei Bedarf beinhalten Elemente von Selbstbehalt sowie von „managed care“ Programmen. Das Ziel ist es auch dort, die Anzahl von Arztkontakten zu vermindern und die Koordination beim Hausarzt zu belassen. Insgesamt gesehen muss man aber sagen, dass dies nur ein schwacher Versuch ist, da nach dem Erstkontakt im Quartal und Zahlen der Praxisgebühr zu vermehrter Kontaktaufnahme mit Ärzten kommen kann. Auch bleibt anzumerken, dass durch die Pauschale der Praxisgebühr die soziale Ungerechtigkeit erhöht wird, da das Einkommen keinen Einfluss hat. Auch die freie Arztwahl schränkt die Koordinierungsmöglichkeiten des Hausarztes ein. Es gibt Ansätze einzelner Krankenkassen ein Hausarztmodell für ihre Versicherten anzubieten, welches auch dort die freie Arztwahl einschränkt.¹¹⁶

Auch in der Zahnbehandlung befindet sich das deutsche Gesundheitssystem auf dem Weg in Schweizer Verhältnisse, wo keine Zahnbehandlungen über die OKV gedeckt sind. In Deutschland ist nur eine Grundversorgung durch das Krankenversicherungssystem gewährleistet, immer mehr aufwendige Behandlungen müssen selbst bezuschusst oder komplett selbst bezahlt werden. Viele Versicherungen bieten hier Zahnzusatzversicherungen, besonders beim Zahnersatz, an. In der Schweiz ist bei der Zahnpflege eine erhöhte Prävention und dadurch weniger Zahnerkrankungen der Bürger durch die Nichtdeckung durch die OVK erkennbar.¹¹⁷

Die Prävention erfährt in der Schweiz eine sehr viel größere Relevanz, allein durch das Bewusstsein durch einen gesunden Lebensstil die Krankheitszahl und somit die Selbstbeteiligung reduzieren zu können. Krankenkassen beteiligen sich auch an Präventionsmaßnahmen, wie z. B. durch Zuschüsse für Mitgliedsbeiträge im Fitnessstudio. Hier gibt es noch Spielraum zur Verbesserung im deutschen System.¹¹⁸

Insgesamt ist zu beobachten, dass immer mehr Leistungen auch in Deutschland durch private Zusatzversicherungen gedeckt werden. Häufig handelt es sich in

¹¹⁶ Vgl. Deutsche Bundesregierung (2008)

¹¹⁷ Vgl.

¹¹⁸ Vgl. Moll (2010), S. 60

Deutschland aber dabei noch um Komfortleistungen, wie bspw. die Unterbringung im Einzelzimmer im Krankenhaus. Es kommt zu einer vermehrten Annäherung von PKV und GKV mit Zusatzversicherungen.

Es bleibt festzuhalten, dass viele Elemente des Gesundheitssystems der Schweiz auch in der deutschen Öffentlichkeit Beachtung gefunden haben. Deren Umsetzung ist nicht ohne Anpassung möglich. Einige Elemente sind auch nicht gewollt, bzw. im deutschen System besser umgesetzt, wie z. B. der Risikostrukturausgleich durch den Morbi-RSA, der sich am Krankheitsbild orientiert und Risikoselektion in einem größeren Umfang verhindern kann. Doch etliche Ansätze könnten durchaus den nötigen Reformbedarf bieten, um den zukünftigen Herausforderungen wie der Kostenentwicklung und dem demographischen Wandel begegnen zu können. Anders herum ist aber auch zu beobachten, dass die Schweiz einige Elemente anderer Systeme, u. a. auch die DRGs des deutschen Gesundheitssystems übernimmt, um auch die vorhandenen Probleme zu lösen. Die Mentalität des Schweizer Gesundheitssystems ist auf Eigenverantwortung ausgelegt, wo hingegen das deutsche System eher auf Solidarität der Versicherten beruht. Somit sind Anpassungen und Übernahmen von Elementen des anderen Systems immer mit Vorsicht zu betrachten.

Ein perfektes Gesundheitssystem scheint es nicht zu geben, vielmehr haben alle Systeme ihre spezifischen Vor- bzw. Nachteile. Die Systeme in den Industriestaaten haben aber allesamt mit ähnlichen Herausforderungen zu kämpfen, so dass sich ein Blick in Nachbarländer lohnt, um deren Begegnung mit den Problemen zu analysieren und evtl. daraus zu lernen. Das System muss aber auch auf die Mentalität seiner Bevölkerung abgestimmt sein. Ängste der Bevölkerung auch vor weitreichenden Reformen sollten durch umfangreiche Information abgebaut werden, damit notwendige Anpassungen hinsichtlich der Zukunftsfähigkeit akzeptiert und durchgesetzt werden können.

Literaturverzeichnis

Afheldt, H. (2010):

Gesundheitssystem: Modell Schweiz – Vorbild oder Irrweg?, in: Pfeiffer, U., (Hrsg.), Eine neosoziale Zukunft, Wiesbaden

Baltzer, C. (2009):

Steuer- und Versicherungssystem getrennt, in: Versicherungswirtschaft, 1. Juli 2009, 64. Jg., Nr. 13, S. 1034

Bundesgesetz über die Krankenversicherung / KVG (2011):

Vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2011)

Deutsche Bundesregierung (2008):

Hausarztmodell, Magazin für Soziales, Familie und Bildung, Nr. 060, 02/2008, URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/060/t4-hausarztmodell.html>

Eidgenössisches Department des Inneren EDI / BAG (2011):

Prämien 2012, URL: http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCKdn17gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

Eidgenössisches Department des Inneren EDI / BAG (2011):

Kantonale Durchschnittsprämien 2011/12, URL: http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCKdn15gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

Eidgenössisches Department des Inneren EDI / BAG (2011):

Faktenblatt: Kennzahlen der Krankenversicherer, 28. September 2011, URL: http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCKdn16g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

Eidgenössisches Department des Inneren EDI / BAG (2011):

Überblick der Maßnahmen, 28. Februar 2011, URL: http://www.google.de/url?sa=t&source=web&cd=2&ved=0CB8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.edi.admin.ch%2Findex.html%3Flang%3Dde%26download%3DNHZLpZig7t%2CInp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCDfYR6gmym162dpYbUzd%2CGpd6emK2Oz9aGodetmqaN19XI2ldvoaCVZ%2Cs-%26typ%3D.pdf&ei=L2CPTejBGpHEswatqPmKCg&usg=AFQjCNHJ9z_jRNCEQ3-s8vQDM0QMDVkrWA&sig2=oWu98-U2O30GU4C8_94LmQ

Eidgenössisches Departement des Inneren / Eid (2011):

Gesundheitskosten zulasten der Krankenversicherung: Kosten 2010 im Griff, 28. Februar 2011, URL: http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&print_style=yes&msgid=37830&webgrab=ignore

Flintrop, J. (2003):

Schweizer Gesundheitswesen: Vorbild mit Selbstzweifeln, in: Deutsches Ärzteblatt, 21. Februar 2003, Jg. 100, Heft 8, S. A450-A455

Franz, D. / Bunzemeier, H. / Fiori, W. et. al. (2010):

Die SwissDRGs, in: das Krankenhaus, Heft 12/2010, S. 1196-1204

Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung / IGSF (2005):

Gesundheitswesen von Industrienationen im Vergleich, Pressemitteilung vom 31.

August 2005, Berlin, URL:

http://www.google.de/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.igsf.de%2FBand104-lang.pdf&ei=JU2PTc-pOoPLtAa966iNCg&usg=AFQjCNHWJYmE5YCAznZ4qLMELS4nmbNiuQ&sig2=X79B4WafOh7RwyXZizl_8g (abgerufen am 13.03.2011)

Greß, S. / Kocher, R. / Wasem, J. (2004):

Wettbewerbsorientierte Reformen im Gesundheitssystem der Schweiz – Vorbild für den regulierten Wettbewerb in der deutschen GKV?, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Heft 5, S.59-70

Holliger-Hagmann, E. (2007):

Skepsis gegenüber eHealth, in: Schweizer Versicherung, Nr. 12, Dezember 2007, S. 16

Kirchgässer, G. (2009):

Das schweizerische Gesundheitswesen: Kostenentwicklung und grundsätzliche Probleme, in: Die Volkswirtschaft, Jg. 82, Heft 11, S. 4

Kraft, E., Hersperger, M (2009):

Ärztenschaft in der Schweiz – Ärztedichte und regionale Verteilung, in: Schweizer Ärztezeitung, 2009;90: 43, S. 1647-1649

Lexikon über die gesetzliche Krankenversicherung (2011):

Generika, URL: <http://www.cecuc.de/590+M5a8aa85caad.html>

MLP Gesundheitsreport (2010):

Repräsentative Umfrage in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach um mit Unterstützung der Bundesärztekammer,

URL: <http://www.mlp-ag.de/#/presse/gesundheitsreport>

Moll, B. (2010):

Kann das Schweizer Gesundheitssystem Vorbild für die Deutschland sein?

In: AssCompact, 06. August 2010, Nr. 9, S. 60

o. V. (2002):

Wie teuer darf Gesundheit sein?, in: Versicherungswirtschaft, 01. Januar 2002, 57. Jg., Nr. 01, S. 53

o.V. (2008):

Patientenselbstverwaltung,

In: pharma marketing journal, 5-2008, S.29

o. V. (2010):

Mehrheit der Bürger plädiert für Bürgerversicherung, in: Ärzte Zeitung, 13. Oktober 2010, URL: <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=623738&pid=630936>

OECD Health Data (2011):

URL:

http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html

OECD Health Data (2010):

Health expenditure,

URL:

http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html (abgerufen am 19. März 2011)

Rizzi, E. (2010):

Gesundheitsportal und Patientendossiers, in: Schweizer Versicherung, Nr. 10, Oktober 2010, S. 46

Rosenbrock, R. (2009):

Innovationsblockaden und Innovationschancen integrierter Versorgungsformen: Deutschland und die Schweiz im Vergleich, in: Hans-Böckler-Stiftung, Informationsdienst 2009/3

Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (2005): Krankenversicherung: Differenzierter Selbstbehalt für Medikamente tritt am 1. Januar 2006 in Kraft, URL: <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msgid=3366> (abgerufen am 22. März 2011)

Schweizer Bundesamt für Statistik / BFS (2011):

Thema Gesundheit, URL:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14.html>

Statistisches Bundesamt Deutschland / Destatis (2010):

Ärztedichte: Praktizierende Ärzte, URL:

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Internationales/InternationaleStatistik/Thema/Tabellen/Basistabelle__Aerzte,templateId=renderPrint.psml (abgerufen am 18. März 2011)

Tiemann, S. (2006):

Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt, Köln

Von Borstel, S. / Neumann, P. (2009):

Rösler will die Kopfprämie schrittweise einführen, in: Welt online, 27. November 2009, URL: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article5351740/Roesler-will-die-Kopfpraemie-schrittweise-einfuehren.html>



Wacker, M. (2010):

Krankenkassen liegen auf der Notfallstation, in: Schweizer Versicherung, Nr. 9, September 2010, S. 12



3 Ökonomische Bewertung der Gesundheitsreform in den Niederlanden aus Krankenversicherungs- und Versichertenperspektive

Małgorzata Anna Landowska



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	78
1 Einleitung.....	79
2 Das Krankenversicherungssystem in den Niederlanden – Anatomie der Reform 2006.....	81
2.1 Reformziele und Eckpunkte: Neue Positionierung der Marktakteure – zwischen Wettbewerb, Effizienz und Transparenz.....	83
2.2 Reformumsetzung: Das Finanzierungsmodell der Basis- versicherung	85
3 Bewertung der niederländischen Gesundheitsreform: Entwicklungen auf dem Krankenversicherungsmarkt aus Krankenversicherungs- sowie Versichertenperspektive.....	93
3.1 „ Von kleiner zur großen Prämie” – Akzeptanz der Preis- entwicklungen aus der Versichertenperspektive.....	93
3.2 Wahl- und Wechselverhalten der Versicherten sowie Transparenz.....	96
3.3 Wettbewerb der Versicherungsunternehmen und Markt für Kollektivverträge	99
3.4 Konzentrationsprozess bei den Krankenversicherern.....	102
3.5 Finanzposition der Krankenversicherer	103
4 Reform 2006 aus deutscher Sicht: Politische und strukturelle Gegebenheiten	105
5 Fazit und Ausblick: Krankenversicherung der Niederlande – ein Modell für Deutschland?	107
Glossar	110
Literaturverzeichnis	115



Abkürzungsverzeichnis

Art.	Artikel
Abs.	Absatz
AWBZ	Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten (Allgemeines Gesetz über besondere Kosten bei Krankheit)
BIP	Bruttoinlandsprodukt
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CPB	Centraal Planbureau
EU	Europäische Union
F.	Folie
f.	folgend
ff.	fortfolgend
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
Mio.	Million
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
Mrd.	Milliarden
ndl.	niederländisch
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
o. J.	ohne Jahr
p. a.	per anno
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
S.	Seite
sog.	sogenannt
Sozio-ökon.	Sozio-ökonomisch
tats.	tatsächlich
Vgl.	Vergleiche
VWK	Verwaltungskosten
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
z. B.	zum Beispiel
Zvf	Zorgverzekeringsfonds (Krankenversicherungsfonds)
Zvw	Zorgverzekeringswet (Krankenversicherung)
ZW	Zuweisung

1 Einleitung

Geht es in Deutschland um die Debatte über beispielwürdige *Gesundheitssysteme*¹, so gehört das Beispiel der Niederlande zu einem der wenigen Vorbilder.² Die Einführung der sogenannten Basisversicherung (ndl.: Zvw) brachte eine *allgemeine Versicherungspflicht* für die gesamte in den Niederlanden lebende Bevölkerung von ca. 16,5 Mio. Menschen mit sich.³ Der Schritt ging dabei mit einer Verschmelzung der ehemaligen GKV und PKV einher und realisierte damit einen einheitlichen privatrechtlichen Versicherungsmarkt für alle Bürger. Damit wurde auch die bisher einmalige Pflicht, beim jährlichen Verdienst von über 30.000 € aus der gesetzlichen Versicherung auszusteigen und sich privat versichern zu lassen, zur Vergangenheit.⁴ Unter Beibehaltung sozialer Ziele des dem Grunde nach *bismarckschen Sozialversicherungsmodells* ist das niederländische *Gesundheitssystem* von der zentralen Angebotssteuerung zur dezentralen wettbewerbsgesteuerten Nachfrage übergegangen.⁵ Durch den damit ausgelösten Wettbewerb soll die Effizienz sowie Qualität im *Gesundheitssystem* zum einen gesteigert, zum anderen eine langfristige Kostenkontrolle angesteuert werden. Die damit geschaffenen Marktanreize gehen somit mit dem Modell eines sogenannten „Managed Competition“ einher.⁶ Die neu entstandene Systematik stellt seitdem ein Mischmodell aus Bürgerversicherung und Kopfpauschale dar. Der Ursprung des auf dem Wege des langwierigen politischen Konsensprozesses erreichten Mischmodells ist auf die Kostenexplosion, Ineffizienz des bisherigen Systems sowie auf die gescheiterten Reformvorschläge zurückzuführen.⁷ Darüber hinaus galten als weitere Reformtreiber die typischen Probleme der „westlichen“ *Gesundheitssysteme* wie: demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt,

¹ Die *kursiv* gekennzeichneten Begriffe werden in Glossar erläutert.

² Vgl. Agasi, S. (2008), S. 279.

³ Als nicht versicherungspflichtig gelten im Rahmen einer Ausnahmeregelung lediglich aktive Berufssoldaten sowie streng religiöse Personen, deren Überzeugung mit Abschluss einer Krankenversicherung nicht vereinbar ist. Darüber hinaus werden Kinder unter 18 Jahren beitragsfrei mitversichert; Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 13 ; Vgl. Agasi, S. (2008), S. 279.

⁴ Vgl. Agasi, S. (2010), S. 69.

⁵ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 279.

⁶ Vgl. Enthoven, A. / Van de Ven, W.P.M.M. / Wynand P.M.M. (2007), S. 2421-2423.

⁷ Vgl. Lass, K. (2006), S. 1.

Maximierungsverhalten der Beteiligten sowie Multiplikatoreffekte und die mit ihnen verbundenen Mehrausgaben.⁸

Die seit 1. Januar 2006 konsequent umgesetzte und stets weiter entwickelte Gesundheitsreform in den Niederlanden findet seitdem eine große Aufmerksamkeit in Deutschland. Diese gilt nicht nur dem Mischfinanzierungssystem der dortigen Krankenversicherung sondern auch den neu gesetzten wettbewerblichen Anreizen sowie der beispielhaften Transparenz des Systems.⁹ Die Aktualität der andauernden politischen Diskussionen um diese Reform bezieht sich auf die notwendigerweise herbeizuführenden Elemente des in dem deutschen System vermissten Wettbewerbs. Daraus ergibt sich der Anspruch, die Effizienz des deutschen Systems zu steigern. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich somit mit der ökonomischen Bewertung dieser Reform und stellt dabei einen direkten Bezug zur ihrer potenziellen Umsetzbarkeit in Deutschland her. In den Fokus der Betrachtung rücken dabei sowohl die Krankenversicherer als auch die Versicherten.¹⁰

Als erstes gerät im Kapitel 2 die Reform selbst ins Visier der Betrachtung. Hier werden ihre Grundzüge, Ziele und spezifischen Eckpunkte beleuchtet. Die hiermit vorgenommene Analyse macht dabei deutlich, mit welchen Ansprüchen und Erwartungen die Reformumsetzung verbunden war. Im darauffolgenden Kapitel 3 wird auf die tatsächlichen Auswirkungen der Reform eingegangen. Diese werden sowohl aus der Krankenversicherungs- als auch der Versichertenperspektive betrachtet. Im Rahmen einer systematischen Analyse der Entwicklungen auf dem Krankenversicherungsmarkt soll darauf eingegangen werden, wie sich die im vorherigen Kapitel 2 dargestellten Ziele der Reform tatsächlich oder in Tendenzen auswirkten. Das Studium des Kapitels 4 zeigt im Hinblick auf die Stärke der Beachtung der Reform den direkten Bezug zu Deutschland auf. Anhand einer Vergleichsanalyse soll die Fragestellung beantwortet werden, inwiefern das niederländische System eine Lösung der Probleme sein könnte, mit denen sich der deutsche Krankenversicherungsmarkt konfron-

⁸ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 35-37 ; Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 432-434.

⁹ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 279.

¹⁰ Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass es noch eine weitere wichtige Akteurengruppe am Krankenversicherungsmarkt gibt, nämlich die Leistungserbringer. Im Rahmen dieser Arbeit muss jedoch auf ihre Analyse verzichtet werden.

tiert sieht. Abschließend wird im Kapitel 5 auf die Beständigkeit der dargestellten Reformziele als ein geeigneter und gleichwohl nachhaltiger Lösungsweg zur Deckung der steigenden Ausgaben eingegangen. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, ob die niederländische Pionierarbeit zum Vorbild auf dem Weg der herbeigesehnten Neugestaltung des deutschen Krankenversicherungswesens werden könnte.

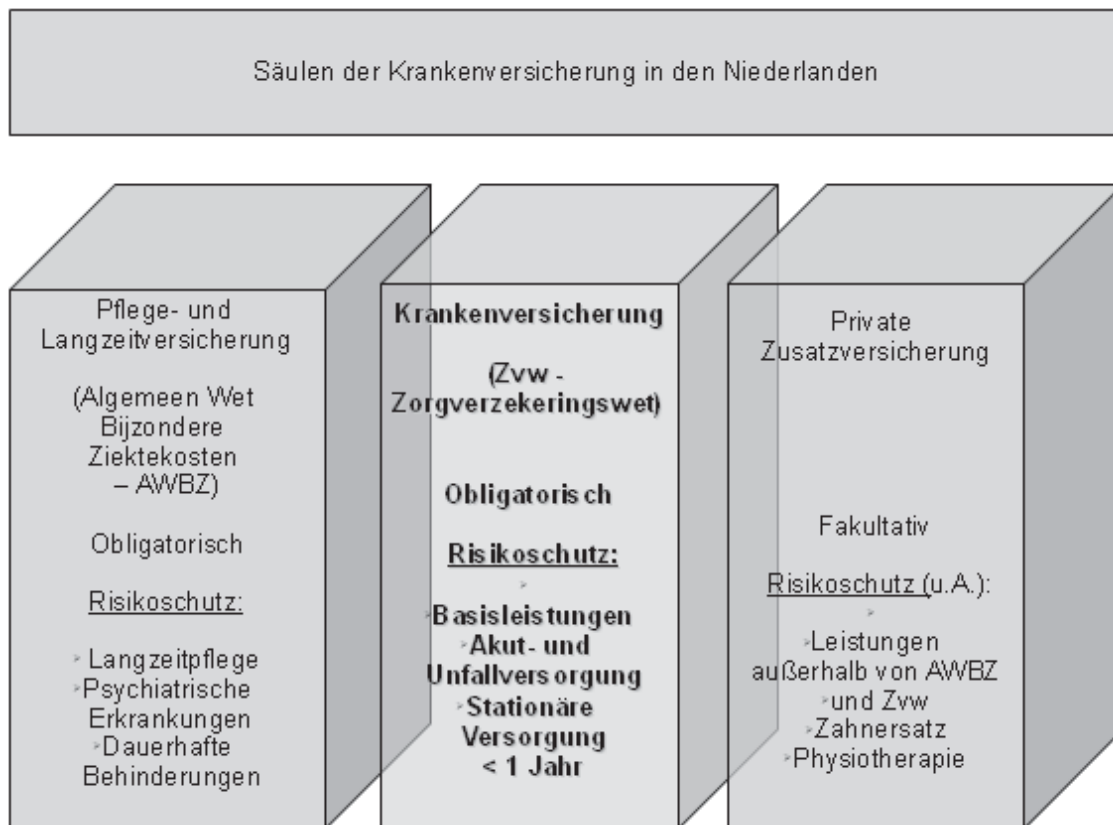
2 Das Krankenversicherungssystem in den Niederlanden – Anatomie der Reform 2006

Das niederländische System der Krankenversicherung beruht auf drei Leistungssäulen: Pflege- und Langzeitversicherung, Krankenversicherung sowie privater Zusatzversicherung.¹¹ Der Gegenstand der betrachteten Reform erstreckte sich auf die zweite Säule des Systems, so dass die Systematik der Zusatzversicherung sowie der Pflegeversicherung (AWBZ) nach wie vor erhalten wurde.¹² Dabei wird die folgende Abbildung 1 betrachtet:

¹¹ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 9-10 in Anlehnung an Bundeszentrale für politische Bildung (2010).

¹² Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 9,11.

Abbildung 1: Säulen der Krankenversicherung in den Niederlanden

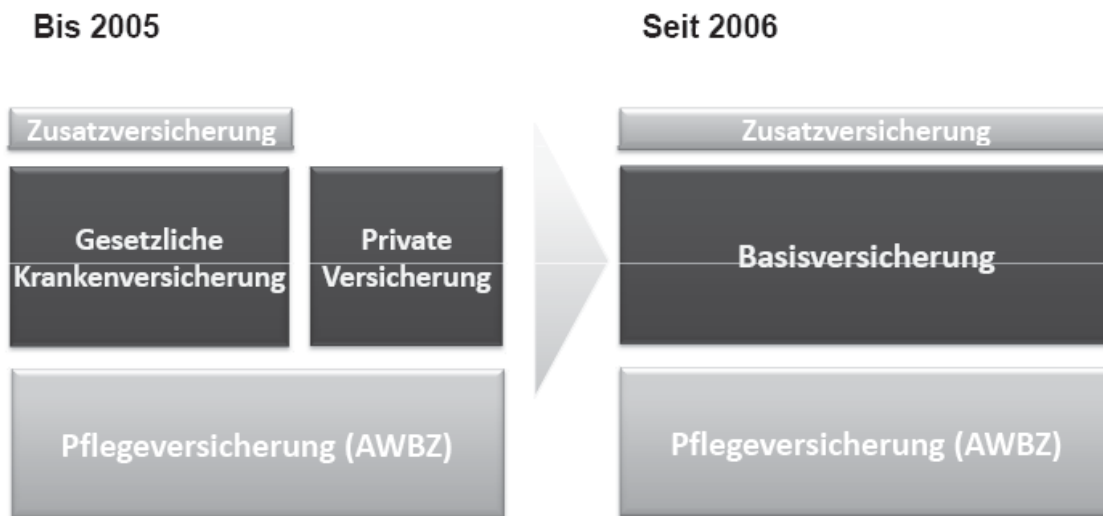


Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S.10 in Anlehnung an Bundeszentrale für politische Bildung (2010).

Die Neugestaltung des *Gesundheitssystems* unter der Führung von Gesundheitsminister Hans Hoogervorst überführte die noch 2005 strikt getrennte GKV und PKV in eine einheitliche Basisversicherung, die seit 2006 von den privaten Versicherern ausgeführt wird. Der neue Versicherungsmarkt vereinbart seitdem die Vorzüge einer privaten Lösung mit öffentlichen Vorgaben und wird dabei sowohl von einem nationalen als auch europäischen Rechtsrahmen umfasst.¹³ Eine prinzipielle Darstellung des Geschehens wird anhand nachfolgender Abbildung 2 noch einmal verdeutlicht:

¹³ Der Regulierungsrahmen umfasst sowohl öffentlich- als auch privat-rechtliche Vorschriften, die zum einen mit dem nationalen Krankenversicherungsgesetz (kontrolliert durch die Rechts- und Finanzaufsicht) konform sind. Zum anderen entsprechen sie der 3. EU-Schadenversicherungsrichtlinie sowie dem europäischen Wettbewerbsrecht (kontrolliert durch die Kartellbehörde). Vgl. Agasi, S. (2010a), S. 67.

Abbildung 2: Verschmelzung der PKV und GKV zur Basisversicherung



Quelle: Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 3.

Zu den Merkmalen des privaten Krankenversicherungsmarktes der Niederlande gehören seit dem Binnenmarktfreiheiten mit freiem Marktzutritt, Sitzlandkontrolle, Aufhebung der Tarifkontrolle, ausbleibende staatliche Beihilfen sowie private Unternehmensformen mit Gewinnerorientierungsmöglichkeiten.¹⁴ Parallel ist der niederländische Staat darum bemüht, die Vorgaben der *Pflichtversicherung* wie *ein* einheitlicher Leistungskatalog, *Kontrahierungszwang*, *Verbot von Prämiendifferenzierung*, beitragsfreie Mitversicherung der Kinder, *Wahlfreiheit* des Versicherten sowie den *morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)*, aufrechtzuerhalten.¹⁵ Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden versucht, den führenden Wettbewerbsgedanken der Reform unter Betrachtung aller Marktakteure zu beleuchten. Die detaillierte Darstellung der Finanzierungssystematik verfolgt den Zweck, die konkrete Ausgestaltung der Reform aufzuzeigen.

2.1 Reformziele und Eckpunkte: Neue Positionierung der Marktakteure – zwischen Wettbewerb, Effizienz und Transparenz

Die Reform der zweiten Säule verfolgte das Ziel, neue Wettbewerbsanreize für alle Marktakteure zu setzen.¹⁶ Vor dem Hintergrund der zu dämpfenden Kosten, auszuwehnenden Qualität, Wirtschaftlichkeit und Solidarität, war dabei ebenso zum Ziel

¹⁴ Vgl. Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 11-12.

¹⁵ Vgl. Agasi, S. (2010a), S. 67 ; Vgl. Schulze Ehring, F (o. J.), S. 2-3.

¹⁶ Vgl. Walser, C. (2008), S. 582.

geworden, den Markt wahlfreier und transparenter für die Versicherten zu gestalten. In zentraler Position stehen dabei die Versicherten, die durch ihre kritische Marktentscheidung den nachfrageorientierten Wettbewerb ankurbeln.¹⁷

Die herbeigeführte Wettbewerbsordnung wird seither durch die voranschreitende Liberalisierung der Leistungserbringermärkte weiterentwickelt. Da die Fachärzte grundsätzlich am Krankenhaus angesiedelt sind, nehmen die Krankenkassen einen direkten Dialog mit den Krankenhäusern auf. Im Rahmen eines sogenannten B-Segments ist es den Krankenkassen möglich, über 30,00 % der Preise frei zu verhandeln.¹⁸

Den Krankenversicherern wird bei der Reformumsetzung eine wichtige Rolle zugesprochen. Diese müssen einerseits dem vom Versicherten erzeugten Preiswettbewerbsdruck auf dem Krankenversicherungsmarkt standhalten. Andererseits sind sie gefordert, ihre Versicherten auf dem Markt für die Versorgungsverträge vor dem Hintergrund des Preis- und Qualitätswettbewerbs gegenüber den Leistungserbringern zu vertreten. Werden die Anreize auf den beiden Marktseiten konsistent ausgerichtet und die Aufgaben von den Versicherern als Leistungseinkäufer wahrgenommen, so kann ebenso mit der Steigerung der Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung gerechnet werden.¹⁹ Für einen reibungslosen Verlauf des Geschehens sorgt der Staat mit seinen sozialpolitischen Zielen und dem rechtlichen Rahmen.²⁰ Zur Veranschaulichung des beschriebenen Marktgeschehens wird auf die folgende Abbildung 3 verwiesen:

¹⁷ Vgl. Lass, K. (2006), S. 1 ; Vgl. Klusen, N. / Agasi, S. / Steffan, C. (2011), S. 4 ; Vgl. Greß, S. / Manouguian, M. / Wasem, J. (2007), S. 37.

¹⁸ Vgl. Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 31 ; Vgl. Agasi, S. (2010b), F. 5.

¹⁹ Vgl. Agasi, S. (2010a), S. 67 ; Vgl. Walser, C. (2008), S. 582.

²⁰ Siehe Fußnote 13.

Abbildung 3: Krankenversicherungsmarktseiten



Quelle: Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 31.

Neben der Einhaltung der öffentlichen Vorgaben stehen auch die Transparenzansprüche stets auf der Agenda der Regierung. So wurde nach einer erneuten Parlamentsdebatte im Mai 2008 ein Sicherstellungsauftrag verabschiedet. Damit wird die Regierung beauftragt, dafür Sorge zu tragen, dass alle Versicherer den Versicherten rechtzeitig umfassende Informationen zur Entscheidung über ihre Krankenkassenwahl zur Verfügung stellen. Darunter fallen Einzelheiten über Krankenversicherungstarife, vertraglich gebundene Leistungserbringer sowie über den daraus resultierenden Umfang der medizinischen Versorgung.²¹

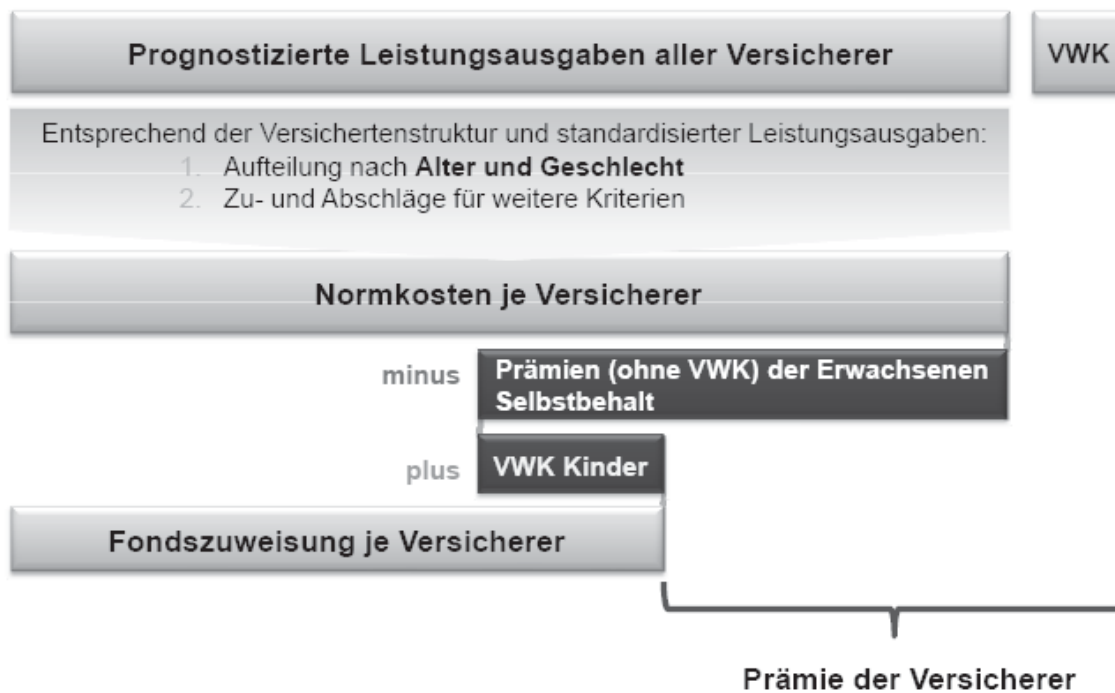
2.2 Reformumsetzung: Das Finanzierungsmodell der Basisversicherung

Zu den Finanzierungscomponenten, die den Mechanismus der umlagefinanzierten Krankenversicherung in Gang setzen,²² gehören ein *einkommensabhängiger Beitrag*, (*nominale*) *Prämie* der Krankenversicherer, Selbstbehalte der Versicherten sowie nicht zuletzt ein sozialer Ausgleich durch den Steuerzuschuss. Unter Einwirkung eines *Morbi-RSA* sowie der *Fifty-Fifty-Regel* werden im Folgenden die Besonderheiten des Krankenversicherungsmodells nach der Reform 2006 erläutert. Zu Zwecken der Veranschaulichung wird hierbei auf die Abbildung 4 zurückgegriffen, die an entsprechenden Stellen durch weitere Abbildungen und eine Tabelle ergänzt wird:

²¹ Vgl. Tweede Kamer (2008).

²² Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 13.

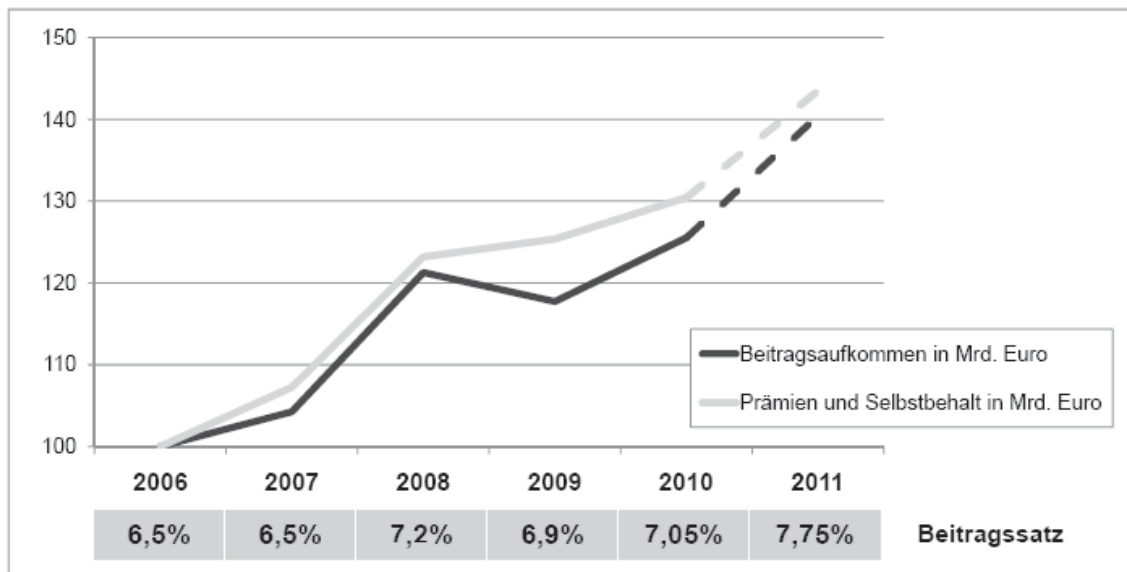
Abbildung 5: Der Krankenversicherungsfonds – Zuweisungssystematik



Quelle: Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 28.

Die Berechnung **des einkommensabhängigen Beitrags** (schematisch dargestellt in der Abbildung 4) basiert auf *dem steuerpflichtigen Einkommen*, wobei unterschiedliche Einkommensarten zu unterschiedlichen Beitragssätzen führen. So betrug beispielsweise 2006 der Beitrag auf Löhne und Gehälter 6,50 %, während dieser auf *steuerpflichtiges Einkommen* aus selbständiger Arbeit mit 4,40 % veranschlagt wurde (dazu siehe Tabelle 2 im Anhang). Als oberste Priorität wird bei der Beitragsbestimmung auf die Kaufkraftentwicklung geachtet, die über alle Haushalte hinweg gleich verteilt werden soll. Einen Überblick über den seit 2006 jährlich verlaufenden Anpassungsprozess der Beitragssätze bietet die folgende Abbildung 6:

Abbildung 6: Entwicklung von Beitragsaufkommen und Prämieinnahmen



Anmerkung: die angegebenen Beitragssätze gelten für Arbeitnehmer (mit Erstattung durch den Arbeitgeber) und Rentner ; indexierte Darstellung ; Werte für 2010 und 2011 sind Prognosen.

Quelle: Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 20.

Die Darstellung macht dabei den Sinn der Beitragssatzanpassung als Ausgleich vom Beitrags- und Prämienaufkommen deutlich. Darüber hinaus wird entsprechend der jährlichen Lohnentwicklung eine Beitragsbemessungsgrenze angepasst.²⁶ Exemplarisch lag diese 2006 bei 30.015,00 € und stieg im Jahre 2009 auf 32.369,00 €. Damit verzeichnete sie einen Zuwachs um 7,80 %.²⁷

Worauf das Augenmerk ausländischer Beobachter besonders intensiv gerichtet wird, ist die **nominale Prämie** der Krankenversicherer. Entsprechend ihrer politischen Zielsetzung gilt sie als ein wichtiger Wettbewerbsparameter. Obwohl die ehemalige GKV die *pauschale Prämie* sowie den Steuerzuschuss²⁸ bereits kannte, bleibt die Tatsache, dass die *pauschale Prämie* mit der Einführung der Basisversicherung erheblich angestiegen ist (vgl. Kapitel 3.1).²⁹ Die Höhe der *Prämie* hängt dabei von der Variante sowie vom Tarif der Basisversicherung ab, woran wiederum die *Wahlfreiheit*

²⁶ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 284-285 ; Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 13-14.

²⁷ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 40.

²⁸ Bereits 2005 betrug der Steuerzuschuss 3,60 Milliarden € und entsprach dabei ca. 12,00 % der Gesamtstaatsausgaben. Vgl. Greß, S. / Manouguian, M. / Wasem, J. (2007), S. 37.

²⁹ Von einem Jahr auf das nächste stieg die durchschnittliche Jahresprämie von 2005 auf 2006, für Versicherte ab 18 Jahren und ohne Steuerzuschuss, von 386,00 € auf 1030,00 €. Vgl. Agasi, S. (2010a), S. 68.

des Versicherten anknüpft.³⁰ Je mehr Freiraum für das Wahlrecht übrig bleibt, umso höher kann die *Prämie* werden.³¹ Auf dem Gebiet der Prämienbestimmung spielen sogenannte *Kollektivverträge* eine besondere Rolle. Da bei den Berechnungen von Zuweisungen an die Krankenversicherer die durchschnittliche *nominale Prämie* abgezogen wird (siehe hierzu Abbildung 5), wird damit deutlich, warum sich die Umverteilungswirkung des in der Abbildung 4 dargestellten *Morbi-RSA* auch auf die *Prämie* erstreckt.

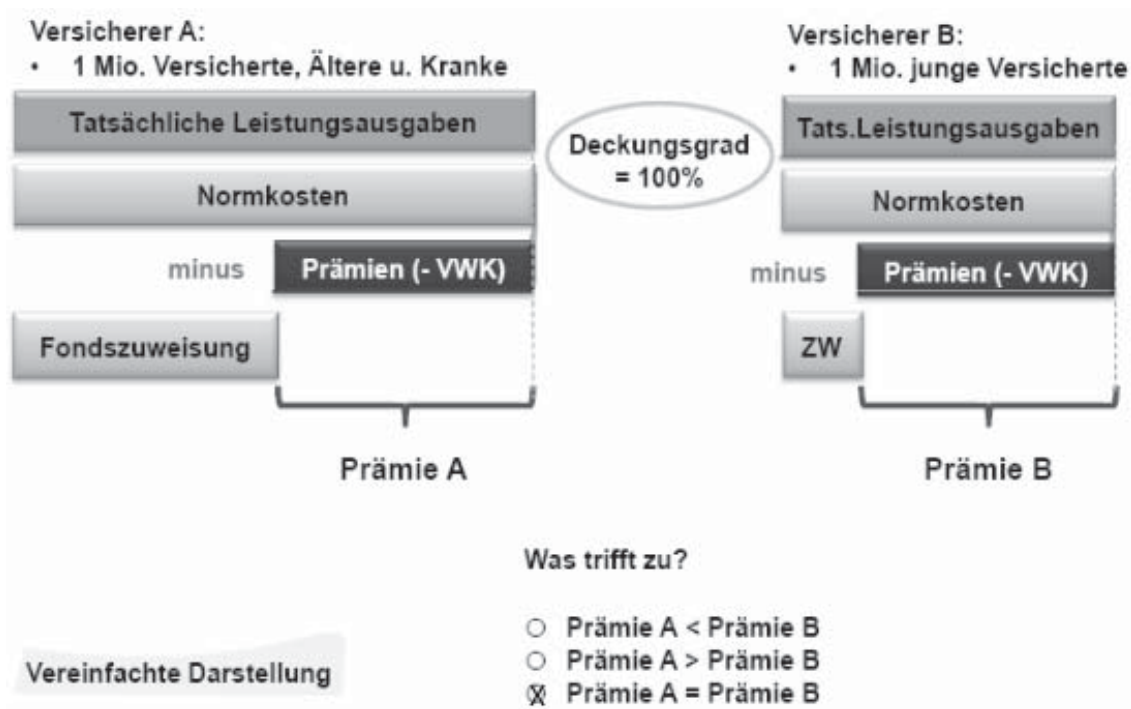
Einen buchhalterisch separaten Posten stellen im Hinblick auf die *nominale Prämie* die Verwaltungskosten der Versicherer dar. Da diese vollständig aus den Prämieinnahmen finanziert werden und ihre Deckung getrennt von der morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichssystematik gesichert werden muss (vgl. Abbildung 4 und 5), werden die Versicherer nach dem in Kapitel 2.1 beschriebenen Wettbewerbsgedanken zur Wirtschaftlichkeit gezwungen.³² Interessant wirkt sich dabei der Mechanismus der Prämienbestimmung aus. Seine vereinfachte Analyse macht deutlich, wie es den Versicherern gelingt, unterschiedliche *Prämien* auf dem Markt anzubieten. Im Folgenden wird ein Beispiel von Versicherer A betrachtet, der eine Million von älteren und kranken Mitgliedern versichert sowie des Versicherers B mit einer Million Kunden, dessen Versichertenstruktur sich als jung und gesund beschreiben lässt. Hohe Ausgaben von A spiegeln sich in seinen hohen Normkosten wieder. Unter Wirkung des *Morbi-RSA* und der damit verbundenen Fondsmehrzuweisung gelingt es diesem Versicherer, eine volle Kongruenz der Ausgaben und Einnahmen zu erreichen. Niedrige Ausgaben vom Versicherer B spiegeln wiederum seine niedrigen Normkosten wieder, so dass sich in seinem Fall die Fondszuweisung auf einem deutlich niedrigeren Niveau einpendelt. Beide Versicherer erreichen damit, trotz ihrer von Grund auf unterschiedlichen Versichertenstruktur, einen 100-prozentigen Deckungsgrad, der ihnen erlaubt, eine *nominal* gleiche *Prämie* zu rechtfertigen. Vergleiche dazu folgende Abbildung 7:

³⁰ Dabei haben die Versicherer das Verbot der Prämiendifferenzierung auf Tarifebene zu beachten; Vgl. Agasi, S. (2008), S. 286.

³¹ Zu möglichen Gestaltungsfeldern gehören: Wahl der Erstattungsart im Falle einer Leistungsanspruchnahme (Kostenerstattung, Sachleistung oder eine Mischung daraus), Anzahl der vertraglich gebundenen Leistungserbringer, Wahl zwischen einem Selektiv- oder Kollektivvertrag und damit verbundene Rabatte. Vgl. Tweede Kamer (2004).

³² Vgl. Agasi, S. (2010a), S. 68.

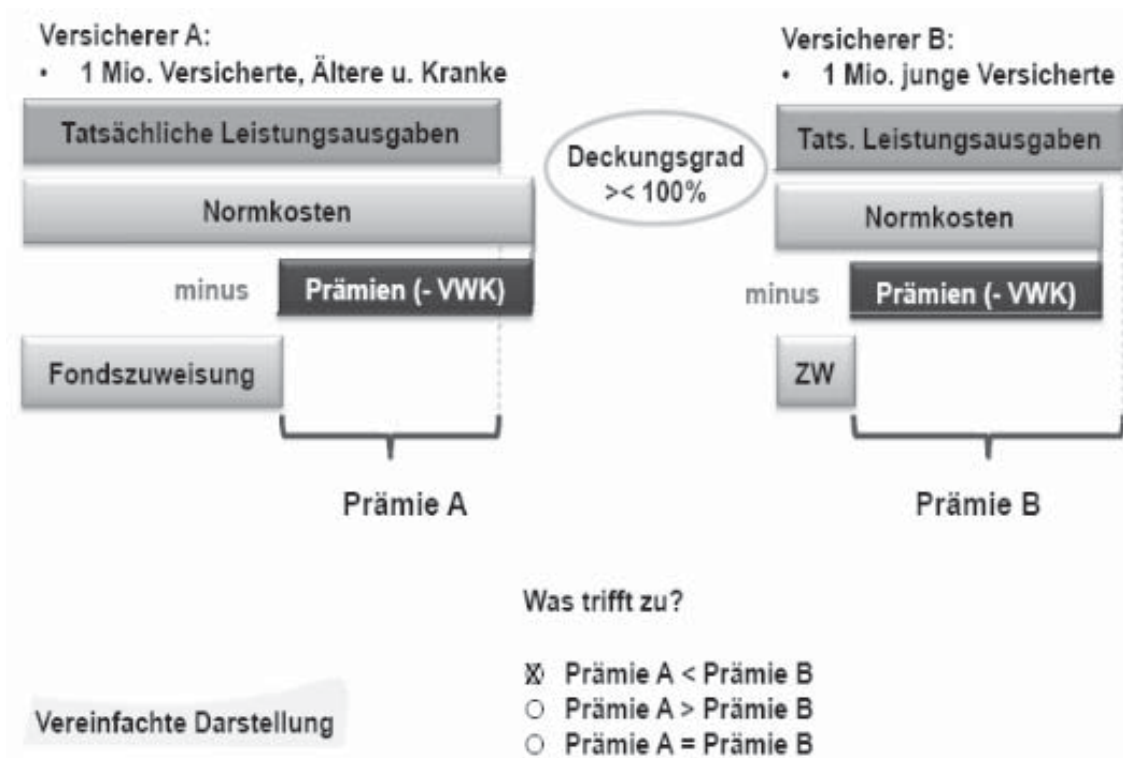
Abbildung 7: Zwei Versicherer mit gleichen Prämien



Quelle: Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 29.

Es wird deutlich, dass die Prämienunterschiede dann entstehen können, wenn die tatsächlichen Leistungsausgaben von den Normkosten abweichen. Gelingt es dem Versicherer A trotz ungünstiger Versichertenstruktur die tatsächlichen Leistungsausgaben unterhalb seiner Normkosten zu halten, so kann A nach Abzug einer durchschnittlichen *Prämie* eine Überdeckung aufweisen. Diese erlaubt ihm wiederum seine *nominale Prämie* günstiger anzubieten und sich damit am Markt wettbewerbsfähiger zu behaupten. Gelingt es dem Versicherer B nicht, seine tatsächlichen Leistungsausgaben mit der Höhe der Normkosten zu decken, so weist er eine Unterdeckung auf. Da er diese aus den Prämieeinnahmen ausgleichen muss, wird er gefordert sein, seinen Versicherungsschutz gegen die höhere *Prämie* am Markt zu verkaufen. Der hiermit beschriebene Fall wird anhand der Abbildung 8 noch einmal verdeutlicht:

Abbildung 8: Zwei Versicherer mit unterschiedlichen Prämien



Quelle: Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 30.

Des Weiteren wird von den Versicherern die Höhe der **Selbstbehalte** (vgl. Abbildung 4) bestimmt. Diese sehen für die Versicherten traditionell wenige Zuzahlungen vor. Je nach wählbaren Selbsthalten von 100,00 bis 500,00 € im Jahr sind dabei Beitragsrabatte möglich.³³ Der bis 2005 gültige *No-Claim-Bonus* wurde mit dem 1. Januar 2008 durch ein neues Zuzahlungssystem verdrängt. Seither werden alle jungen Versicherten über 18 Jahre dazu verpflichtet, einen generellen Selbstbehalt von 150,00 € jährlich zu zahlen.³⁴

Mit dem **steuerfinanzierten Sozialausgleich** (Sozialtransfer) werden zum einen die Kinderprämien zum anderen die Transferleistungen an die Einkommensschwachen fällig. Auf diesem Wege sollen die mit der Erhebung von einkommensunabhängigen Pauschalbeiträgen finanziellen Überbelastungen ausgeglichen werden. Die Höhe

³³ Vgl. Greß, S. / Manouguian, M. / Wasem, J. (2007), S. 37.

³⁴ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 286-287 in Anlehnung an Zw (o. J.), Art. 18a.

des Prämiensteuerzuschusses für Kinder richtet sich dabei nach der Anzahl der Kinder unter 18 Jahren und beträgt nominell die Hälfte der Erwachsenenprämie.³⁵

Eine echte Veränderung in der Finanzierungssystematik stellt die in der Abbildung 4 links dargestellte **Fifty-Fifty-Regel** dar.³⁶ Dahinter steht die Philosophie der fairen Lastenverteilung zwischen Unternehmen und Bürger im Hinblick auf die *Prämie* und Steuerfinanzierung.³⁷

Alle angesprochenen Finanzierungskomponenten werden mit der bereits bekannten Systematik des **Morbi-RSA** an die Krankenversicherer verteilt. Neben indirekten Morbiditätskriterien wie Geschlecht und Alter werden hierbei auch direkte Morbiditätskriterien wie Pharmakostengruppen und Krankenhausdiagnosen eingesetzt. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Regionen sowie der Art und Höhe des Einkommens werden die Normkosten ermittelt, die entsprechend der oben beschriebenen Systematik anschließend an die Krankenversicherer überwiesen werden (vgl. Abbildung 4).³⁸

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass das oberste Ziel der Reform ist, den Wettbewerbsgedanken, vor dem Hintergrund der zu steigernden Effizienz, im Fokus zu halten. Eine erhebliche Rolle spielt dabei ihre transparente Umsetzung. Allen Akteuren werden anhand entsprechender Anreize bestimmte Verhaltensmuster unterstellt, die diesen Gedanken umsetzen sollen. Das Niveau der *Prämie* wird als ein wichtiger Wettbewerbsparameter vor diesem Hintergrund immer wieder betont. Ein gesteigertes Ausgabenbewusstsein der Versicherten steuert ihre Nachfrage, wodurch die Kostensenkung des Systems erhofft wird. Die Analyse des Beispiels zeigt, wie sich der Berechnungsmodus des *Morbi-RSA* auf die Prämienhöhe erstrecken kann. Demnach werden die Versicherer darum bemüht sein, ihre Leistungsausgaben auf dem Wege der möglichen Rabattverträge möglichst zu senken sowie in ihre Versichertenstruktur durchaus schlechtere Risiken aufzunehmen.

³⁵ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 33-34.

³⁶ Damit tritt die bisherige Verteilungswirkung von 85,00 % zu 15,00 % außer Kraft. Vgl. Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 17.

³⁷ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 282 in Anlehnung an Zw (o. J.), Art. 45 Abs. 4, 5.

³⁸ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 281-291.

3 Bewertung der niederländischen Gesundheitsreform: Entwicklungen auf dem Krankenversicherungsmarkt aus Krankenversicherungs- sowie Versichertenperspektive

Im folgenden Kapitel sollen die tatsächlichen Auswirkungen und Entwicklungen der betrachteten Gesundheitsreform bewertet werden. Im Fokus der Betrachtung stehen sowohl die Krankenversicherer als auch die Versicherten, deren Standpunkte über alle wesentlichen Eckpfeile der Reform betrachtet werden. Im besonderen Maße sollen die Auswirkungen der mit der Reform angestoßenen Tendenzen auf diese Marktakteure zum einen erkannt, zum anderen in Zusammenhang mit den ursprünglichen Reformertwartungen gebracht werden. Die Auswahl der Unterkapitel geht hierbei auf die Intention zurück, die reformbedingten Entwicklungen mit dem jeweiligen Marktteilnehmer in Zusammenhang zu setzen und von seiner Perspektive zu erörtern. Da der Schwerpunkt der Arbeit auf ihre Erkenntnisse gelegt wird, werden sie zum Schluss eines jeden Unterkapitels zusammenfassend hervorgehoben.

3.1 „Von kleiner zur großen Prämie“ – Akzeptanz der Preisentwicklungen aus der Versichertenperspektive

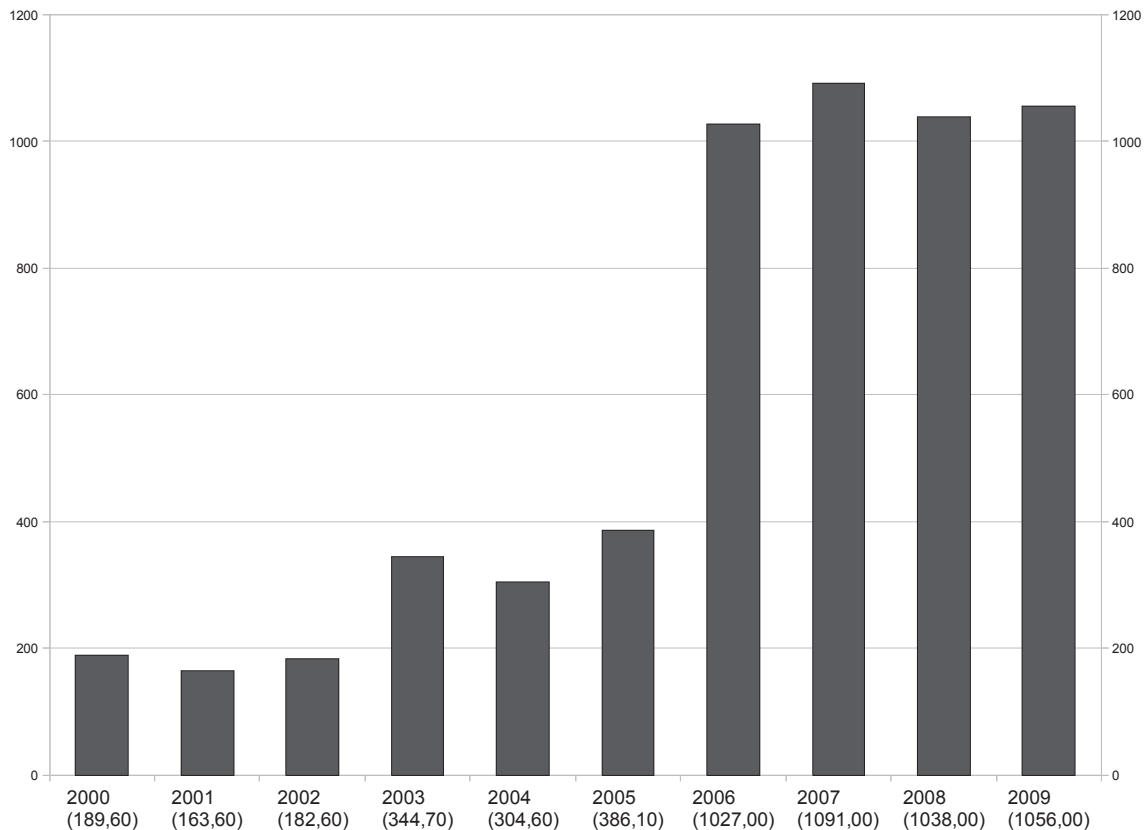
Was die Akzeptanz des neuen Krankenversicherungssystems angeht, gilt diese aus Sicht der Versicherten als relativ groß. Seine Anerkennung, inklusive der pauschalen (Arbeitnehmer-)prämie, lässt sich von allen großen und wichtigen gesellschaftlichen Gruppen als gegeben einstufen. Dazu trugen Entwicklungen wie: Eine subjektive und psychologische Wahrnehmung der *Prämie*, langjährige Vorbereitung der Reformgrundlage, umfangreiche Wahlrechte sowie, auf der Seite der Arbeitgeber, die Wirkung der *Fifty-Fifty-Regel* bei.³⁹ Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt wurde, kam es mit dem Übergang zur Basisversicherung zu einem großen Anstieg der *nominalen Prämie*. Durch ein Bündel von Maßnahmen und Anpassungsmechanismen wie: Erhöhung der Renten- und weiteren Transferleistungen sowie Anpassungen im Steuersystem (Anstieg der Freibeträge, Anpassung des Steuertarifs) und im Beitragssystem (laufende Anpassung des Beitragssatzes und der Beitragsbemessungsgrenze) konnte die Verteilungswirkung *der Prämie* korrigiert werden.⁴⁰ Konkret stieg diese

³⁹ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 24.

⁴⁰ Vgl. Agasi, S. (2010a), S. 68.

zum Jahreswechsel von 2005 auf 2006 im Durchschnitt von etwa 386,00 € auf 1027,00 € an, was anhand der folgenden Abbildung 9 veranschaulicht wird:

Abbildung 9: Durchschnittliche Prämienentwicklung von 2000 bis 2009



Anmerkung: In den Klammern handelt es sich um durchschnittliche Prämien in €, p. a., ohne Steuerzuschuss sowie ab 18 Jahren.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Douven, R. / Schut, E. (2006), S. 15 ; Vektis (2009), S. 22 ; Vektis (2008), S. 19.

Durch den steuerfinanzierten Sozialausgleich werden seitdem 70,00 % der Versicherten bezuschusst,⁴¹ so dass alle aus der Reform entstandenen finanziellen Mehrbelastungen indirekt abgedeckt worden sind. Im Rahmen der genannten Anpassungsmaßnahmen konnten allerdings laut Berechnungen des Centraal Planbureau (CPB) für das Jahr 2006 etwa 80,00 % der Versicherten zu den Gewinnern des Kaufkraftanstiegs (bis 4,00 %) werden, während 20,00 % der Bevölkerung einen

⁴¹ Während dessen vor der Reform bereits 60,00 % der Versicherten den steuerfinanzierten Zuschuss genoss.

Kaufkraftrückgang (bis 2,00 %) in Kauf nehmen musste.⁴² Die Analyse der Prämienentwicklung in den weiteren Jahren nach der Reform hilft dabei, die möglichen Akzeptanzgründe der Reform zu verstehen.

Zum einen lässt sich die hohe Akzeptanz der Reform mit subjektiver und psychologischer Wahrnehmung *der Pauschale* durch den breiten Teil der Versicherten erklären. Die Prämienzahlung erfolgt nicht über den Lohnabzug sondern direkt an die Krankenkasse. Die Betrachtung der in der Abbildung 9 dargestellten Zahlenreihe macht dabei deutlich, dass die durchschnittliche *Prämie* in dem Zeitraum von 2006 bis 2009 lediglich um 2,80 % angestiegen ist,⁴³ sowie, dass die niedrigste am Markt beobachtete *Prämie* einen Rückgang verzeichnet hat.⁴⁴ Damit lässt sich erklären, warum der durch die *Prämie* und den Sozialtransfer verursachte allgemeine Kostenanstieg nicht wahrgenommen worden ist und die Reform eine breite Zustimmung der Versicherten bekam. Zum anderen spielt die jahrelange und konsistente Reformvorbereitung eine große Rolle. Bereits seit den 80er Jahren sind *Pauschalbeiträge* im niederländischen *Gesundheitssystem* kein Tabuthema mehr.⁴⁵ Darüber hinaus haben auf den Erfolg der Reform die langfristigen Entwicklungen des Leistungskatalogs der ehemaligen GKV hin gearbeitet. Die bereits sehr früh vorgenommenen Kürzungen des Katalogs waren somit nicht mit der Reform 2006 in Zusammenhang gebracht worden.⁴⁶

Andererseits könnte für die Sicht der Versicherten eine 2009 durchgeführte Studie repräsentativ sein. Ihre Ergebnisse lassen sich auf die Skepsis vieler Menschen darüber zurückführen, ob diese relativ hohe *Pauschalprämie* einen verstärkenden Einfluss auf die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherern hat. Der immer wieder ans Licht kommende Kritikpunkt betrifft also die Höhe der *Prämie*.

⁴² Zum benachteiligten Personenkreis wurden ehemalige Privatversicherte, die seit 2006 einen einkommensabhängigen Beitrag zahlen müssen. Im Besonderen handelt es sich dabei um Versicherte mit hohem Einkommen, alleinstehende Arbeitnehmer, Doppelverdiener ohne Kinder sowie Rentner mit hohem Einkommen. Diese Personengruppen müssen seitdem mit höheren Belastungen rechnen. Vgl. Greß, S. / Manouguian, M. / Wasem, J. (2006), S. 38 ; Vgl. CPB (2006).

⁴³ Umgerechnet aus den durchschnittlichen Jahresprämien stieg die Prämie 2006 von 85,60 € auf 88,00 € im Jahre 2009 an. Vgl. Vektis (2009), S. 22; Vgl. Vektis (2007), S. 19.

⁴⁴ Von 82,50 € (2006) auf 79,20 € (2009). Bei den Berechnungen handelt es sich um Beiträge nach Abzug von Rabatten in den Gruppenverträgen. Vgl. Müller, J. (2009), S. 26.

⁴⁵ Bereits 2005 betrug das Prämienaufkommen ohne Sozialausgleich 15,00 % der Gesamtbeiträge. Vgl. Schulze Ehring, F. (o. J.), S. 4.

⁴⁶ So waren bereits in den 90er Jahren die Leistungen des Zahnersatzes, Teile der zahnärztlichen sowie der kieferorthopädischen Behandlung aus dem Katalog herausgenommen. Vgl. Greß, S. (2004), S. 37 ff.

Für die niedrigeren *Prämien* sprechen der Wegfall des steuerfinanzierten Transfers und damit verbundenen Kosten⁴⁷ sowie die Zahl der 0,30 Mio. säumigen Prämienzahler. Für die Beibehaltung der *Prämien* auf derzeitigem Niveau spricht allerdings die bereits oben beschriebene Steigerung der Kaufkraft bei 80,00 % der Versicherten sowie mehr Solidarität aufgrund eines gleichen Basispakets.⁴⁸

Schlussfolgernd lässt sich aus Sicht der Versicherten Folgendes festhalten: Zieht man das Pareto-Kriterium heran, so konnte unter den Versicherten keine Verbesserung erreicht werden.⁴⁹ Ganzheitlich betrachtet ist es allerdings gelungen, einen enormen Bevölkerungsanteil von 80,00 % „nachher“ netto-besser zu stellen als „vorher“. Die Abwägung dieser unterschiedlichen Betrachtungsansätze führt zu einem zufriedenstellenden Ergebnis, indem vor Augen geführt wird, dass die Akzeptanz der Bevölkerung im Allgemeinen als gegeben gilt.

3.2 Wahl- und Wechselverhalten der Versicherten sowie Transparenz

Da der Finanzierungszyklus der Basisversicherung an die Wechselmöglichkeiten der Versicherten angeknüpft wird, sind die Versicherer dementsprechend verpflichtet worden, ihre Prämienhöhen für das Folgejahr auf 6 Wochen vor Jahresende bekannt zu geben. Die Versicherten haben daraufhin das Recht, zum Jahresultimo das bestehende Versicherungsverhältnis zu kündigen und sich bis Ende Januar beim Konkurrenten anzumelden.⁵⁰ Mit der Einführung der Basisversicherung nutzten viele Versicherte dieses Recht und lösten damit eine wahrnehmbare Wechselbewegung aus. Die nachfolgende Abbildung 10 zeigt, in Abhängigkeit von der Entwicklung der Höchst-, Niedrigst- sowie der Durchschnittsprämie, die Wechselbewegungstendenzen auf:

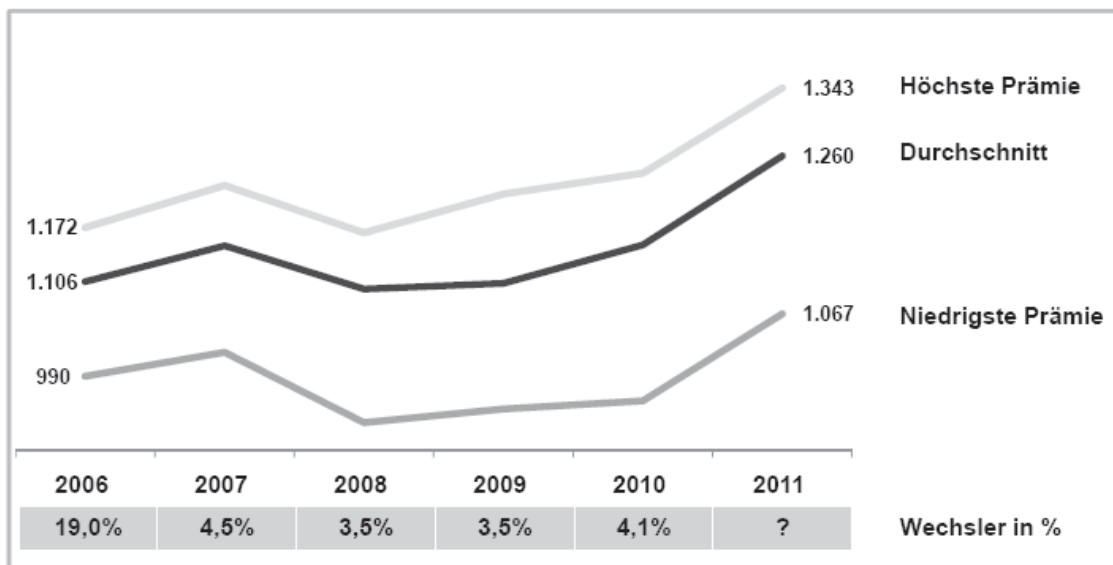
⁴⁷ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 24.

⁴⁸ Vgl. Tweede Kamer (2009-2010) / Van de Ven, W.P.M.M. et al. (2009), S. 139 ff.

⁴⁹ Siehe Fußnote 42.

⁵⁰ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 295.

Abbildung 10: Wechselbewegung der Versicherten von 2006 bis 2010



Quelle: Klusen, N / Agasi, S. (2011), F. 16 in Anlehnung an NZa (2008).

Im Jahre 2006 entschieden sich 19,00 % der Versicherten zum Wechsel ihres Krankenversicherers,⁵¹ womit der mögliche im Kapitel 3.3 analysierte Preiswettbewerb unter den Versicherern initiiert wurde. In den weiteren Jahren nach der Reform hat sich die Wechseldynamik auf einem deutlich niedrigerem Niveau eingependelt. 2007 betrug die Wechslerquote 4,50 %, 2008 und 2009 blieb sie mit 3,50 % konstant und stieg im Jahre 2010 auf 4,10 % an.⁵²

Wie die Empirie zeigt, haben an der hohen Wechselbewegung vor allem relativ junge und gesunde Versicherte unter 45 Jahren teilgenommen. Sollen die Daten der Wechselmobilität um die Wechsler innerhalb eines Versicherungsunternehmens auf der Ebene der Tarife mitberücksichtigt werden, so steigt die Wechslerdynamik um weitere Prozentpunkte an. Zu den Haupttreibenden dieser Wechselbewegung gehörten vor allem die älteren Versicherten ab 65 Jahren.⁵³ Ein weiterer maßgeblicher Faktor der Bewegung lässt sich anhand des stark heranwachsenden nachfrageorientierten Marktes für Kollektivverträge erklären (vgl. Kapitel 3.3). Zwei Drittel der gesamten Wechslerstrombewegung ist zu Gunsten der Gruppenanbieter verzeichnet

⁵¹ Vgl. Vektis (2006).

⁵² Vgl. Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 16 in Anlehnung an NZa (2008).

⁵³ Vgl. Vektis (2008b), S. 7 f. ; Vgl. Vektis (2009a), S. 7 f.

worden. 2007 überstieg der Anteil 80,00 %, während im Jahre 2008 ca. 72,00 % der Wechsler zu den Kollektivverträgen übergegangen sind. Diese Tendenz wirkte sich dabei ebenso auf der Ebene der Tarife aus. Allerdings dürfte die abflachende Tendenz der Popularität der *Gruppenverträge* darauf hindeuten, dass der Markt für Kollektivverträge bald gesättigt sein dürfte. Demnach kann die bisherige Entwicklung als eine temporär zu betrachtete Dynamik erfasst werden, einer sonst wenig mobilen Versichertenkultur.⁵⁴

Des Weiteren muss die Intensität des Wechselverhaltens im Kontext vorherrschender Zufriedenheit der Versicherten relativiert werden. Diese lässt sich ihrerseits durch moderate Prämienentwicklung (vgl. Kapitel 3.1 und 3.3) erklären, die aufgrund des intensiven Wettbewerbs als stabil bis leicht steigend zu beschreiben ist. Darüber hinaus werden viele Gruppenversicherte zusätzlich an mehrjährige Vertragslaufzeiten gebunden.⁵⁵ Das Verhandeln über neue *Kollektivverträge* könnte wiederum eine neue Wechselbewegung in Gang setzen, wenn die neu auszuhandelnden Versicherungsprämien zunehmend kostendeckend gestaltet werden (vgl. Finanzsituation im Kapitel 3.5).⁵⁶ Nicht zuletzt muss der sozio-ökonomische Status der Wechsler berücksichtigt werden. Den empirischen Beobachtungen zufolge gehören zu den Antriebern der Marktdynamik relativ junge (unter 45 Jahre) und gesunde Versicherte, die demnach sogenannte gute Risiken verkörpern, weniger beitragsfreie Kinder haben und einen höheren Ausbildungsstatus genießen.⁵⁷ Dieser direkte Zusammenhang kann dabei als repräsentativ für die Wechslerstruktur innerhalb der deutschen GKV angesehen werden.⁵⁸

Schlussfolgernd lässt sich, anhand der zurzeit beobachteten Wechseldynamik der Versicherten, auf kein eindeutiges Urteil über die Güte des zu funktionierenden Wettbewerbs schließen. Die durchaus deutlich beobachtbare Marktdynamik soll hierbei um weitere Aspekte, wie Popularität der *Gruppenverträge*, Zufriedenheit der Versicherten und den sozio-ökonomischen Status der wechselnden Versicherten berei-

⁵⁴ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 299 ; Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 45.

⁵⁵ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 296.

⁵⁶ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 46.

⁵⁷ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 45-46 in Anlehnung an Vektis (2008b), S. 7 f. ; Vgl. Vektis (2009a), S. 7 f.

⁵⁸ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 46 in Anlehnung an Schwarze, J. / Andersen, H. H. (2001), S. 581-602.

nigt werden. Wird beispielsweise der sozio-ökonomische Status betrachtet, so ist die Wechslerstruktur als nicht ausgewogen und damit nicht repräsentativ anzusehen. Ihre isolierte Betrachtung lässt somit keinen eindeutigen Rückschluss auf die Marktmobilität aller Versicherten zu.

3.3 Wettbewerb der Versicherungsunternehmen und Markt für Kollektivverträge

Für einen preissensitiven und damit wechselfreudigen Versicherten spielt der Preis bei der Entscheidung über die Versichererwahl eine entscheidende Rolle. Vor diesem Hintergrund macht sich der beobachtbare Preis- und Rabattwettbewerb der Versicherer sowohl innerhalb als auch außerhalb der *Gruppenverträge* deutlich. Die oben beschriebene moderate Entwicklung der *Prämien* über die Jahre hinweg (vgl. Abbildung 9 und 10) sowie ihr Rückgang im Billigpreissegment (vgl. Abbildung 10) kann auf der Seite der Versicherer als ein stark „gelebter“ Ausdruck des Wettbewerbs interpretiert werden.⁵⁹

Die besonders intensive Wettbewerbspolitik der weitgehend zu Konzernen zusammengeführten Versicherungsunternehmen (siehe Kapitel 3.4) lässt sich besonders gut im Niedrigpreissegment erkennen. Die Analyse der in der Tabelle 1 zusammengestellten Differenzbeträge aus der Höchst- und Niedrigstprämie lässt folgende Schlussfolgerung zu:

Tabelle 1: Spreizung der Marktprämien 2008 und 2011

Versicherer	Prämien 2008			Prämien 2011		
	Niedrigste Prämie	Höchste Prämie	Differenz	Niedrigste Prämie	Höchste Prämie	Differenz
Kleine Versicherer	1066,00	1161,00	95,00	1188,00	1343,00	155,00
Menzis-Gruppe	976,00	1131,00	155,00	1095,00	1305,00	210,00

⁵⁹ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 41.

CZ-Gruppe	988,00	1146,00	158,00	1140,00	1284,00	144,00
UVIT-Gruppe	933,00	1198,00	265,00	1067,00	1317,00	250,00
Achmea-Gruppe	1017,00	1166,00	149,00	1140,00	1317,00	177,00

Anmerkung: Prämien in €, p. a. und ohne Rabatte.

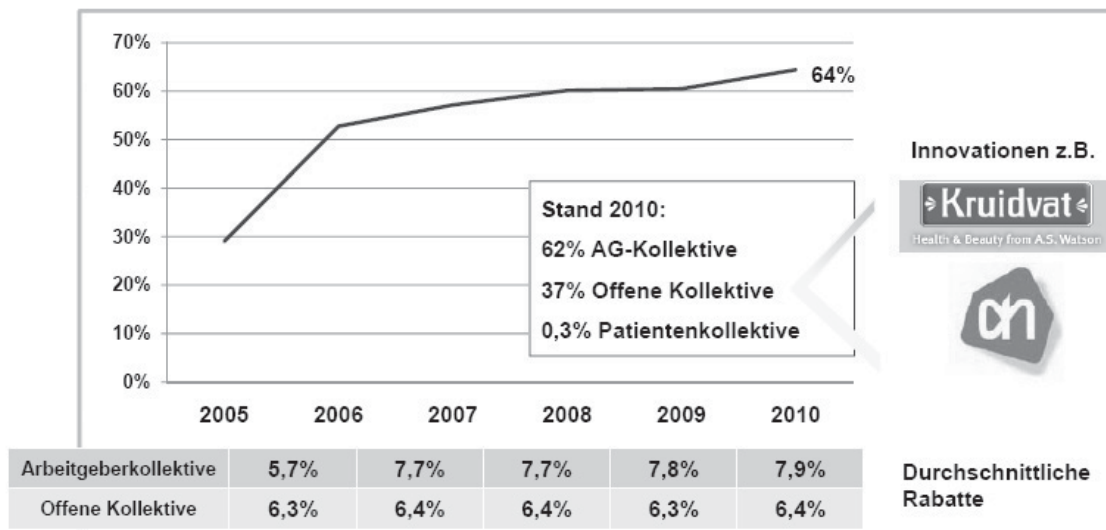
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 17 und Gesundheitsministerium (o. J.).

Der regelrechte Preiskampf fällt auf der Zwischenkonzernerbene einer ein- und mehrjährigen Betrachtung auf. So konnte beispielsweise die UVIT-Gruppe ihre Preisführerschaft unter den Konkurrenten mit größten Differenzen zwischen der Höchst- und Niedrigstprämie (2008: 265,00 €; 2011: 250,00 €) über die Jahre hinweg beibehalten. Die nächstliegenden Wettbewerber am Markt konnten sich im Jahre 2008 mit Prämienunterschieden etablieren, die weit über 100,00 € hinter der UVIT-Gruppe zurücklagen (z. B. Menzis-Gruppe mit einer Differenz von 155,00 €). Exemplarisch herausgegriffen konnte im Jahre 2011 die Menzis-Gruppe eine deutlich höhere Prämienunterschied erzielen, womit sie ebenso die 200,00 €-Marke erreicht hat. Die Entwicklung zeigt, dass die Steigerungsrate der Höchstprämien deutlich diejenige der Niedrigstprämien übersteigt, so dass sich die beobachtbare Abweichung stetig erhöht.⁶⁰

Die in der Abbildung 11 zusammengestellten durchschnittlichen Rabatte machen das Ausmaß der Entscheidung vieler Versicherten für die *Kollektivverträge* nachvollziehbar:

⁶⁰ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 41 ; Vgl. Agasi, S. (2008), S. 298 ; Vgl. Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 15.

Abbildung 11: Marktinnovationen – Kollektivverträge und Wettbewerb



Quelle: Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 34.

So konnten beispielsweise die Arbeitgeberkollektive 2006 ihren versicherten Arbeitnehmern im Durchschnitt einen Rabatt von 5,70 % gewähren. Aufgrund des hohen Wechsleranteils (vgl. dazu Kapitel 3.2 und Abbildung 10) und damit erzielbaren Diversifikations- sowie Skaleneffekten lag 2010 die durchschnittliche Rabatthöhe bei diesen Gruppenanbietern bei 7,90 %.⁶¹ Seit Beginn der Basisversicherung zeigt sich der Markt für Krankenversicherungsverträge von den Gruppenangeboten dominiert. So haben beispielsweise 58,00 % der Niederländer ihren Versicherungsschutz bei einem Gruppenversicherer abgeschlossen. 2010 waren es bereits 64,00 %.⁶²

Zusammenfassend schließen also die Ursachen des beobachtbaren „Niedrigprämienwettlaufs“ zum einen auf den massiven Wettbewerb der Basisversicherung zurück. Zum anderen sind sie ebenso auf die sehr hohe Popularität der *Kollektivverträge* zurückzuführen.⁶³ Des Weiteren weisen die Experten darauf hin, dass die zwar immer noch positive aber durchaus abflachende Entwicklung der *Kollektivverträge* der letzten Jahre auf eine mögliche Sättigungstendenz hinauslaufen könnte.⁶⁴ Die Analyse der neuesten Trendentwicklung des Vertragswettbewerbs zeigt, dass bereits 2011 erste Versicherer mit selektiven Vertragsstrategien am Markt anzutreffen sind.

⁶¹ Vgl. Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 34.

⁶² Vgl. DNB (2008) ; Vgl. Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 34.

⁶³ Vgl. NZa (2008).

⁶⁴ Vgl. DNB (2008).

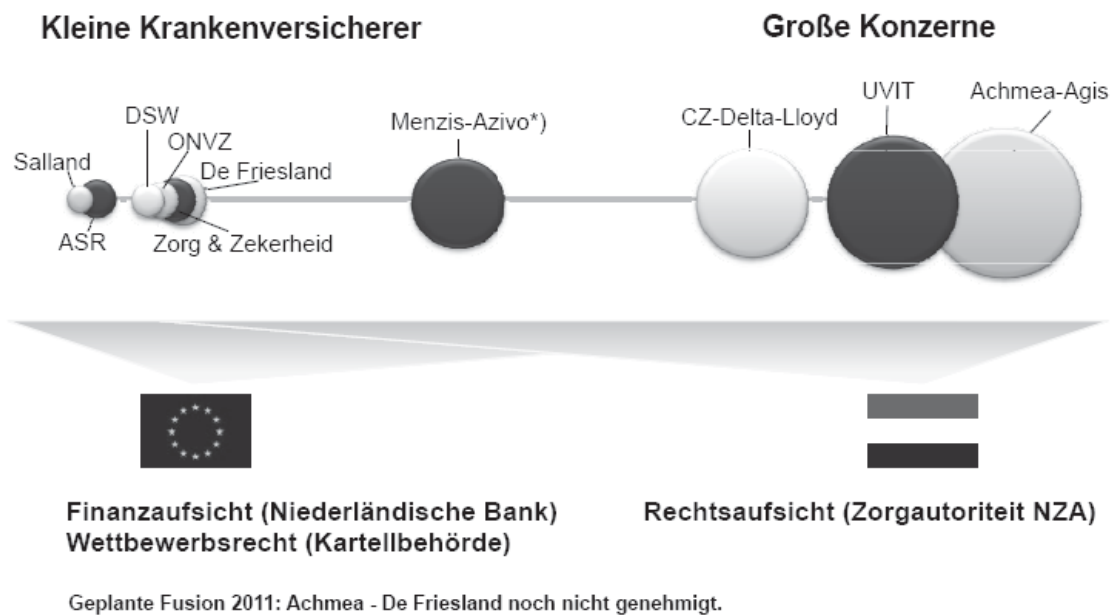
3.4 Konzentrationsprozess bei den Krankenversicherern

Die Einführung der Basisversicherung begleitete den Prozess der Schrumpfung einer Anzahl von Krankenversicherungsanbietern. Die Umstellung erlaubte den Versicherern die, aufgrund der separaten Bestandsführung der GKV und PKV, bisher getrennten Rechtspersönlichkeiten aufzugeben und ihre Versichertenbestände unter einem einheitlichen Namen zusammenzuführen. Die Implementierung des neuen Systems reduzierte somit automatisch die Anzahl der Krankenversicherer von 57 auf 33 Unternehmen. Über diese systembedingte Entwicklung hinaus ist auf dem niederländischen Krankenversicherungsmarkt eine Tendenz zur Konzentrationsbildung in Form von Konzernen verzeichnet worden. Entsprechend der hinter diesem rechtlichen Gebilde stehenden Definition, bleiben die Unternehmen dabei nach wie vor rechtlich selbständig und tragen ihre durch die Versicherungsverträge eingegangenen Verpflichtungen und Risiken separat. Bereits 2006 blieb lediglich ein Drittel der Unternehmen ohne Konzernbildung, während dessen der Rest der am Markt tätigen Unternehmen sich zu sechs Konzernen zusammenschloss. 2008 existierten nur noch vier Großkonzerne, die mit 22 Unternehmen 90,00 % des gesamten Krankenversicherungsmarktes konzentrierten. Lediglich 10 Unternehmen verzichteten auf diese strategische Kooperation.⁶⁵ Von 28 am Markt tätigen Krankenversicherungsunternehmen gehören heute 20 zu den vier Großkonzernen: Achmea-Agis, UVIT-Gruppe, CZ-Delta-Lloyd sowie Menzis-Azivo. 8 Unternehmen bleiben am Markt als kleine Unternehmen tätig, wobei ein weiterer Kleinversicherer DE-Friesland der Achmea-Gruppe beitreten möchte.⁶⁶ Diese Marktentwicklung stellt die folgende Abbildung 12 dar:

⁶⁵ Vgl. Agasi, S. (2008), S.297 in Anlehnung an Vektis (2007b) ; Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 46-48.

⁶⁶ Alle Krankenversicherer unterliegen sowohl der Finanz- als auch der Rechtsaufsicht und haben sich nach den Paragraphen des Wettbewerbsrechts zu richten, vgl. Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 13.

Abbildung 12: Konzentrationen auf dem Krankenversicherungsmarkt 2011



Quelle: Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 13.

Zusammenfassend lässt sich der Grund für die konzentrierte Entwicklung auf dem niederländischen Krankenversicherungsmarkt mit dem dahinter stehenden Preiswettbewerbsgedanken plausibel erklären. Die Kleinversicherer sind zunehmend nicht im Stande, dem Preiswettbewerbsdruck stand zu halten, vgl. Tabelle 1.

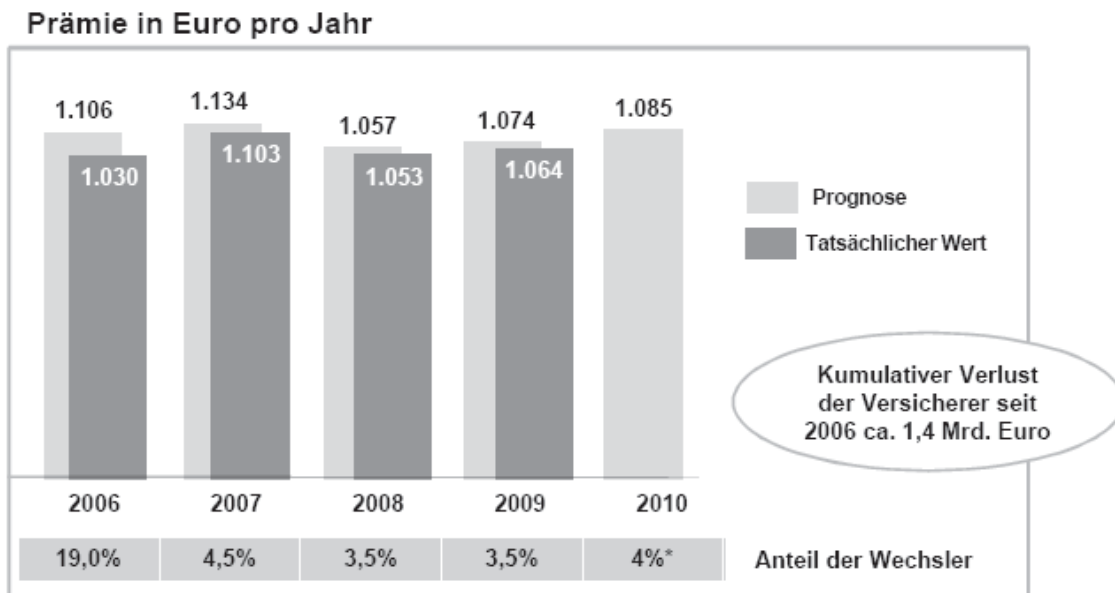
3.5 Finanzposition der Krankenversicherer

In den ersten Jahren nach der Reform ließ sich feststellen, dass die *nominalen Prämien* der Krankenversicherer weniger eingebracht haben, als es aus den Regierungsprognosen erwartet worden war. Die Krankenversicherer setzten die *nominalen Prämien* zuwider der Prognosen des Gesundheitsministeriums niedriger an. Der Fehlbetrag ergab 2006 eine Differenz von 76,00 € p. a. pro Versicherten sowie für das Jahr 2007 eine Differenz von 30,00 €. Die Prognose für das Jahr 2008 ergab „nur noch“ eine Finanzierungslücke von 8,00 €, die somit aus dem Krankenversicherungsfonds gedeckt werden musste.⁶⁷ In einer kumulativen Darstellungsweise der Abbildung 13 wird gezeigt, dass die Differenz zwischen der Prämienjahresprognose und den tatsächlichen Prämieinnahmen zwar zu immer kleineren Abweichungen

⁶⁷ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 293 in Anlehnung an NZa (2008).

tendiert, sich allerdings seither auf einen Gesamtschätzwert von ca. 1,4 Mrd. € beziffern lässt.

Abbildung 13: Finanzposition der Versicherer



Quelle: Agasi, S. (2010b), F. 24.

Trotz dieser Verluste aus den Prämieinnahmen fand in den ersten Jahren nach der Reform weder ein unterjähriger Anstieg der *Prämie* statt, noch meldete ein Versicherer die Insolvenz. Die Erklärung des Zustandes ist auf eine gute Kapitalausstattung der Versicherungsunternehmen zurückzuführen.⁶⁸ Allerdings führte die andauernde Wettbewerbspolitik zur deutlichen Abschmelzung der Rücklagen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, werden Einsparungen beim Sozialtransfer geplant. Aus der Anhebung der Belastungsgrenze um 1,50 % p. a. soll ein Beitrag zur Konsolidierung des Staatshaushalts geleistet werden.⁶⁹

Zusammenfassend wird erst nach Betrachtung der Finanzlage der Versicherer deutlich, dass sich die Vorteile des starken Preiswettbewerbs für die Versicherten in den

⁶⁸ Privat-rechtliche Versicherer haben für die Sicherung der Liquidität sowie dauerhafter Erfüllbarkeit der eingegangenen Verpflichtungen nach den Vorschriften der 1. EU-Schadenversicherungsrichtlinie zu haften. Hiernach sind die Versicherer dazu verpflichtet, die Solvabilitätsspanne von mindestens 8,00 % in der Basisversicherung und 24,00 % in der Zusatzversicherung in den Quartalsberichten gegenüber der Niederländischen Bank nachzuweisen. Der Abschlag von 2/3 (8,00 % zu 24,00 %) geht auf ein vermindertes versicherungstechnisches Risiko aufgrund des RSA zurück. Vgl. Agasi, S. (2008), S. 293-294 in Anlehnung an Besluit zorgverzekerung (2005), DNB (2006) und DNB (2008).

⁶⁹ Vgl. Agasi, S. (2010b), F. 24.

deutlichen finanziellen Belastungen der Versichererseite und der Staatskasse widerspiegeln lassen. Der durch die Versicherten nicht wahrgenommene Kostenanstieg einerseits und die Fehlbeträge der Versicherer andererseits ergeben kein homogenes Bild. Zur Beurteilung des niederländischen Systems können im internationalen Vergleich mehrere Indikatoren herangezogen werden. Sollen hierbei die Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf am BIP exemplarisch betrachtet werden, so lag das niederländische *Gesundheitssystem* ein Jahr nach der Reform (2007), im Vergleich zu ausgewählten OECD-Ländern, auf Platz 5 (wobei Deutschland auf Platz 8 klassifiziert wurde).⁷⁰ Werden hierbei die Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf, unabhängig von der Altersstruktur sowie in Bezug zu Deutschland als Vergleichsmaß, herangezogen, so ergibt sich den Berechnungen zufolge, dass das betrachtete System auf Platz 5 um 15,50 % ausgabenintensiver als das Deutsche ist.⁷¹ Ein wichtiger Kritikpunkt auf dem Wege des abschließenden Urteils eines *Gesundheitssystems* betrifft allerdings die Methodik, die Datenbasis sowie die Interessenposition verschiedener Studien. Unter mangelnder Datenempirie sowie möglichen methodologischen Mängeln, sind jegliche Rankings von *Gesundheitssystemen* lediglich als ein grober Richtwert zu betrachten.⁷²

4 Reform 2006 aus deutscher Sicht: Politische und strukturelle Gegebenheiten

Im Koalitionsvertrag steht mit dem Ausdruck: „das bestehende Ausgleichssystem (...) in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie (...) und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen“ zu überführen, die Einführung einer pauschalen Versicherungsprämie in die deutsche Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zur Debatte.⁷³ Politisch gesehen ist jedoch dieser Schritt als umstritten angesehen, da aufgrund der historisch gewachsenen Gegebenheiten des deutschen Systems der zu

⁷⁰ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 27-28 in Anlehnung an OECD (2009).

⁷¹ Zu Zwecken der Vergleichbarkeit wird hierbei unterstellt, dass die Strukturen des Gesundheitsangebots in allen Ländern identisch seien und als Maßstab Deutschland genommen wird. So ergibt sich, nach einer Vornahme der altersstrukturbedingten Gewichtungen, ein internationalvergleichstauglicher Indikator. Vgl. Niehaus, F. / Finkenstädt, V. S. (2009), S. 14 ff.

⁷² Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 27 ; Vgl. Niehaus, F./ Finkenstädt, V.S. (2009), S. 6 ff. ; Vgl. Klusen, N. / Strutz, H. (2010a), F. 34.

⁷³ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 2.

zahlende Preis eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes als hoch gelte.⁷⁴ Im Hinblick auf die Sicherung der zukünftigen Finanzierung der GKV in Deutschland wird das beschriebene Mischfinanzierungsmodell der Niederlande über *einkommensabhängige Beiträge* und *nominale Prämien* als ein potenzieller Kompromiss zwischen den Randlösungen der bisherigen „Bürgerversicherung“ sowie der vorgeschlagenen „Kopfpauschale“ angesehen.⁷⁵ Vor diesem Hintergrund wird in diesem Kapitel durch den Vergleich beider Systeme die potenzielle Umsetzbarkeit und Adaptation der Reform in Deutschland betrachtet.

In der Vergleichsbetrachtung fallen sowohl strukturelle als auch politische Unterschiede beider Systeme auf. Zu den **strukturellen** Unterschieden lassen sich mehrere Punkte aufführen. Während in den Niederlanden bereits vor der Reform die Dominanz der privaten Strukturen und Rechtsformen (Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, privatrechtliche Stiftungen) gegeben war, überwiegen in Deutschland öffentliche Rechtspersonen (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts). Der weitere Unterschied bezieht sich auf die seit den 80er Jahren existente Vertrautheit der niederländischen Versicherten mit dem Thema des einkommensunabhängigen *Pauschalbeitrags*. Aufgrund des niedrigen Bekanntheitsgrades der Thematik in Deutschland weckt die politische und gesellschaftliche Diskussion um diese Finanzierungsbestandteile nach wie vor viele Kontroversen. Des Weiteren fallen die Unterschiede beim Thema Honorardifferenzierung auf. Während das niederländische System zu den Zeiten der strikten Trennung zwischen GKV und PKV diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede kannte, werden die deutschen Ärzte in den zwei Säulen nach unterschiedlichen Tarifen entlohnt. Das allgemeine Problem des gewöhnlich höheren Anteils der kostenintensiven Rentner wurde bereits in der ehemaligen niederländischen GKV durch einen Solidarbeitrag der ehemaligen PKV gelöst. Die Implementierung des niederländischen Systems auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt wäre darüber hinaus im Hinblick auf die Bildung einer Demographiereserve umstritten. Im Gegensatz zur deutschen PKV sind im niederländischen System keine Altersrückstellungen gebildet worden. Nicht zuletzt wird auf die erheblichen sektoralen Unterschiede beider Systeme hingewie-

⁷⁴ Vgl. Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 3.

⁷⁵ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 279.

sen. Während in den Niederlanden bereits seit den 90er Jahren eine selektive Steuerung der Ambulanzversorgung existiert und daraufhin auf direkte Abrechnungswege zwischen den Krankenkassen, Krankenhäusern sowie den individuellen Leistungserbringern abgestellt worden ist, existiert in Deutschland ein starres System der strikten Sektortrennung mit indirekten Abrechnungswegen über die kassenärztlichen Vereinigungen.⁷⁶

Die Betrachtung der **politischen** Ausgangsbedingungen beider Länder führen zu folgenden Feststellungen: Während sich die Reform- und Politikkultur der Niederlande als liberal einstufen lässt, wäre ihre Richtung in Deutschland eher als konservativ anzusehen. Darüber hinaus fällt auch die Länge der Reformvorbereitung in den Niederlanden auf. Werden die ersten *nominalen Prämien* in den 80er Jahren, die bereits in den 90er Jahren vorgenommenen Kürzungen des einheitlichen Leistungskatalogs sowie die an die Arbeitgeber überlassene Krankengeldauszahlung betrachtet, so fällt auf, dass ähnliche reformbedingte Mehrbelastungen sowie Sparmaßnahmen als Schnelllösungen in Deutschland zum Scheitern verurteilt wären.⁷⁷

Zusammenfassend lässt sich Folgendes feststellen: Würde nach dem niederländischen Vorbild in die deutschen Krankenversicherungsstrukturen der GKV und PKV eingegriffen, wäre ihre Umsetzung entweder nicht denkbar oder nur mit massiven Änderungen erreichbar. Diese würden von den Anpassungen der fragwürdigen Finanzierung (selbst der Kinderprämien), über umstrittene Überführung der kollektiv kalkulierten Altersrückstellungen an die Privatversicherer bis hin zum bewussten Verzicht auf den Mehrumsatz aus der Honorardifferenzierung nicht reichen.⁷⁸

5 Fazit und Ausblick: Krankenversicherung der Niederlande – ein Modell für Deutschland?

Wie gezeigt werden konnte, initiierte die Reform 2006 auf dem niederländischen Krankenversicherungsmarkt eine Reihe von Veränderungen sowie Entwicklungen, die von hoher Relevanz nicht nur für die Marktteilnehmer sondern auch für das gesamte niederländische Gesundheitssystem sind. Mit den Wettbewerbsinstrumenten

⁷⁶ Vgl. Schulze Ehring, F. (o. J.), S. 3-5.

⁷⁷ Vgl. Schulze Ehring, F. (o. J.), S. 5-6.

⁷⁸ Vgl. Schulze Ehring, F. (o. J.), S. 6-8.

einer hohen *Pauschalprämie* und des im Konzept enthaltenen Steuerzuschusses in der Hand wurde das Ziel angestrebt, den Wettbewerb, die Effizienz sowie die Transparenz der Gesundheitsmarktstrukturen zu steigern. Soll das neue System auf die Erreichung des Wettbewerbsziels überprüft werden, so machen sich folgende Entwicklungen bemerkbar. Im Hinblick auf die Effizienz des Systems sollte angemerkt werden, dass durch die systembedingte Umstellung ein Rückgang der Verwaltungskosten verzeichnet werden konnte.⁷⁹ Vor dem Hintergrund des steigenden Preiswettbewerbsdrucks wurden auf dem Markt starke Marktkonzentrationen in Form von Konzernen gemessen. Zur Markttransparenz werden immer wieder neue Initiativen der Regierung (wie beispielsweise Internetplattformen) gestartet, die den Versicherten bei ihrer Entscheidungsfindung aktiv unterstützen sollen. Wird allerdings die Finanzentwicklung der Versicherer ins Visier der Betrachtung genommen, so wird das System vor der Tatsache der steigenden staatlichen Gesundheitsausgaben gestellt. Ob sich diese in den folgenden Jahren halten lassen, lässt sich derzeit nicht zuverlässig vorhersagen. Sollen vor diesem Hintergrund die einkommensunabhängigen *Pauschalen* und damit die Zahl der Anspruchsberechtigten aus dem Steuerzuschuss steigen, so könnte der Staatshaushalt zusätzlich belastet werden.⁸⁰ Die verzeichnete Kostenentwicklung muss demzufolge, auch nach der Reform, als eine stets nicht zu unterschätzende Herausforderung betrachtet werden. Im diesem Kontext könnten bald erste Rationierungsansätze an Bedeutung gewinnen.⁸¹

Um auf die in der Einleitung vorliegende Fragestellung zurückzukommen, ob die niederländische Reform ein geeignetes Modell für Deutschland darstellt, lässt sich dieses anhand vorliegender Analyse mit nein beantworten. Ein möglicherweise sehr wichtiger Punkt der Argumentationskette liegt in den von Grund auf unterschiedlichen Dankansätzen der Politik. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die *Prämie* in den Niederlanden im Kontext einer Wettbewerbsordnung eingeführt wurde. In Deutschland wird hingegen geglaubt, dass der Wettbewerb erst mit entsprechender *Prämie* erreicht werden kann. Darüber hinaus liegt der Fokus der niederländischen Regierungsbestrebungen in der gleichmäßigen Verteilung der Kaufkraftentwicklung, wäh-

⁷⁹ Im Jahre 2006 sanken die Verwaltungskosten um 4,70 % sowie 2008 um 4,20 %; Vgl. Agasi, S. (2010b), F. 27.

⁸⁰ Vgl. Greß, S. / Manouguian, M. / Wasem, J. (2007), S. 38.

⁸¹ Vgl. Schulze Ehrling, F. / Köster, S. (2010), S. 26, 30, 37.

rend in Deutschland die Lohnkostendebatte, nicht ohne Grund, in den Kern der Betrachtung gerückt wird. Neben diesen wichtigen Unterschieden auf „gedanklicher Ebene“, die die Frage der grundlegenden Bestrebungen behandelt, gibt es einen triftigen und „anfassbaren“ Grund. Es bleibt die Tatsache, dass die demographische Entwicklung im niederländischen System nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Daher lässt sich darin kein geeigneter Ausgangsweg für die steigenden Ausgaben einer alternden deutschen Gesellschaft finden.⁸² Eine Vernachlässigung dieser Problematik kann demzufolge keine nachhaltige Lösung für 82 Mio. Bundesbürger darstellen.

⁸² Vgl. Schulze Ehring, F. (o. J.), S. 11-12.

Glossar

Alle *kursiv* gekennzeichneten Begriffe dieser Arbeit werden hier erläutert.

Die Angaben in den eckigen Klammern beziehen sich auf die Abschnitte dieser Arbeit.

<p><i>Allgemeine Versicherungspflicht</i> (in den Niederlanden)</p>	<p>[Kapitel 1] Damit wird die Pflicht eines jeden Bürgers verstanden, eine einheitliche Krankenversicherung abzuschließen.⁸³ Nach der Gesundheitsreform 2006 erstreckt sich diese Pflicht auf einen Abschluss der sog. Basisversicherung.⁸⁴ Wird der Pflicht zur Versicherung nicht nachgekommen, werden sog. Nach- und Strafzahlungen fällig.⁸⁵</p>
<p><i>Bismarcksches Sozialversicherungsmodell</i></p>	<p>[Kapitel 1] geht auf die Krankenversicherung von Otto Bismarck aus dem Jahre 1883 zurück. Zu den charakteristischen Grundmerkmalen gehören hierbei: Versicherungspflicht, Versicherungsprinzip nach Leistungsfähigkeit, Leistung nach medizinischer Notwendigkeit, einheitlicher Leistungskatalog, sowie solidarische Finanzierung.⁸⁶</p>
<p><i>einkommensabhängiger Beitrag</i> („Arbeitgeberbeitrag“)</p>	<p>[Kapitel 2] gehört neben einer (einkommensunabhängigen) <i>Prämie</i>, einem <i>Selbstbehalt</i> sowie dem <i>Steuerzuschuss</i> zu einem der Hauptfinanzierungskomponenten in dem niederländischen Krankenversicherungsmodell.⁸⁷ Dieser wird</p>

⁸³ Vgl. Wirtschaftslexikon Gabler (2011).

⁸⁴ Vgl. Schulze Ehrling, F. /Köster, S (2010), S. 13 in Anlehnung an Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008), S. 17.

⁸⁵ Vgl. Schulze Ehrling, F. (o. J.), S. 2.

⁸⁶ Vgl. Klusen, N. / Strutz, H. (2010a), F. 142 ; Vgl. Klusen, N. / Strutz, H. (2010b), F. 11.

⁸⁷ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 284-287.

	<p>traditionell vom Finanzamt unabhängig davon eingezogen, ob ein Versicherungsverhältnis tatsächlich existiert. Er wird vom Arbeitnehmer gezahlt und versteuert sowie vom Arbeitgeber erstattet. Wird kein beitragspflichtiges Einkommen bezogen, so ist kein <i>einkommensabhängiger Beitrag</i> zu leisten (betrifft Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, nicht erwerbstätige Ehegatten oder Lebenspartner). Die Festlegung der Beitragssätze findet jedes Jahr im Herbst des Vorjahres statt und wird in einer engen Abstimmung des Gesundheits- und Finanzministeriums mit dem Ministeriums für Arbeit und Soziales vorgenommen.⁸⁸</p>
<p><i>Fifty-Fifty-Regel</i></p>	<p>[Kapitel 2] definiert das hälftige Verhältnis zwischen dem einkommensabhängigen Beitrag und der (einkommensunabhängigen) <i>Prämie</i> für das Aufkommen der Basisversicherung.⁸⁹ Damit wird mit dem sog. „<i>Arbeitgeberbeitrag</i>“ eine langfristig ausgewogene Belastung von 50,00% zu 50,00 % von Unternehmen und Bürger bzw. von Arbeitgeber und Arbeitnehmer angesteuert.⁹⁰</p>
<p><i>Gesundheitssystem</i></p>	<p>[Kapitel 1] Aus mehreren Definitionen wird im Folgenden diese der WHO herausgegriffen. Hiernach umfasst ein <i>Gesundheitssystem</i> alle Aufgaben, die der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit sowie der Absicherung gegen die finanziellen Risiken</p>

⁸⁸ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 284.

⁸⁹ Vgl. Schulze Ehrling, F. /Köster, S (2010), S. 14 in Anlehnung an Zw (o. J.), Art. 45 Abs. 4.

⁹⁰ Vgl. Klusen, N. / Agasi, S (2011), F. 19 ; Vgl. Agasi, S. (2010a), S. 68.

	von Krankheit dienen sowie den Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten gerecht werden. ⁹¹
<i>Kollektivvertrag (Gruppenvertrag)</i>	[Kapitel 2] kann als Gruppenangebot definiert werden, das durch Kooperationen von Arbeitgebern oder anderen Rechtspersonen zustande kommt. Es ermöglicht den Versicherten Rabatte, die sich auf die jährliche Prämie bis zu 10,00 % auswirken. ⁹²
<i>Kontrahierungszwang</i>	[Kapitel 2] Pflicht aller Krankenversicherer, einem jeden in seinem Tätigkeitsbereich wohnhaften Versicherungsnachfrager, einen Versicherungsschutz im Umfang der Basisversicherung zu gewähren. ⁹³
<i>Morbi-RSA</i>	[Kapitel 2] ist ein Ausgleichsmechanismus, der es den Krankenversicherern möglich macht, die von einzelnen Versicherten geleistete Beitragszahlung nach der Krankheitshäufigkeit solidarisch zu verteilen. Als quasi „Transformationsmaschine“ hilft der <i>Morbi-RSA</i> , die nicht risikobezogenen Beiträge der Versicherten in die risikoäquivalente Zahlungen umzuwandeln. ⁹⁴ Das Ziel ist dabei die unerwünschte Risikoselektion zugunsten von gesunden Versicherten zu verhindern. ⁹⁵ Der <i>Morbi-RSA</i> erstreckt sich im niederländischen Krankenversicherungsmodell auf die gesamten Leistungsaus-

⁹¹ Vgl. WHO (2000), S. 5-8.

⁹² Vgl. Greß, S. / Manouguian, M. / Wasem, J. (2007), S. 37.

⁹³ Vgl. Schulze Ehring, F. (o. J.), S. 2.

⁹⁴ Vgl. Van de Ven, W. P. M. M. / Ellis, R. (2000), S. 755–845.

⁹⁵ Vgl. Greß, S. / Heinemann, S. / Jacobs, K. (2010), S. 26.

	<p>gaben der Basisversicherung. Neben den Kriterien: Alter und Geschlecht, Region, pharmazeutische Kostengruppe, Diagnosekostengruppe und Art des Einkommens wurde 2008 zum ersten Mal ein sozio-ökonomischer Status hinzugezogen. Die Zuweisung der Beiträge basiert zunächst auf den Berechnungsprognosen des Folgejahres (ex-ante-Berechnung) unter Berücksichtigung des Alters und Geschlechts, die um die Zu- und Abgänge der weiteren Kriterien bereinigt werden.⁹⁶</p>
<p><i>No-Claim-Bonus</i></p>	<p>[Kapitel 2] war ein bis 2005 auszahlender Differenzbetrag. Er richtete sich an alle Versicherten des niederländischen Krankenversicherungssystems, die im Vorjahr weniger als 255,00 € an Versicherungskosten verursacht haben. Aufgrund der Diskriminierung der chronisch Kranken wurde der Bonus mit dem 1. Januar 2008 (auf dem Wege einer erneuten Reform) durch ein neues Zuzahlungssystem ersetzt.⁹⁷</p>
<p><i>Prämie (nominal)</i> (auch <i>Pauschalbeitrag, Pauschalprämie, Pauschale</i>)</p> <p style="text-align: right;"><i>Pau-</i></p>	<p>[Kapitel 2] gehört neben einem einkommensabhängigen <i>Beitrag</i>, einem <i>Selbstbehalt</i>, sowie dem <i>Steuerzuschuss</i> zu einem der Hauptfinanzierungskomponenten in dem niederländischen Krankenversicherungsmodell.⁹⁸ Ihre Höhe ist für alle Versicherten einer Versicherung nominal gleich. Da die <i>Prämie</i> mit der Einführung der Reform im Durchschnitt von 386,00 € (2005) auf 1030,00 € p. a. (2006) ange-</p>

⁹⁶ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 287-290.

⁹⁷ Vgl. Coalitieakkord (2007) ; Vgl. Müller, J. (2007), S. 12-18.

⁹⁸ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 284-287.

	stiegen ist, ist sie konzeptionell an den steuerfinanzierten Sozialausgleich gekoppelt. ⁹⁹
<i>steuerpflichtiges Einkommen</i>	[Kapitel 2] wird bei der Bemessung eines <i>einkommensabhängigen Beitrages</i> herangezogen. Es handelt sich hierbei um steuerpflichtige Einkommensarten aus heutiger und früherer Arbeit. Darunter zählen: Löhne und Gehälter, Unternehmensgewinne, Freelancer-Einkünfte sowie regelmäßige Transfer (z. B. Renten). ¹⁰⁰
<i>Verbot der Prämien differenzierung (auf Tarifebene)</i>	[Kapitel 2] besagt dass die <i>Prämie</i> innerhalb eines bestimmten Tarifes für jeden Versicherten gleich sein muss. Die Prämienhöhe darf demnach nicht nach persönlichen Merkmalen des Versicherten differenziert werden. ¹⁰¹
<i>Wahlfreiheit (für Versicherte)</i>	[Kapitel 2] Der Versicherte hat selbst nicht nur über die Wahl seiner Krankenkasse und des jährlich möglichen Wechsels, ¹⁰² sondern auch über Tarife (Kostenerstattungs-, Sachleistungs-, Kombinationstarife) ¹⁰³ und die Höhe des Selbstbehalts zu entscheiden. ¹⁰⁴

⁹⁹ Vgl. Greß, S. / Heinemann, S. / Jacobs, K. (2010), S. 26.

¹⁰⁰ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 284.

¹⁰¹ Vgl. Agasi, S. (2008), S. 286.

¹⁰² Vgl. Lass, K. (2006), S. 1.

¹⁰³ Vgl. Klusen, N. / Agasi, S. (2011), F. 32.

¹⁰⁴ Vgl. Schulze Ehring, F. (o. J.), S. 3.

Literaturverzeichnis

Agasi, S. (2008):

Die Krankenversicherung in den Niederlanden zwei Jahre nach der Reform. Finanzentwicklung und Markttrends. In: (ZSR) Zeitschrift für Sozialreform 54 (Heft 3/ 2008), S. 279–303.

Agasi, S. (2010a):

Krankenversicherung in den Niederlanden. Von der kleinen Prämie zur großen Prämie. In: Die Krankenversicherung 03/10, S. 67–71.

Agasi, S. (2010b):

Das Gesundheitssystem in den Niederlanden. Ein Modell für Deutschland ? Präsentation vom 18. Mai 2010. Techniker Krankenkasse. Hamburg, F. 1-16. Online verfügbar unter [Agasi_2010_Hamburg.pdf](#), zuletzt geprüft am 23.03.2011.

Besluit zorgverzekering (2005):

Staatsblad. 2005, 389, 28. Juni 2005 in der aktuellen Fassung.

Bundeszentrale für politische Bildung (2010).

Online verfügbar unter http://www.bpb.de/popup/popup_druckversion_sosi.html?guid=WZDR7I&sosi_guid=AAC393&sosi_it=AAC148, zuletzt geprüft am 23.03.2011.

CPB (2006) – Centraal Planbureau: Koopkrachtontwikkeling 2006:

plussen en minnen, CPB Notitie, 20 April 2006.

Coalitieakkoord (2007):

Tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en ChristenUnie, 7 Februari 2007. Online verfügbar unter http://www.regering.nl/Het_kabinet/Regeerakkoord, zuletzt geprüft am 26.03.2011.

DNB (2006) – De Nederlandse Bank:

Ziektekostenverzekeraars in totaliteit salvabel, Statistisch Bulletin, Juni 2006.

DNB (2008) – De Nederlandse Bank:

Statistisch Bulletin, Juni 2008.

Douven, R. / Schut, E. (2006):

Health plan pricing behavior and managed competition. CPB Discussion Paper No. 61, March 2006.

Enthoven, A. / Van de Ven, W. P. M. M. / Wynand, P. M. M. (2007):

Going Dutch – Managed Competition Health Insurance in the Netherlands. In: New England Journal of Medicine 357, 2007 (24), S. 2421–2423.

Finanzamt (o. J.).

Online verfügbar unter www.belastingdienst.nl, zuletzt geprüft am 29.03.2011.

Gesundheitsministerium (o. J.):

Informationsportal. Online verfügbar unter www.kiesbeter.nl, zuletzt geprüft am 29.03.2011.

Greß, S. (2004):

Niederlande: Die Plombe ist Privatsache. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 7, (1/04).

Greß, S. / Heinemann, S. / Jacobs, K. (2010):

Spicken beim Nachbarn. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 13 (1/10), S. 21–26.

Greß, S. / Manouguian, M. / Wasem, J. (2007):

Niederlande: Anatomie einer Reform. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 10 (1/2007). S. 36–40. Online verfügbar unter http://www.stefan-gress.eu/mediapool/40/403223/data/gug_0107_niederlande_reform.pdf, zuletzt geprüft am 28.03.2011.

Klusen, N. / Agasi, S. (2011):

Die Krankenversicherung in den Niederlanden. Ein Vorbild für Deutschland? In Vorlesung: Gesundheitspolitik und-systemvergleich, 19.01.2011 an der Leibniz Universität Hannover. Im Stud.Ip verfügbar unter https://elearning.uni-hannover.de/folder.php?cid=dcd68c9340991388fba5a928fdb0f8a5&cmd=tree,11019_Vorlesung_Niederlande.pdf, zuletzt geprüft am 01.02.2011.

Klusen, N. / Agasi, S. / Steffan, C. (2011):

Germany, the Netherlands and Switzerland. Solidarity meets Competition in Health Insurance Markets. Case study, Updated Version. In Vorlesung an der Leibniz Universität Hannover, S. 1–56. Im Stud.Ip verfügbar unter https://elearning.uni-hannover.de/folder.php?cid=dcd68c9340991388fba5a928fdb0f8a5&cmd=tree,110126_Case_Study_Solidarity_and_Competition_D_NL_CH.pdf, zuletzt geprüft am 01.01.2012.

Klusen, N. / Strutz, H. (2010):

Gesundheitssysteme D-F-UK. Gleicher Zugang für alle? Historische Wurzeln, F.142. in Vorlesung: Gesundheitspolitik und-systemvergleich. 17.11.2010 an der Leibniz Universität Hannover. Im Stud.Ip verfügbar unter https://elearning.uni-hannover.de/folder.php?cid=dcd68c9340991388fba5a928fdb0f8a5&cmd=tree,Vorlesung_101117.pdf, zuletzt geprüft am 01.01.2012.

Klusen, N. / Strutz, H. (2010a):

Einführung: Internationaler Gesundheitssystemvergleich und Gesundheitspolitik in Deutschland. Grundtypen der Organisation von Gesundheitssystemen (1). Die Urtypen „Bismarck“ vs. „Beveridge“, F.11. in Vorlesung: Gesundheitspolitik und -systemvergleich. 27.10.2010 an der Leibniz Universität Hannover. Im Stud.Ip verfügbar unter <https://elearning.uni-hannover.de/folder.php?cid=dcd68c9340991388fba5a928fdb0f8a5&cmd=tree,Einführung.pdf>, zuletzt geprüft am 01.01.2012.

Lass, K. (2006):

Die Gesundheitsreform in den Niederlanden – ein Vorbild für Deutschland? Internationale Politikanalyse. In: Politik Info 08, S. 1–4; zuletzt geprüft am 10.03.2011.

Müller, J. (2007):

Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden. Grundzüge und erste Erfahrungen. In: Kompass Knappschaft Bahn See 7 / 8, S. 12–18.

Müller, J. (2009):

Reform der niederländischen Krankenversicherung – Bilanz nach drei Jahren. In: G+S, 2/2009.

Niehaus, F. / Finkenstädt, V. S. (2009):

Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen? WIP-Diskussionspapier 12/09, S. 14 ff.

NZa (2008) – Nederlandse Zorgautoriteit:

Monitor Zorgverzekeringsmarkt.

OECD (2009) – Organisation for Economic Co-operation and Development:

Health Data. Online verfügbar unter www.oecd.org; zuletzt geprüft am 01.04.2011.

Schulenburg, J.-M. (2005):

Versicherungsökonomik. Ein Leitfaden für Studium und Praxis, S. 432-434.

Schulze Ehring, F. (o. J.):

Die niederländische Gesundheitsreform 2006 aus deutscher Sicht. Verband der privaten Krankenversicherung, S. 1-12. Online verfügbar unter <http://www.private-krankenversicherung.de/downloads/niederlaendische-gesundheitsrefom-2006.pdf>, zuletzt geprüft am 20.03.2011.

Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D (2010):

Gesundheitssysteme im Vergleich Die Gesundheitsreformen in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland? Die Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden. Betrachtungen aus deutscher Sicht. In: PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Dokumentation Nr. 29, Köln. Online verfügbar unter http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/pkv-doku_no29_12w.pdf, zuletzt geprüft am 12.03.2011.

Schwarze, J. / Andersen, H. H. (2001)

Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? Schmollers Jahrbuch, Band 121 (4), S. 581–602.

Tweede Kamer (2003, 2004):

Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet), vom Vergaderjaar 2003-2004, 29763, nr. 3, Memorie van toelichting.

Tweede Kamer (2008):

Motie van de leden Smilde en Wiegman-van Meppelen Scheppink, Vergaderjaar 2007-2008, vom 31 200 XVI, nr.144, 15.05.2008.

Tweede Kamer (2009-2010):

Motie van de Veen 32123 XVI nr. 51, vom 11.11.2009.

Van de Ven, W. P. M. M. / Ellis, R. (2000):

Risk Adjustment in competitive health plan markets. In: A. J. Culyer und J. P. Newhouse (Hrsg.): Handbook of Health Economics. Elsevier North Holland, Amsterdam, S. 755–845.

Van de Ven, W. P. M. M. et al. (2009):

Evaluatie: Zorgverzekeringswet en wet op de zorgtoeslag. Den Haag, S. 139 ff. Online verfügbar unter www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/zvw-wzt_webversie_a4.pdf, zuletzt geprüft am 27.03.2011.

Van Ministerie Volksgezondheid (2008):

Verplichte zorgverzekering als u in Nederland werkt. In: Welzijn en Sport.

Vektis (2006):

Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag.

Vektis (2007a):

Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag, April 2007.

Vektis (2007b):

Zorgmonitor, Jaarboek 2007. Financiering van de zorg in 2006.

Vektis (2008a):

Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag. Begin of einde van de rust? April 2008.

Vektis (2008b):

Zorgthermometer Vooruitblik 2009.

Vektis (2009a):

Zorgthermometer, Vooruitblik 2010, S. 7 f.

Vektis (2009b):

Verzekerdenmobiliteit en Keuzegedrag, S. 7 ff.

Walser, C. (2008):

Wettbewerb im niederländischen Krankenversicherungsmarkt. In: BKK, S. 582–587. WHO (2000) – World Health Organisation: Health Systems: Improving Performance. In The World Health Report, S. 1–206.

Wirtschaftslexikon Gabler (2011):

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/versicherungspflicht.html?referenceKeywordName=Sozialversicherungspflicht#head0>; zuletzt geprüft am 11.03.2011.

Zvw (o. J.) – Zorgverzekeringswet:

Staatsblad 2005, 356; letzte Änderung, Staatsblad 2007, 540.

Anhang

Tabelle 2: Einkommensabhängige Beitragssätze – ein Überblick

Einkommensart	2006	2007	2008	2009
Löhne und Gehälter	6,50%	6,50%	7,20%	6,90%
Selbständige / Freiberufler	4,40%	4,40%	5,10%	4,80%
Sozialhilfe für unter 65-Jährige	6,50%	6,50%	7,20%	6,90%
Sozialhilfe für über 65-Jährige	4,40%	4,40%	5,10%	4,80%
Arbeitslosengeld	6,50%	6,50%	7,20%	6,90%
Zahlungen zur Berufsunfähigkeit	6,50%	6,50%	7,20%	6,90%
gesetzliche Rente ab 65	6,50%	6,50%	7,20%	6,90%
Renten bei Frühverrentung (Beginn nach 1.1.2006)	4,40%	4,40%	5,10%	4,80%
Renten bei Frühverrentung (Beginn vor 1.1.2006 und 2005, krankenversichert)	6,50%	6,50%	7,20%	6,90%
Renten bei Frühverrentung (Beginn vor 1.1.2006 und 2005, nicht krankenversichert)	4,40%	4,40%	5,10%	4,80%
Private Renten/Betriebsrenten	4,40%	4,40%	5,10%	4,80%
Hinterbliebenenunterstützung	6,50%	6,50%	7,20%	6,90%
Renten für Hinterbliebene	4,40%	4,40%	5,10%	4,80%
Unterhaltsempfänger (Berechtigung nach 1.1.2006)	4,40%	4,40%	5,10%	4,80%

Quelle: Schulze Ehring, F. / Köster, A.-D. (2010), S. 14 in Anlehnung an Finanzamt (o. J.).



4 Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag in der GKV- eine ökonomische Analyse

Pia-Christin Zellmer



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	122
1 Einleitung.....	123
2 Begriffliche Grundlagen	124
2.1 Gesetzliche Krankenversicherung	124
2.2 Zusatzbeitrag	126
2.3 Kopfpauschale	127
3 Die Gesundheitsreform seit 2007.....	128
3.1 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)	128
3.2 Gesundheitsfonds und Morbi-RSA	129
3.3 Änderungen in 2011	131
4 Der Zusatzbeitrag- eine ökonomische Analyse	131
4.1 Finanzielle Auswirkungen	131
4.1.1 Vergleich verschiedener Einkommensgruppen	131
4.1.2 Vergleich verschiedener Familiengrößen	133
4.2 sozialer Ausgleich.....	134
4.3 Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument	135
5 Diskussion	136
6 Zusammenfassung und Fazit	138
Literaturverzeichnis	140



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
bmg	Bundesministerium für Gesundheit
et al.	et alia (und andere)
f.	folgende
ff.	fort folgend
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
Hrsg.	Herausgeber
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
Mrd.	Milliarden
PKV	private Krankenversicherung
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
RSA	Risikostrukturausgleich
S.	Seite
URL	Uniform Resource Locators
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen immer weiter an und können immer weniger von den Einnahmen getragen werden. Diese Entwicklung hat verschiedene Gründe. Zum einen führt die demographische Entwicklung dazu, dass die Bevölkerungszahl immer weiter sinkt.¹ Dadurch nimmt die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter ab, während die Gruppe der nicht mehr Erwerbsfähigen größer wird. Der Bedarf an gesundheitlicher Versorgung und Altenpflege steigt mit zunehmendem Alter, wodurch auch die Kosten der GKV steigen. Diese können jedoch schwerlich von der sinkenden Anzahl junger Beitragszahler getragen werden. Ein weiterer Grund für einen steigenden Finanzbedarf in der GKV stellt der medizinische Fortschritt dar. Jede Neuerung und Verbesserung bringt auch eine Kostensteigerung mit sich.² Aus diesen Gründen ist die Kostendämpfung ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik. Bereits seit 1993 verfolgen die verschiedenen Reformen eine Struktur, welche auf den Wettbewerb ausgerichtet ist, um somit für alle Beteiligten Anreize zu ökonomischem Handeln zu schaffen.³

Auch der Zusatzbeitrag, welcher seit der Einführung des Gesundheitsfonds erhoben werden kann, soll der Steigerung des Wettbewerbs dienen und den Krankenkassen ermöglichen, die ihnen entstehenden Defizite auszugleichen. Die Regierungskoalition ist der Ansicht, dass diese Wirkungen durch die Neuerungen im Jahr 2011 noch verstärkt werden. Rösler spricht hierbei von Eckpunkten „zu einer nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“.⁴ Durch den sozialen Ausgleich soll außerdem mehr Gerechtigkeit geschaffen werden. Die vorliegende Arbeit unterliegt der Aufgabenstellung „Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag in der GKV-eine ökonomische Analyse“ und behandelt in diesem Zusammenhang die Forschungsfrage: „Welche Chancen und Risiken ergeben sich aus der Einführung des Zusatzbeitrags?“.

Hierzu werden zunächst in Kapitel 2 begriffliche Grundlagen definiert, welche für den weiteren Verlauf von besonderer Bedeutung sind. In Kapitel 3 werden die Schritte der Gesundheitsreform seit 2007 und damit die Entwicklung des Zusatzbeitrags aufgezeigt, um dann in Kapitel 4 eine ökonomische Analyse unter Einbezug verschiede-

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2011).

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2012).

³ Vgl. Gerlinger, T. / Stegmüller, K. (2009), S.135 f..

⁴ Rösler,P. (2010), S.3.

ner Studien durchzuführen. Abgerundet wird die Arbeit mit einer Diskussion, sowie einer Zusammenfassung, welche die wichtigsten Ergebnisse hervorheben soll.

Als neues Finanzierungssystem der GKV ist auch die Kopfpauschale ein häufig diskutierter Vorschlag. Da, vor allem durch die Neuregelungen in 2011⁵, der Zusatzbeitrag zu einer kleinen Kopfpauschale geworden ist, betrachtet die vorliegende Arbeit beide Beitragsmodelle.⁶

2 Begriffliche Grundlagen

2.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Die Gesetzliche Krankenversicherung versichert ihre Mitglieder gegen Kosten, die durch eine Krankheit entstehen können.⁷ Sie existiert seit dem 15. Juni 1883 und gehörte zu den Anfängen der Sozialgesetzgebung des damaligen Reichskanzlers Otto Fürst von Bismark.⁸ Seitdem besteht für Arbeiter der Industrie, des Handwerks und der Gewerbebetriebe eine Krankenversicherungspflicht. Die anfänglich zehn % Versicherten sind auf mittlerweile 85 % Versicherte der Bevölkerung im Dezember 2009 angestiegen.⁹ Gesetzlich geregelt ist die GKV im fünften Buch des Sozialgesetzbuches.¹⁰ Versichert sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor allem Arbeitnehmer, Familienversicherte, Studenten, freiwillig Versicherte, Selbstständige, Rentner, Arbeitssuchende und Bedürftige.¹¹ Arbeitnehmer und Auszubildende sind in der GKV versicherungspflichtig, sobald deren Einkommen über 400 Euro monatlich liegt, jedoch die Versicherungspflichtgrenze nicht überschritten wird. Diese gibt an, ab welchem monatlichen Entgelt der Versicherte die Wahl zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat und liegt in 2011 bei 4.125 Euro/Monat.¹² Die Beitragsbemessungsgrenze hingegen legt das höchste Einkommen fest, welches für die Berechnung des Beitrages mit Hilfe des Beitragssatzes angesetzt wird. Der Beitrag wird zu 50% vom Arbeitgeber und zu 50% vom Arbeitnehmer getragen. Hinzu kommen 0,9%, welche nur vom Versicherten gezahlt werden.¹³ Kinder und Ehepartner

⁵ siehe 3.3

⁶ Vgl. Krankenkassen.Deutschland (2011).

⁷ Vgl. bmg (2011b); bmg (2012); Statistisches Bundesamt (2012a)

⁸ Vgl. Graf Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S.56; bmg(2011a).

⁹ Vgl. bmg (2011a).

¹⁰ Vgl. SGB V.

¹¹ Vgl. bmg (2011d-k).

¹² Vgl. bmg (2011d und I).

¹³ Vgl. Graf Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S.56.

von Versicherungsnehmern der GKV sind beitragsfrei mitversichert, wenn diese bestimmte Kriterien erfüllen.¹⁴ Studierende, die nicht familienversichert sind, haben bis Ende des 14. Semesters oder des 30. Lebensjahres eine Versicherungspflicht in der GKV.¹⁵ Nicht mehr pflichtversichert ist, wessen Einkommen in den letzten drei Jahren oberhalb der Versicherungspflichtgrenze lag und dieses auch im kommenden Jahr so sein wird. Diese Personen können in die PKV wechseln oder in der GKV bleiben, insofern sie dieser auch zuvor angehörten.¹⁶ Auch Selbstständige sind versicherungsfrei und können sich somit freiwillig in der GKV versichern.¹⁷

Zentraler Bestandteil der GKV ist das Solidaritätsprinzip. Danach kommen Gesunde für Kranke auf, Junge für Alte, Alleinstehende für Familien und Reiche für Arme. Dieses zeigt sich dadurch, dass sich die Leistungen nicht nach der Beitragshöhe richten, welche abhängig ist von dem Einkommen aus unselbstständiger Arbeit. So werden die Risiken auf alle Versicherten umverteilt und nicht nur von einem Teil getragen.¹⁸ Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung geschieht über das Umlageverfahren. Hierbei werden alle Kosten von den laufenden Einnahmen gezahlt, wodurch sie gemeinsam getragen werden.¹⁹ Nach § 1 Satz 1 SGB V sind die Aufgaben der GKV, die Gesundheit der Mitglieder zu erhalten, zu verbessern und wiederherzustellen.²⁰ Die Leistungen erfolgen in Form von Sach- und Dienstleistungen und dienen u.a. der Behandlung von Krankheiten, der Gesundheitsförderung und der Früherkennung von Krankheiten.²¹ Hierbei muss das Wirtschaftlichkeitsgebot Beachtung finden.²²

Abbildung 1 zeigt „das magische Dreieck“ zwischen den Versicherten, den Krankenkassen und den Leistungserbringern, welches sich deutlich von einer normalen Käufer-Verkäufer-Beziehung unterscheidet.²³ Die Mitglieder der GKV können hier als Nachfrager gesehen werden, welche die Leistung direkt bei den Produzenten, also

¹⁴ Vgl. bmg (2011e).

¹⁵ Vgl. bmg (2011f).

¹⁶ Vgl. bmg (2011g).

¹⁷ Vgl. bmg (2011h).

¹⁸ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S.36-37; Graf Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S.57.

¹⁹ Vgl. Pimpertz, J. (2010), S.3

²⁰ Vgl. §1 Satz1 SGB V.

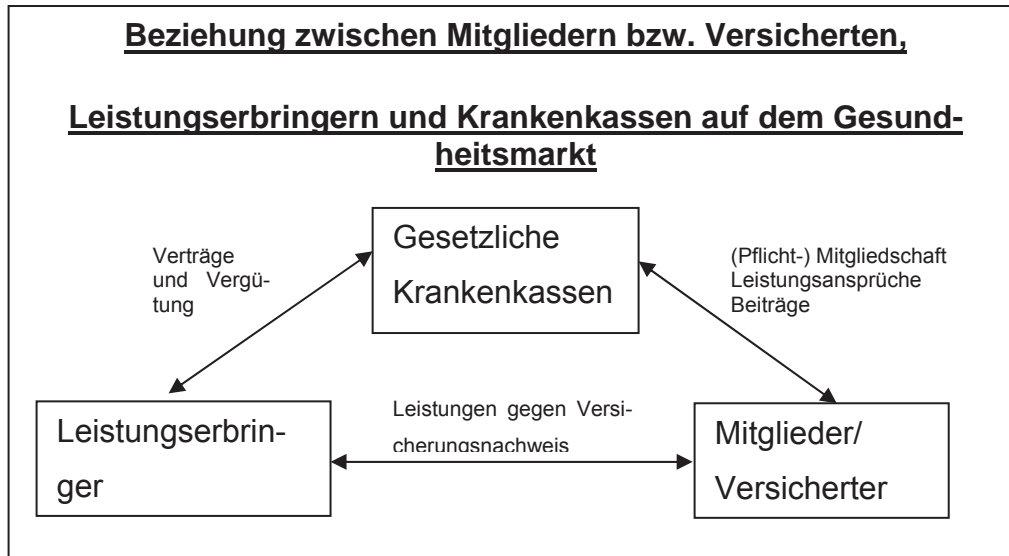
²¹ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 52.; §2 Abs. 1 und 2 SGB V.

²² Vgl. §2 Abs. 1 und 2 SGB V.

²³ Vgl. Preusker, U. K. (2008), S. 62.

den Leistungserbringern nachfragen, jedoch werden diese nicht von den Versicherten bezahlt, sondern bekommen ihr Geld von den Krankenkassen.²⁴

Abbildung 1: Das „magische Dreieck“ der GKV



Quelle: in Anlehnung an Preusker, U. K. (2008), S. 63

Die Versicherten haben hierbei das Recht der freien Arztwahl und können somit eigenständig einen Leistungserbringer wählen.²⁵ Die Krankenkassen sind die Träger der GKV und Körperschaften des öffentlichen Rechts. Damit haben sie keine primäre Gewinnerzielungsabsicht und das Recht zur Selbstverwaltung.²⁶

2.2 Zusatzbeitrag

Können mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben einer gesetzlichen Krankenkasse nicht mehr gedeckt werden, ist es dieser möglich, einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu erheben. Rechtlich geregelt ist der Zusatzbeitrag in §242 SGB V. Dieser Beitrag wird ausschließlich vom Mitglied getragen und nicht auch vom Arbeitgeber.²⁷ Der Zusatzbeitrag ist unabhängig von Einkommen, Alter oder Beruf und wird direkt an die Krankenkassen gezahlt. Die Höhe richtet sich nach der Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Krankenkasse. Je weniger eine Kasse mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auskommt, desto höher fällt der Zusatzbeitrag aus. Dieses soll Transparenz für die Mitglieder schaffen.²⁸ In §175 Abs. 4

²⁴ Vgl. Preusker, U. K. (2008), S. 62.

²⁵ Vgl. bmg (2011c).

²⁶ Vgl. Preusker, U. K. (2008), S. 62. Graf Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S.58.

²⁷ Vgl. Drabinski, T. (2009), S. 11.

²⁸ Vgl. bmg (2011m).

Satz 5 ist geregelt, dass der Versicherte ein Sonderkündigungsrecht besitzt, sobald eine Kasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt, oder diesen erhöht.²⁹ Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei % der beitragspflichtigen Einnahmen, haben Versicherte, auf die dieses zutrifft, einen Anspruch auf Sozialausgleich.³⁰ Diese sogenannte Überforderungsklausel wird vom Arbeitgeber oder der Rentenversicherung überprüft. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird von Experten jeweils für das nächste Jahr geschätzt. Hierzu dienen Entwicklungen der Krankenversicherungen, die absehen lassen, wie groß die Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen im kommenden Jahr sein wird. Ist dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag dann höher als zwei % der beitragspflichtigen Einnahmen, wird die Differenz unbürokratisch von dem Krankenversicherungsbeitrag abgezogen. Für das Jahr 2011 wurde ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag von null Euro geschätzt.³¹

2.3 Kopfpauschale

Die Kopfpauschale kann auch als Gesundheitsprämie bezeichnet werden und stellt einen alternativen Ansatz zum einkommensabhängigen Beitragssatz dar. Die Idee ist, dass alle Bürger einen gleichen Pauschalbetrag zahlen und die Prämien zur Krankenversicherung somit einkommensunabhängig erhoben werden.³² Es können verschiedene Modellvorschläge zu der Kopfpauschale unterschieden werden. Im Folgenden werden die Entwürfe der Rürup-Kommission und der Kommission „Soziale Sicherheit“ näher betrachtet.

Die Rürup-Kommission sieht eine vollständige einkommensunabhängige Prämie vor.³³ Alle erwachsenen Versicherten zahlen einen, je nach Leistungsfähigkeit der Krankenkasse, variierenden Beitrag. Kinder bleiben beitragsfrei mitversichert. Die Beiträge werden komplett von den Einkommen und somit auch von den Arbeitskosten getrennt und gehen aus den Lohnzusatzkosten hervor. Der momentane Arbeitgeberbeitrag wird mit dem Bruttogehalt ausgezahlt. Die Einkommensumverteilung für Geringverdiener geschieht nur noch durch steuerfinanzierte Prämienzuschüsse.

²⁹ Vgl. §242 Abs. 1; §175 Abs. 4 Satz 5 SGB V.

³⁰ Vgl. bmg (2011m).

³¹ Vgl. bmg (2011n).

³² Vgl. Pimpertz, J. (2010), S.10 f..

³³ Vgl. hier und im Folgenden Rürup-Kommission (2003), S.162.

In dem Modell der Kommission „Soziale Sicherheit“, sind weiterhin nur die bisherigen Mitglieder gesetzlich versichert.³⁴ Auch ist ein kapitaldeckendes, einkommensunabhängiges Verfahren vorgesehen. Die Prämien variieren hier nach dem Eintrittsalter des Versicherten. Der soziale Ausgleich für Mitglieder mit kleinerem Einkommen wird aus Steuermitteln finanziert. Am Beispiel dieser beiden Vorschläge für ein Kopfpauschalens-Modell ist zu sehen, dass die Grundsätze meistens gleich sind, jedoch in der Ausgestaltung variieren.

3 Die Gesundheitsreform seit 2007

3.1 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)

Im April 2007 sind die weitesten Teile des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV in Kraft getreten.³⁵ Im Folgenden werden die für diese Arbeit interessanten Änderungen näher erläutert. Zunächst wurde eine allgemeine Versicherungspflicht eingeführt, um eine gesamte Absicherung im Krankheitsfall zu erreichen.³⁶ Des Weiteren werden neue Arzneimittel einer Kosten-Nutzen-Analyse unterworfen, um Kosten einzusparen. Versicherten der GKV sollen durch verschiedene Tarife eine erweiterte Möglichkeit der Wahl verschafft werden.³⁷

Zu dem Gesetz gehören weitere Bestandteile, welche erst am 1.1.2009 in Kraft getreten sind. Zum einen wird der Beitragssatz einheitlich für alle Kassen gesetzlich bestimmt.³⁸ Auf Grund der Wirtschaftskrise wurde dieser, zeitlich befristet, um 0,6 Prozentpunkte gesenkt.³⁹ Außerdem wurde ein einheitlicher Spitzenverband der Krankenkassen gebildet, welcher die einzelnen Bundesverbände ersetzen soll. Dieser übernimmt die finanziellen Regelungen für die ärztliche Versorgung und die Arzneimittel. Dadurch können nun Krankenkassen, unabhängig ihrer Verbände, fusionieren, womit die Art der Krankenkassen immer mehr an Bedeutung verliert. Seit dem 1. Januar 2009 wird auch die Finanzierung der Krankenkassen neu geregelt. Als neues System wurde der Gesundheitsfonds eingerichtet, welcher nach dem neuen morbi-

³⁴ Vgl. hier und im Folgenden Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003), S. 18-23.

³⁵ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 10.

³⁶ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 10; Preusker, U.K. (2008), S. 58.

³⁷ Vgl. Schroeder, W. / Paquet, R. (2009), S. 23.

³⁸ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 17.

³⁹ Vgl. Rösler, P. (2010), S. 3.

ditätsorientierten Risikostrukturausgleich den Krankenkassen die verfügbaren Gelder zuteilt.⁴⁰

3.2 Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

Der Risikostrukturausgleich wurde bereits zum 1.1.1994 eingeführt. Ziel war es, die verschiedenen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen auszugleichen, welche durch Faktoren beeinflusst wurden, die die Kassen nicht selbst regeln konnten. So sollten die Kassen zu einer einheitlichen Versicherungsstruktur kommen, mit durchschnittlichen Einnahmen und Ausgaben.⁴¹ Dieses war nötig, da bis 1995 die Versicherten nach ihren Berufsgruppen den verschiedenen Krankenkassen zugeteilt wurden. Erst seit 1996 ist die Krankenkassenwahl frei.⁴² Als Risikofaktoren wurden zunächst nur das Alter und das Geschlecht der Versicherten, sowie die Anzahl der beitragsfrei Mitversicherten und die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt.⁴³ Der frühere RSA war ein interner Ausgleich. Verglichen wurden die Finanzkraft der Kasse mit dem Beitragsbedarf, wobei bei dem Bedarf die Risikofaktoren und die daraus resultierenden Ausgaben für Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog beachtet wurden. War die Kraft höher als der Bedarf, wurden die überschüssigen Mittel an die Kassen mit zu wenig Finanzkraft weitergeleitet.⁴⁴

Mit dem Gesundheitsfonds wurde dann 2009 auch der Morbi-RSA eingeführt. Dieser berücksichtigt bei dem Risikoausgleich neben Alter, Geschlecht, Einnahmen und beitragsfreien Mitversicherten auch die Morbidität der Versicherten. Er unterscheidet also zwischen krank und gesund.⁴⁵ Der Gesundheitsfonds ist eine Stelle, in der alle finanziellen Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung gesammelt werden. Hier fließen Krankenkassenbeiträge und Steuerzuschüsse zusammen.⁴⁶ Die Krankenkassen erhalten dann einen Pauschalbetrag für jeden Versicherten, in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben, aus diesem Gesundheitsfonds. Da Krankenkassen mit einer schlechten Risikostruktur mit diesem Betrag nicht auskommen würden und bei anderen Kassen der Betrag zu hoch berechnet ist, werden Zu- und Abschläge

⁴⁰ Vgl. Schroeder, W. / Paquet, R. (2009), S.19-23.

⁴¹ Vgl. Minn, N. (2006), S. 309-310.

⁴² Vgl. Bundesversicherungsamt (2008), S.2.

⁴³ Vgl. Minn, N. (2006), S. 309-310.

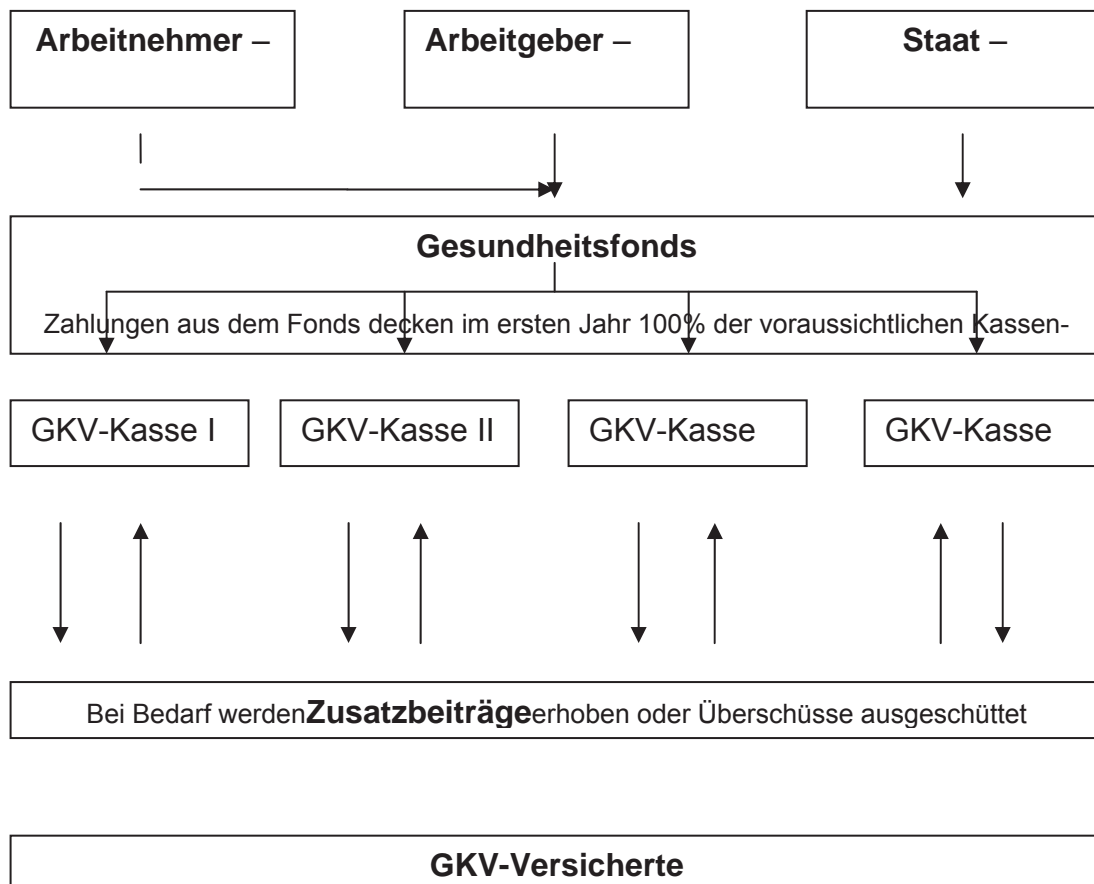
⁴⁴ Vgl. Preusker, U.K. (2008), S.288f..

⁴⁵ Vgl. Bundesversicherungsamt (2008), S.2-3.

⁴⁶ Vgl. Preusker, U.K. (2008), S.299f..

vorgenommen. Diese werden mit Hilfe des Morbi-RSA errechnet.⁴⁷ Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Beträgen nicht aus, greift der Zusatzbeitrag, wie in Abbildung 2 zu sehen ist.⁴⁸

Abbildung 2: Die Finanzierung der GKV durch den Gesundheitsfonds seit 2009



Quelle: in Anlehnung an Preusker (2008), S. 300[rt2]

⁴⁷ Vgl. Bundesversicherungsamt (2008), S.4.

⁴⁸ Vgl. Preusker, U.K. (2008), S.300.

3.3 Änderungen in 2011

Zum 1. Januar 2011 haben sich einige Änderungen bezüglich der Gesundheitsreform ergeben. Zum einen wird die Senkung des Beitragssatzes auf Grund der Wirtschaftskrise hinfällig, weshalb dieser wieder auf 14,6% zuzüglich 0,9% mitgliederbezogener Anteil ansteigt. Auch wird der Arbeitgeberanteil auf 7,3% eingefroren, wodurch Steigerungen der Ausgaben der GKV nicht mehr vom Arbeitgeber getragen werden und somit nicht zu höheren Arbeitskosten führen.⁴⁹ Des Weiteren ist der Zusatzbeitrag nicht mehr bei acht Euro bzw. einem % der beitragspflichtigen Einnahmen gedeckelt und kann somit ohne Beschränkungen erhoben werden.⁵⁰ Die Möglichkeit einer prozentualen Erhebung entfällt, wodurch nur noch ein Pauschalbeitrag möglich ist.⁵¹ Statt der Begrenzung des Zusatzbeitrags ist nun ein Sozialausgleich möglich, welcher bei Überschreitung von 2% der beitragspflichtigen Einnahmen durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag automatisch greift. Die Beitragsbemessungsgrenze wurde um ein % gesenkt und die Versicherungspflichtgrenze um 0,9 %.⁵²

4 Der Zusatzbeitrag – eine ökonomische Analyse

4.1 Finanzielle Auswirkungen

4.1.1 Vergleich verschiedener Einkommensgruppen

Manouguian et al. haben die finanziellen Auswirkungen des Zusatzbeitrags auf die Einkommensverteilung untersucht.⁵³ Als Datengrundlage der GKV-Versicherten diente das sozioökonomische Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung. Ausgangslage der Studie war ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag, sowie eine hinsichtlich der Einnahmen und Ausgaben durchschnittliche Krankenkasse. Des Weiteren wurden auch Situationen berücksichtigt, bei denen der Zusatzbeitrag mehr als 5 % der GKV-Ausgaben finanzieren muss.⁵⁴ Simuliert wurde, dass die Gesamtausgaben konstant bleiben, jedoch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds schrittweise zurückgehen.⁵⁵ Bei der Betrachtung einer Überforderungsklausel von acht Euro bzw. einem % des beitragspflichtigem Einkommen und der Annahme einer

⁴⁹ Vgl. Rösler, P. (2010), S. 4.

⁵⁰ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2011), S.1.

⁵¹ Vgl. Rösler, P. (2010), S. 4.

⁵² Vgl. bmg (2011I), S. 1.

⁵³ Vgl. hier und im Folgenden Manouguian, M. / Greß, S. / Walendzik, A. et al. (2008), S.6-40.

⁵⁴ Vgl. Manouguian, M. / Greß, S. / Walendzik, A. et al. (2008), S.6

⁵⁵ Vgl. Manouguian, M. / Greß, S. / Walendzik, A. et al. (2008), S.18

Kostendeckung ohne Überschüsse wurde festgestellt, dass der Zusatzbeitrag exponentiell ansteigt. Müssen 3,5% der Gesamtausgaben über den Zusatzbeitrag finanziert werden, liegt der Betrag bei 8,25 Euro je Versicherter und steigt bei 7,5% Deckungslücke bereits auf 36,02 Euro an, wobei die ein % Grenze der Beitragsbemessungsgrundlage von 2007 bereits überschritten wäre.⁵⁶ Betrachtet man eine zwei % Überforderungsklausel, so liegt der Zusatzbeitrag bei einer Deckungslücke von fünf % bei 11,88 Euro, wie Tabelle 1 zeigt. Müssen 7,5 % durch den Zusatzbeitrag finanziert werden, liegt dieser bei 18,74 Euro.⁵⁷ Unter Betrachtung der verschiedenen Einkommensgruppen ist zu sehen, dass bei einer ein % Überforderungsklausel die unteren Einkommensgruppen viel stärker belastet werden. Je höher der Zusatzbeitrag steigt, desto mehr Einkommensgruppen sind von der Überforderungsklausel betroffen.⁵⁸ Bei einer zwei prozentigen Überforderungsklausel zeigt sich ein ähnliches Bild, nur dass hier die Klausel erst später greift.

Tabelle 1: Belastung durch den Zusatzbeitrag bei 2%-Überforderungsklausel

	Einkommen	1.977	1.619	1.358	1.139	950	809	572
Zusatzbeitrag%	Zusatzbeitrag €							
4,50%	10,65	0,54%	0,66%	0,78%	0,93%	1,12%	1,32%	1,86%
5,00%	11,88	0,60%	0,73%	0,88%	1,04%	1,25%	1,47%	2,00%
5,50%	13,14	0,66%	0,81%	0,97%	1,15%	1,38%	1,62%	2,00%
6,00%	14,44	0,73%	0,89%	1,06%	1,27%	1,52%	1,78%	2,00%
6,50%	15,77	0,80%	0,97%	1,16%	1,38%	1,66%	1,95%	2,00%
7,00%	17,17	0,87%	1,06%	1,26%	1,51%	1,81%	2,00%	2,00%

Quelle: in Anlehnung an Manouguian, M. / Greß, S. / Walendzik, A. et al. (2008), S.36.

⁵⁶ Vgl. Manouguian, M. / Greß, S. / Walendzik, A. et al. (2008), S.21f..

⁵⁷ Vgl. Manouguian, M. / Greß, S. / Walendzik, A. et al. (2008), S.34.

⁵⁸ Vgl. Manouguian, M. / Greß, S. / Walendzik, A. et al. (2008), S.25.

Da Frauen meist ein geringeres Einkommen beziehen als Männer, sind sie somit auch stärker durch den Zusatzbeitrag belastet. Dies gilt auch für Pflichtmitglieder im Vergleich zu freiwillig Versicherten.⁵⁹

4.1.2 Vergleich verschiedener Familiengrößen

Mit den Auswirkungen der Kopfpauschale haben sich Pfaff et al. auseinandergesetzt.⁶⁰ Als Basis dieser Untersuchung diente die Versichertenstatistik der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2001. Im Folgenden wird das Modell der Kopfpauschale mit prämienfreier Mitversicherung Minderjähriger näher betrachtet.⁶¹ Für das Jahr 2001 würde sich hierbei eine Kopfpauschale von 201 Euro ergeben, welche nur von Erwachsenen zu zahlen wäre. Im Vergleich zu einkommensbezogenen GKV-Beiträgen mit einem durchschnittlichen Arbeitnehmeranteil von 6,75%⁶² wurde herausgefunden, dass bei einem Bruttoeinkommen von ungefähr 3.000 Euro beide Beiträge auf einer Höhe liegen. Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil gemeinsam nehmen einen Durchschnittswert von 13,5% an und würden die Pauschalprämienhöhe von zwei Erwachsenen betragen. Somit läge eine Kopfprämie bereits ab einem Einkommen von 1.500 Euro unter den einkommensbezogenen Beiträgen. Infolgedessen profitieren Alleinstehende bereits ab einem mittleren Einkommen klar von einem Prämienmodell. Jedoch wäre dies für Ehepaare mit nur einem Einkommen erst ab einem Wert nahe der Beitragsbemessungsgrenze lohnenswert.⁶³

Tabelle 2 zeigt, dass die unterschiedlich großen Familien auch unterschiedlich stark belastet werden. Alleinstehende, die ein durchschnittliches Einkommen oder ein höheres beziehen, würden von einer Kopfprämie profitieren. Dieses zeigt sich auch für Ehepaare. Die Anzahl der Kinder spielt dabei keine Rolle, da diese beitragsfrei mitversichert sind. Auf der anderen Seite ist jedoch zu sehen, dass bei einem Einkommen unterhalb des Durchschnitts, die Kopfpauschale stark über den einkommensbezogenen Beiträgen liegt. Dies ist bei Ehepaaren besonders deutlich.⁶⁴

⁵⁹ Vgl. Manouguian, M. / Greß, S. / Walendzik, A. et al. (2008), S.26.

⁶⁰ Vgl. hier und im Folgenden Pfaff, S.B. / Pfaff, M. / Kern, A.O. et al. (2003), S. 9-47.

⁶¹ Vgl. Pfaff, S.B. / Pfaff, M. / Kern, A.O. et al. (2003), S. 24-28.

⁶² Vgl. Pfaff, S.B. / Pfaff, M. / Kern, A.O. et al. (2003), S. 10.

⁶³ Vgl. Pfaff, S.B. / Pfaff, M. / Kern, A.O. et al. (2003), S. 25 f..

⁶⁴ Vgl. Pfaff, S.B. / Pfaff, M. / Kern, A.O. et al. (2003), S. 27.

Tabelle 2: Monatliche Kopfpauschalen für Erwachsene und einkommensbezogene GKV-Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil)

Bemessungsgrundlagen einkommensbezogener GKV-Beiträge

Familientyp	Kopf- prämie	Härtefall- grenze (alte BI) ⁶⁵	Härtefall- grenze (neue BI) ⁶⁶	Durchschn. Einkommen (alte BI) ⁶⁷	Durschn. Einkommen (neue BI) ⁶⁸	Beitrags- Bemes- sungs- grenze
				2291	1933	3336
Alleinsteh.	201	124	102	309	261	450
Ehepaar	402	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 1 Minderj.	201	170	141	309	261	450
Alleinsteh. + 2 Minderj.	201	201	166	309	261	450
Ehepaar + 1 Minderj.	402	201	166	309	261	450
Ehepaar + 2 Minderj.	402	232	192	309	261	450

Quelle: in Anlehnung an Pfaff, S.B. / Pfaff, M. / Kern, A.O. et al. (2003), S.28.

4.2 Sozialer Ausgleich

Gasche hat sich in seiner Untersuchung auf die neuen Begebenheiten bezüglich des Zusatzbeitrags in 2011 eingestellt. Angenommen wird außerdem, dass die durchschnittlichen Einkommen der Versicherten mit 1,8% pro Jahr wachsen.⁶⁹ Bei einem konstanten Beitragssatz von 15,5% würde der durchschnittliche Zusatzbeitrag im Jahr 2015 bereits 24 Euro im Monat betragen und wäre bis 2030 auf 123 Euro angestiegen. Damit würde das Volumen des sozialen Ausgleichs 2015 bei 2,3 Mrd. Euro liegen und 2030 bei 41,1 Mrd. Euro, wobei der Ausgleich für Bezieher des Arbeitslosengelds I hier außen vor bleibt. Bei dieser Entwicklung würde schon ab dem Jahr 2019 die Ausgleichsschwelle das durchschnittliche Einkommen überschreiten. Diese Schwelle bildet die Grenze zum sozialen Ausgleich, da Versicherte mit einem Einkommen unterhalb der Ausgleichsschwelle einen Ausgleich erhalten, gleichgültig wie

⁶⁵ Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (alte Bundesländer).

⁶⁶ Härtefalleinkommensgrenze § 61 SGB V (neue Bundesländer).

⁶⁷ Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (alte Bundesländer).

⁶⁸ Durchschnittliches Arbeitsentgelt nach § 18 SGB IV (neue Bundesländer).

⁶⁹ Vgl. hier und im Folgenden Gasche, M. (2010), S. 29-30.

hoch der tatsächlich zu zahlende Zusatzbeitrag ist.⁷⁰ Damit nicht eine Vielzahl der Versicherten Anspruch auf den sozialen Ausgleich hat, ist es nötig diese Schwelle anzuheben. Bei einem Anstieg von 0,5 Prozentpunkten alle fünf Jahre, ist eine Minderung des Ausgleichsvolumens um zwei Drittel realistisch.⁷¹

4.3 Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument

Durch den Zusatzbeitrag können sich die Krankenkassen voneinander differenzieren und ein Wettbewerb um günstigere Prämien kann entstehen. Die Überforderungsklausel und die Beschränkung der Höhe des Beitrags haben die Möglichkeiten für einen sich entwickelnden Wettbewerb zunächst eingeschränkt.⁷² Durch die neuen Regelungen in 2011 können die Beiträge in beliebiger Höhe erhoben werden und auch die Überforderungsklausel entfällt. Somit liegt die vollkommene Beitragsautonomie bei den Krankenkassen und ein funktionierender Wettbewerb kann sich entwickeln. Durch die nun nur noch mögliche einkommensunabhängige Erhebung des Beitrages können Versicherte die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vergleichen, wodurch Transparenz entsteht.⁷³ Das Sonderkündigungsrecht wiederum macht es somit den Versicherten möglich, sich für eine Kasse mit der passenden Prämie bzw. dem passenden Service zu entscheiden. So soll durch den Zusatzbeitrag, die Rückerstattung bei Überschüssen und die Qualität der Leistungen ein Wettbewerb zwischen den Kassen möglich werden.⁷⁴

Warns hat auf Grundlage einer Studie von Felder untersucht, ob ein intensiverer Wettbewerb durch den Zusatzbeitrag entstehen kann.⁷⁵ Verglichen werden hier die Preissignale vor dem Gesundheitsfonds, also durch differenzierte Beitragssätze und nach Einführung des Gesundheitsfonds, durch die Zusatzbeiträge.

Betrachtet werden zwei Kassen, deren Beiträge sich zu 1,5 Prozentpunkten unterscheiden. Durch einen Kassenwechsel könnten daher Opportunitätskosten gespart werden, welche in Abhängigkeit des Einkommens w $0,015w$ betragen. Die Kosten für den Arbeitnehmer würden $0,0075w$ betragen, da dieser nur den halben Beitragssatz zahlen muss. Bei einem jährlichen Einkommen von 20.000 Euro und einer Kasse A

⁷⁰ Vgl. Gasche, M. (2010), S. 15 f.

⁷¹ Vgl. Gasche, M. (2010), S. 31-33.

⁷² Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2010), S. 7.

⁷³ Vgl. Rösler, P. (2010), S. 4.

⁷⁴ Vgl. Blankart, Ch.B. / Fasten, E.R. / Schwintowski, H.-P. (2009), S. 24 f..

⁷⁵ Vgl. hier und im Folgenden Warns, Ch. (2009), S.228-231.

mit einem Beitragssatz von 14,5% und einer Kasse B mit 13%, wären Beiträge von 242 Euro bzw. bei Kasse B 217 Euro im Monat fällig. Womit eine Differenz von 25 Euro besteht. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds müssen mindestens 95% der Kosten decken, weshalb hier angenommen wird, dass dies für Kasse B mit 13% kostendeckend ist und Kasse A so einen Zusatzbeitrag erheben muss. Bei einem einkommensunabhängigen Beitrag müsste dieser 25 Euro hoch sein. Somit ist zu sehen, dass der Zusatzbeitrag die richtigen Preissignale senden kann und damit wettbewerbstauglich ist. Dieses wird dadurch verstärkt, dass er komplett vom Arbeitnehmer getragen wird. Warns stellt außerdem dar, dass bei einem pauschalen Zusatzbeitrag der Wechselanreiz in eine Kasse ohne Zusatzbeitrag für Geringverdiener am größten ist.

Fehlanreize und Wettbewerbsverzerrungen können u.a. dadurch entstehen, dass der Fonds nur 95% der Ausgaben decken soll. So entstehen Anreize zur Risikoselektion und einkommensbezogene Fehlanreize, da Kassen mit einer guten Risikostruktur Vorteile haben. Des Weiteren entstehen durch verschiedene Familienstrukturen Wettbewerbsverzerrung, da beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder keinen Zusatzbeitrag zahlen. Somit müssen Krankenkassen mit einer hohen Rate von beitragsfrei Mitversicherten einen höheren Beitrag erheben.⁷⁶

5 Diskussion

Zunächst ist festzustellen, dass der Zusatzbeitrag bereits in wenigen Jahren sehr hohe Ausmaße annehmen wird. Dieses machen zumindest die Untersuchungen von Manouguian und Gasche deutlich. Verstärkt wird diese Ansicht noch durch die Berechnungen des Lauterbach – Instituts, welches zu einem Zusatzbeitrag von 120 Euro am Ende des Jahrzehnts kommt.⁷⁷ Allerdings sind bei diesen Berechnungen kommende Änderungen in der Reform keineswegs berücksichtigt. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde beispielsweise dazu führen, dass die einkommensabhängigen Beiträge steigen und mit diesen zusätzlichen Einnahmen Finanzlücken gedeckt werden können, bevor der Zusatzbeitrag greifen muss. Auch zu betrachten ist in diesem Zusammenhang der soziale Ausgleich, durch welchen zumindest nicht alle Versicherten mit dem vollen Beitrag belastet werden.

⁷⁶ Vgl. Warns, Ch. (2009), S.233 f..

⁷⁷ Vgl. Ärzte Zeitung online

Die Studien von Manouguian et al. und Pfaff et al. zeigen, dass Geringverdiener viel stärker belastet werden als Versicherte mit einem höheren Einkommen. In beiden Untersuchungen ist zu sehen, dass Personen mit einem geringeren Einkommen prozentual stärker belastet werden. Pfaff et al. prüft hierbei zwar die Wirkungen von Kopfpauschalen, jedoch ist der Effekt mit dem des Zusatzbeitrags zu vergleichen. Diese Auswirkung kann sogar noch verstärkt werden, wenn man nicht von einer Überforderungsklausel ausgeht, sondern die neue Situation eines nicht mehr gedeckelten Zusatzbeitrags sieht. Bisher konnten die Versicherten nur bis zu einer Höhe von einem % des Einkommens belastet werden. Diese Grenze fällt nun weg. Zwar folgt stattdessen der soziale Ausgleich bei zwei % des beitragspflichtigen Einkommens, jedoch richtet sich dieser nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht nach dem tatsächlichen. Wird also, wie für 2011, ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag von null Euro berechnet, werden alle Versicherten mit dem vollen Zusatzbeitrag belastet, egal in welcher Höhe. Auf der anderen Seite können Versicherte durch diese Regelung auch entlastet werden, da jeder Versicherte den vollen sozialen Ausgleich erhält, wenn er von der zwei % Regelung betroffen ist. Hierbei ist es egal, ob oder in welcher Höhe seine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt. Somit besteht nicht grundsätzlich eine Mehrbelastung für Geringverdiener.

Die Ausführungen von Pfaff et al. sind für die vorliegende Arbeit kritisch zu beurteilen, da bei diesem Modell auch beitragsfrei mitversicherte Ehepartner einen Kopfpauschalbeitrag leisten müssen. Der Zusatzbeitrag fällt jedoch lediglich für Versicherte mit einem eigenen Einkommen an. Trotzdem ist zu erkennen, dass erst ab einem mittleren Einkommen der Pauschalbeitrag dem einkommensabhängigen Beitrag vorzuziehen ist.

Der soziale Ausgleich wird von Gasche ziemlich hoch eingeschätzt und müsste nach seinen Berechnungen alle fünf Jahre angepasst werden. Dieses ist natürlich nur nötig wenn der Zusatzbetrag wirklich in dem großen Ausmaß steigen würde, wie von ihm angenommen. Nicht betrachtet werden hier eventuelle Erhöhungen der Steuermittel, aus welchen der soziale Ausgleich gedeckt wird. Würde es zu diesem Effekt kommen, könnte die Belastungsgrenze immer weiter steigen und ein immer höherer Beitrag müsste von allen Versicherten getragen werden, bevor der soziale Ausgleich greift.

Warns hat auf Grundlage seiner Untersuchungen herausgefunden, dass der Zusatzbeitrag richtige Preissignale für einen erfolgreichen Wettbewerb senden kann. Bisher haben nur wenige Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen,⁷⁸ wodurch der Zusatzbeitrag nicht als wettbewerbsförderndes Mittel greifen kann. Auch bleibt fraglich, ob sich die Versicherten nur an dem Zusatzbeitrag ausrichten. MSR Consulting hat in diesem Zusammenhang herausgefunden, dass zufriedene Kunden sich nicht von dem Zusatzbeitrag verschrecken lassen.⁷⁹ Andere Daten zeigen jedoch, dass Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben mussten, stark unter Mitgliederverlust leiden. Die DAK verlor zum Beispiel schon in der ersten Hälfte des Jahres 2010 30.000 Mitglieder.⁸⁰ Dieses spricht wiederum für den Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument.

6 Zusammenfassung und Fazit

Auf Basis der vorliegenden Arbeit lassen sich verschiedene Risiken und Chancen bezüglich der Einführung des Zusatzbeitrags darstellen. Ein Risiko ist die Höhe, die der Zusatzbeitrag annehmen kann, da sehr deutlich wird, dass diese sehr schnell steigen wird insofern sich an der Situation der GKV nichts ändert.

Dadurch steigen auch die Belastungen der Geringverdiener, welche durch den Zusatzbeitrag sowieso meist stärker belastet werden als Versicherte mit höherem Einkommen, welches ein erneutes Risiko darstellt.

Auf Grund der Studien von Manouguian et al., Pfaff et al. und Gasche lassen sich Überlegungen zu der Gerechtigkeit des Zusatzbeitrags machen. Betrachtet man die stärkere Belastung der Geringverdiener, ist hier ein Risiko zur Ungerechtigkeit zu sehen. Zwar soll der soziale Ausgleich eine größere Umverteilung und damit eine höhere Gerechtigkeit schaffen, jedoch ist dieses nur möglich, wenn ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag über null Euro von der Regierung festgelegt wird. Trotzdem werden hierbei die Versicherten einer Kasse mehr belastet als andere, wenn der Beitrag dieser Kasse höher als der durchschnittliche Beitrag ist.

Für den Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument wurden mit der neuen Reform in 2011 die alten Barrieren beseitigt und somit eine Chance auf einen funktionierenden

⁷⁸ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2011), S.1.

⁷⁹ Vgl. MSR Consulting (2010).

⁸⁰ Vgl. Drengemann, E. (2011).

Wettbewerb geschaffen. Das Risiko liegt jedoch darin, dass Krankenkassen mit allen Mitteln versuchen, eine Erhebung des Zusatzbeitrags aus Angst vor Mitgliederverlust zu verhindern und darunter die Qualität der Leistungen leiden könnte. Ein weiteres Risiko liegt in den zusätzlichen Verwaltungskosten, die der Zusatzbeitrag und der soziale Ausgleich mit sich bringen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der Zusatzbeitrag ein Mittel ist, um das finanzielle Defizit der GKV nicht weiter zu belasten und das ökonomische Handeln der Akteure zu bestärken, da diese die steigende Ausgaben selbst tragen müssen. Auf der anderen Seite ist jedoch zu sehen, dass der Zusatzbeitrag nicht so perfekt ist, wie die Regierung ihn präsentiert.

Literaturverzeichnis

Ärzte Zeitung online (Hrsg.) (2011):

Lauterbach-Institut prognostiziert 21 Euro Zusatzbeitrag, URL.:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/644664/lauterbach-institut-prognostiziert-21-euro-zusatzbeitrag.html [Stand 30.03.2011].

Blankart, Ch.B. / Fasten, E.R. / Schwintowski, H.-P. (2009):

Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten. Patientenseite stärken – Reformunfähigkeit überwinden, Berlin, Heidelberg.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011a):

Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung, URL.:

<http://www.bmg.bund.de/krankenvsicherung/grundprinzipien/geschichte.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011b):

Funktionen und Aufgaben, URL.:

<http://www.bmg.bund.de/krankenvsicherung/grundprinzipien/funktionen-und-aufgaben.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011c):

Freie Arztwahl, URL.:

<http://www.bmg.bund.de/krankenvsicherung/grundprinzipien/freie-arztwahl.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011d):

Arbeitnehmer, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenvsicherung/versicherte/arbeitnehmer.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011e):

Familienversicherte, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenvsicherung/versicherte/familienversicherte.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011f):

Studenten, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenvsicherung/versicherte/studenten.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011g):

Freiwillig Versicherte, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenvsicherung/versicherte/freiwillig-versicherte.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011h):

Selbstständige, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenvsicherung/versicherte/selbststaendige.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011i):

Rentner, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/versicherte/rentner.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011j):

Arbeitssuchende, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/versicherte/arbeitsuchende.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011k):

Bedürftige, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/versicherte/beduerftige.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011l):

Jahreswechsel 2011. Das hat sich zum 1. Januar 2011 geändert, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/was-hat-sich-2011-geaendert.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011m):

Der Zusatzbeitrag, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/zusatzbeitrag.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011n):

Der Sozialausgleich, URL.:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/sozialausgleich.html> [Stand 30.03.2011].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012):

Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand, Monatswerte Januar-Dezember 2009, URL:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_statistiken/krankenversicherung/KM1_Jan_Dez_09.pdf [Stand 15.01.2012].

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.) (2010):

Gutachten. Zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008):

So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds; auch online unter URL.:

http://www.bundesversicherungsamt.de/cIn_115/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf [Stand 31.03.2011].

Drabinski, T. (2009):

Der Kassenindividuelle Zusatzbeitrag als Wettbewerbinstrument, in: Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse, Band 15, Kiel.

Drengemann, E. (2011):

Abstimmung mit den Füßen Fast jede zehnte Krankenkasse erhebt mittlerweile einen Zusatzbeitrag. Bei der Suche nach günstigen und leistungsstarken Alternativen in der gesetzlichen Krankenversicherung hilft der große Kassencheck, in: Euro am Sonntag, Nr. 13, S. 66 – 67.

Gasche, M. (2010):

Zusatzbeitrag und sozialer Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung: Anreizeffekte und Projektion bis 2030, Mannheim.

Gerlinger, T. / Stegmüller, K. (2009):

Ökonomisch-rationales Handeln als normatives Leitbild der Gesundheitspolitik, in: Bittlingmayer, U.H. / Sahrai, D. / Schnabel, E.-P. (Hrsg.), Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, 1. Auflage, Wiesbaden.

Krankenkassen.Deutschland (Hrsg.) (2011):

Zusatzbeitrag wird zur Kopfpauschale. Künftige Kostensteigerungen der Krankenkassen von Löhnen abkoppeln, Berlin, URL.: <http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/gesundheitsreform/gesundheitsreform2010/kopfpauschale/> [Stand 31.03.2011].

Kommission „Soziale Arbeit“ (2003):

Bericht der Kommission „Soziale Sicherung“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin, auch online unter URL.: http://www.cdu.de/tagesthema/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf [Stand 30.03.2011].

Manouguian, M. / Greß, S. / Walendzik, A. / Wasem, J. (2008):

Finanzielle Auswirkungen des Zusatzbeitrags auf die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen, Nr.166.

Minn, N. (2006):

Risikostrukturausgleich-ordnungspolitische Begründung eines umstrittenen Instruments, in: Rebscher, H. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Heidelberg.

MSR Consulting (Hrsg.) (2010):

Krankenkassen: Bäumchen wechsel dich – welche Kunden wechseln nicht? URL.: <http://www.msr.de/News-Details.aspx?newsid=307> [Stand 30.03.2011].

Pfaff, A.B. / Pfaff, M. / Kern, A.O. / Langer, B. (2003):

Auswirkungen verschiedener Modellvarianten von Kopfpauschalen auf die Finanzierung von Krankenversicherungsleistungen in Deutschland, Projekt gefördert von der Hans Böckler Stiftung, Augsburg-Stadtbergen.

Pimpertz, J. (2010):

Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.),
Die gesetzliche Krankenversicherung, in: Thema Wirtschaft. Informationen für Pädagogen in Schulen und Betrieb, Nr.122, Köln.

Preusker, U.K. (2008):

Das deutsche Gesundheitssystem verstehen. Strukturen und Funktionen im Wandel, Heidelberg, München, Landsberg et al..

Rösler, P. (2010):

Gesundheitsreform 2010. Einstieg in den Systemwechsel? in: ifo-Schnelldienst, Heft 16/2010, S.3-21.

Rürup-Kommission (2003):

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, auch online unter URL.:

http://www.bmas.de/portal/1462/property=pdf/deutsch__fassung.pdf
[Stand 30.03.2011].

Schmitt-Sausen, N. (2011):

GKV-Finanzierungsgesetz: Zwischen Zusatzbeiträgen und Kostenerstattung, In: Deutsches Ärzteblatt 12/108 vom 25.03.2011, Seite A-614.

Schroeder, W./ Paquet, R. (Hrsg.) (2009):

Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform, 1. Auflage, Wiesbaden.

von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007):

Gesundheitsökonomie, 2. Auflage, Tübingen.

Sozialgesetzbuch (o. J.):

Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit, URL.:

http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/index.html#BJNR024820988BJNE008232308,
[Stand 30.03.2011].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011):

Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland bis 2060, URL.:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung.psml> [Stand 30.03.2011].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012):

Gesundheitsausgaben, URL:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.psml> [Stand 15.01.2012].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012a):

Bevölkerungsstand, URL:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.psml> [Stand 15.01.2012].

Warns, Ch. (2009):

Spielregeln eines solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs. Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit nach der Gesundheitsreform 2007, München.

Wille, M. / Koch, E. (2007):

Gesundheitsreform 2007. Grundriss, München.



II Gesundheitssysteme in Nordamerika



5 Die Gesundheitsreform in den USA – ein Schritt zu mehr Gerechtigkeit?

Dominique Ahling



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	148
1 Einleitung.....	149
2 Gesundheitssystem in den USA	150
2.1 Aufbau des Gesundheitssystems	150
2.1.1 US-Gesundheitssystem im Allgemeinen	150
2.1.2 Staatlicher Sektor	152
2.1.3 Privater Sektor	154
2.2 Probleme des Gesundheitssystems	155
2.2.1 Probleme des Versicherungsschutzes	155
2.2.2 Probleme der Gesundheitsausgaben.....	157
3 Gesundheitsreform 2010 in den USA	157
3.1 Aufbau der Gesundheitsreform.....	157
3.1.1 Leistungsaspekte	157
3.1.2 Finanzierungsaspekte	160
3.2 Potenzielle Auswirkungen der Gesundheitsreform	161
3.2.1 Potenzielle Auswirkungen auf die US-Bürger.....	161
3.2.2 Potenzielle Auswirkungen auf die Wirtschaftsunternehmen und die Gesundheitsausgaben der USA	164
3.3 Problematik der Umsetzung der Gesundheitsreform	166
3.3.1 Probleme bei der politischen Umsetzung	166
3.3.2 Probleme bei bürgerlicher und unternehmerischer Umsetzung	167
4 Schlussbetrachtung.....	168
Literaturverzeichnis	170



Abkürzungsverzeichnis

Aufl.	Auflage
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
et al.	et alia (und andere)
Hrsg.	Herausgeber
Jg.	Jahrgang
o. J.	ohne Jahresangabe
o. S.	ohne Seite
S.	Seite
URL	Uniform Resource Locators
US	United States
USA	United States of America
vgl.	vergleiche

1 Einleitung

50,7 Millionen Menschen, die keinen Krankenversicherungsschutz haben?¹ Von der Krankenkasse auf Grund eines einmaligen Besuches eines Psychologen abgelehnt?² Den Krankenversicherungsschutz entzogen, weil eine chronische Krankheit diagnostiziert wurde?³ In Deutschland wären diese Fälle undenkbar, vermutlich sogar skandalös, in den USA gehören sie jedoch zum Alltag.⁴ Aus diesen Gründen möchte der Präsident der USA, Barack Obama, mit der Gesundheitsreform 2010 das Gesundheitssystem der USA von Grund auf verbessern. 32 Millionen der nichtversicherten Bürger sollen einen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Willkür der Versicherungsunternehmen soll eingeschränkt werden.⁵

Die geplante Gesundheitsreform findet aber nicht nur Fürsprecher. Ganz im Gegenteil, der demokratische Präsident wird sowohl von den Republikanern als auch von Teilen der Bevölkerung stark kritisiert.⁶ Diese wollen eine stärkere Macht des Staates, das „big government“, um jeden Preis verhindern.⁷ Auf Bürgerversammlungen ging es von hitzigen Diskussionen bzgl. der Gesundheitsreform teilweise bis hin zu Wutanfällen einzelner Bürger.⁸ Beschimpfungen des Präsidenten als Sozialist oder Zeichnungen Obamas mit Hitler-Bart, um ihn als Diktator zu bezeichnen, besaßen keine Seltenheit.⁹ Dies zeigt, welche Bedeutung die geplanten Reformen für die Bürger der USA besitzen und wie sehr diese das Volk entzweien.¹⁰

Diese Arbeit untersucht, wie die Gesundheitsreform aufgebaut ist und ob die Umsetzung dieser zu mehr Gerechtigkeit innerhalb des us-amerikanischen Gesundheitssystems führen könnte. Dabei orientiert sich die Arbeit an den folgenden drei Leitfragen:

¹ Vgl. DeNavas-Walt, C./ Proctor, B. D./ Smith, J. C. (2010), S. 22.
² Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2009), S. 2548.
³ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2225.
⁴ Vgl. Gerste, R. D. (2009), S. 25.
⁵ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2224-2225.
⁶ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 49-50.
⁷ Vgl. Gerste, R. D. (2010), S. 586.
⁸ Vgl. Tigges, C. (2009), S. 2402.
⁹ Vgl. von Marschall, C. (2010), S. 2.
¹⁰ Vgl. Gerste, R. D. (2010), S. 586.

1. Wie gestaltete sich der Aufbau des us-amerikanischen Gesundheitssystems vor der Einführung der Gesundheitsreform 2010 und welche Probleme beinhaltet dieses?
2. Wie ist die Gesundheitsreform 2010 aufgebaut?
3. Wie und in welchem Ausmaß behandelt die Gesundheitsreform 2010 die Probleme des us-amerikanischen Gesundheitssystems und welche Problematiken bestehen bei der Umsetzung der Reform?

Der Aufbau der Arbeit gestaltet sich dabei wie folgt: Kapitel 2 gibt einen kurzen Einblick in das bis 2010 bestehende Gesundheitssystem und seine Probleme. Im 3. Kapitel, dem Hauptteil der Arbeit, wird die Gesundheitsreform mit ihren wichtigsten Reformpunkten benannt und ihre potentiellen Auswirkungen sowohl auf die US-Bürger als auch auf die us-amerikanischen Wirtschaftsunternehmen und die Gesundheitsausgaben erläutert. Danach werden die Probleme bei der Umsetzung geschildert. Schlussendlich werden die behandelten Themen in einer Schlussbetrachtung zusammengetragen, um zu bewerten, ob die Gesundheitsreform tatsächlich als ein Schritt zu mehr Gerechtigkeit anzusehen ist.

2 Gesundheitssystem in den USA

2.1 Aufbau des Gesundheitssystems

2.1.1 US-Gesundheitssystem im Allgemeinen

Dem amerikanischen Gesundheitssystem liegt, im Gegensatz zum deutschen Gesundheitssystem, keine allgemeine Krankenversicherungspflicht zugrunde.¹¹ Es besteht aus privaten Versicherungen, die sich aus Versicherungsbeiträgen finanzieren und den staatlich finanzierten Programmen Medicare und Medicaid. Daher ist das amerikanische Gesundheitssystem ein Mischsystem.¹² Die US-Bürger können, falls sie die Bedingungen für die Medicare bzw. Medicaid Leistungen nicht erfüllen, selbst entscheiden, ob sie Krankenversicherungsschutz in Anspruch nehmen.¹³

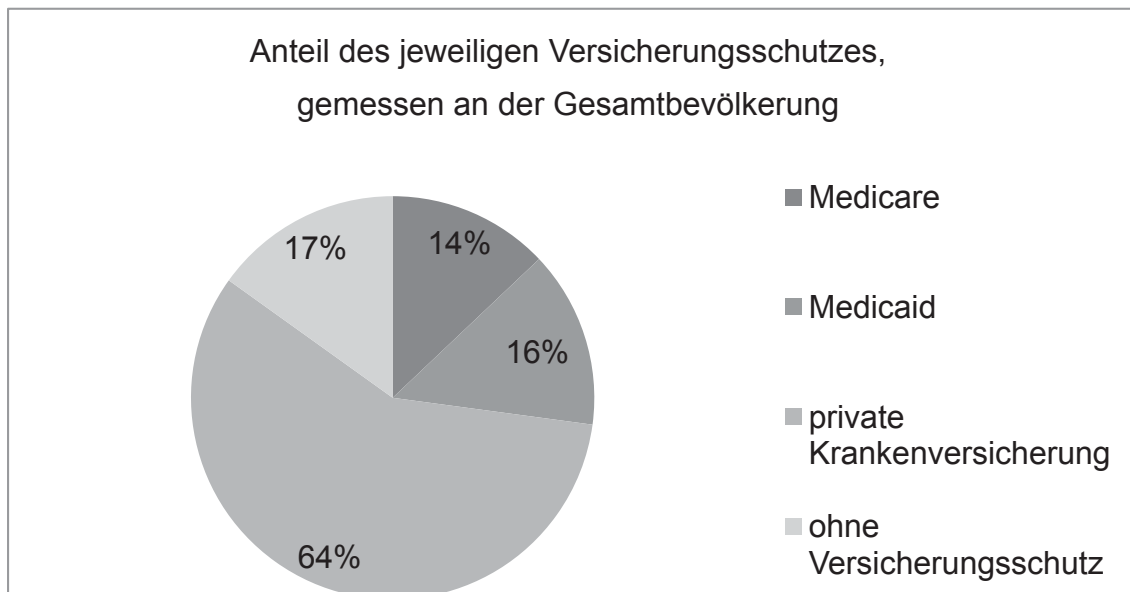
¹¹ Vgl. Hajen, L./ Schumacher, H./ Paetow, H. (2010), S. 253.

¹² Vgl. von der Schulenburg, J.-M./ Greiner, W. (2007), S. 80.

¹³ Vgl. Mattern, M. (1997), S. 29.

Im Jahr 2009 waren 63,9 % der amerikanischen Bevölkerung bei privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert, 14,3 % nahmen die Leistungen von Medicare in Anspruch und 15,7 % bekamen Unterstützung durch Medicaid. Trotz der staatlichen Unterstützungsprogramme besaßen im Jahr 2009 16,7 % der US-Bevölkerung keinen Versicherungsschutz. Dies entspricht einer Anzahl von 50,7 Millionen Menschen. Die Summe der Anteile ergibt mehr als 100 %, da die Möglichkeit besteht, dass ein US-Bürger in zwei Kategorien fällt.¹⁴ Nach amerikanischem Gesetz müssen Bürger ohne Krankenversicherung in den Notaufnahmen der öffentlichen Krankenhäuser behandelt werden.¹⁵ Der Patient hat aber nur Anspruch auf Leistungen, die für die vorliegende Notfallbehandlung erforderlich sind.¹⁶

Abbildung 1: Anteile der Bevölkerung nach Art des Versicherungsschutzes



Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus DeNavas-Walt, C./ Proctor, B. D./ Smith, J. C. (2010), S. 22-24.

Im weltweiten Vergleich ist das Gesundheitssystem der USA, trotz der großen Anzahl Nichtversicherter, mit großem Abstand das teuerste. Die Gesundheitsausgaben der USA betragen im Jahr 2007 \$ 2,2 Billionen und sind seit dem stetig gestiegen. Dies

¹⁴ Vgl. DeNavas-Walt, C./ Proctor, B. D./ Smith, J. C. (2010), S. 22-24.

¹⁵ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2009), S. 2545.

¹⁶ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 47.

entspricht einem Anteil am Bruttosozialprodukt von 16,2 %. Im Vergleich zu Deutschland (ca. 10 %) ist dieser Anteil deutlich höher.¹⁷

2.1.2 Staatlicher Sektor

Der staatliche Sektor des amerikanischen Gesundheitssystems besteht aus den Programmen Medicare und Medicaid. Die Programme wurden von dem damaligen US-Präsidenten L.B. Johnson im Jahr 1965 eingeführt.¹⁸ Darüber hinaus gibt es noch weitere staatliche Krankenversicherung, bspw. für Soldaten und Beamte.¹⁹

Medicare unterstützt alle US-Bürger, die das 65. Lebensjahr überschritten haben, die an einer Behinderung leiden oder Bürger, die eine chronische Nierenerkrankung haben, bei der medizinischen Versorgung.²⁰ Die Unterstützung ist unabhängig vom eventuellen Einkommen und Vermögen, wird aber nur den Bürgern bewilligt, die während ihres Berufslebens Beiträge gezahlt haben.²¹ Die Leistungen von Medicare können in vier Bereiche unterteilt werden. Der Teil A ist obligatorisch und deckt die stationäre Versorgung und ausgewählte ambulante Behandlungen ab. Dieser obligatorische Teil des Medicare-Programmes beinhaltet Selbstbeteiligungen und deckt nicht alle Versorgungsleistungen ab.²² Aus diesem Grund wird der Teil B, eine freiwillige Zusatzversicherung, von fast allen Medicare-Berechtigten genutzt. Diese beinhaltet beispielsweise ambulante Behandlungen beim Arzt oder in Krankenhäusern. Das „Medicare Advantage Program“, Teil C des Medicare-Programmes, wird für diejenigen Bürger angeboten, die sowohl Teil A als auch Teil B beziehen. Dieser Zusatz umfasst die Möglichkeit sich unterschiedlichen „Management Care Organisations“, wie bspw. den „Health Maintenance Organisations“, anzuschließen. Bis zum Jahr 2006 beinhalteten die Medicare-Leistungen keine Übernahme von Kosten für Medikamente jeglicher Art. Seit 2006 können diejenigen Bürger, die Teil A, Teil B und Teil C beziehen, einen zusätzlichen Versicherungsschutz für Medikamente, Teil D des Medicare-Programmes, abschließen.²³

¹⁷ Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1958-1960.

¹⁸ Vgl. Hajen, L./ Schumacher, H./ Paetow, H. (2010), S. 253.

¹⁹ Vgl. von der Schulenburg, J.-M./ Greiner W. (2007), S. 84.

²⁰ Vgl. von der Schulenburg, J.-M./ Greiner W. (2007), S. 81-82.

²¹ Vgl. Mattern, M. (1997), S. 36.

²² Vgl. von der Schulenburg, J.-M./ Greiner W. (2007), S. 82.

²³ Vgl. Wörz, M. (2008), S. 46-47.

Die Finanzierung des Medicare-Programmes unterscheidet sich bzgl. der Teilprogramme. Der obligatorische Teil A wird durch Einkommenssteuerzahlungen der Arbeitnehmer und -geber finanziert. Die Zahlungen sind allerdings, im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland, mit 1,45 % (2005) deutlich geringer. Die freiwilligen und somit kostenpflichtigen Teile des Medicare-Programmes B, C und D werden durch die gezahlten Prämien und Beiträge der Versicherungsnehmer finanziert. Da diese vergleichsweise niedrig sind und nur wenige Kosten abdecken, wird der Rest durch Steuerzuschüsse vom Bundesstaat getragen.²⁴

Die Leistungen des zweiten staatlichen Programmes, Medicaid, sind für bedürftige US-Bürger zugänglich. Dieses besteht zwar auf Bundesebene, die Anspruchsvoraussetzungen und der Versicherungsschutz unterscheiden sich allerdings erheblich innerhalb der einzelnen Bundesstaaten.²⁵ Grundsätzlich bekommen die Bürger Unterstützung durch Medicaid deren Einkommen unterhalb der Armutsgrenze liegt.²⁶ Diese liegt 2011 auf Bundesebene für Einzelpersonen bei \$ 10.890.²⁷ Die Bundesstaaten können die Grenze für die Anforderungen bzgl. der Medicaid-Berechtigung jedoch individuell festlegen. Des Weiteren stellen die Bundesstaaten viele zusätzliche individuelle Anforderungen für das Erhalten der Leistungen. Letztendlich bekommen nur wirklich sehr arme Bürger Hilfe durch das Medicaid-Programm.²⁸

Medicaid wird im Gegensatz zum Medicare-Programm nicht auf Bundesebene, sondern von den jeweiligen Bundesstaaten selbst finanziert. Diese bekommen unter bestimmten Voraussetzungen Unterstützungszahlungen des Bundes. Diese Voraussetzungen beinhalten, dass der Bundesstaat bestimmte Personengruppen, wie beispielsweise Kinder aus Familien deren Einkommen unterhalb der staatlich gesetzten Armutsgrenze liegt, in ihre Medicaid-Programme aufnehmen und dass die Leistungen des Programmes die grundsätzlichen Basisleistungen, wie ambulante und stationäre Behandlungen beinhaltet. Diese Unterstützungszahlungen hängen zusätzlich

²⁴ Vgl. Hajen, L./ Schumacher, H./ Paetow, H. (2010), S. 253-254.

²⁵ Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1959.

²⁶ Vgl. Hajen, L./ Schumacher, H./ Paetow, H. (2010), S. 254.

²⁷ Vgl. U. S. Department of Health & Human Services (2011), o. S.

²⁸ Vgl. Hajen, L./ Schumacher, H./ Paetow, H. (2010), S. 254.

von dem Pro-Kopf-Einkommen des jeweiligen Bundesstaates ab.²⁹ Je höher dieses ist, desto geringer fallen die Zuzahlungen des Bundes aus.³⁰

Neben Medicaid besteht seit 1997 das „State Children Health Insurance“-Programm. Dieses unterstützt Kinder, deren Eltern sich keinen Versicherungsschutz leisten können, aber auch keine Berechtigung für Medicaid-Leistungen haben, indem diesen Kindern Krankenversicherungsschutz zur Verfügung gestellt wird.³¹

2.1.3 Privater Sektor

Privater Krankenversicherungsschutz wird in den USA zumeist durch den Arbeitgeber bereitgestellt. Von den 63,9 % der Privatversicherten sind 55,8 % durch ihren Arbeitgeber krankenversichert.³² Die Unternehmen in den USA sind nicht verpflichtet ihren Angestellten Versicherungsschutz zur Verfügung zu stellen, bekommen die dafür aufgewendeten Kosten allerdings von der Steuer befreit. Trotz dieses Steuervorteils bieten nur ca. 50 % der Kleinunternehmen und 80 % der mittelständischen und großen Unternehmen eine Krankenversicherung an, da die zu zahlenden Prämien eine starke Kostenbelastung für die Unternehmen darstellen. Der Arbeitgeber kann für seine Angestellten einen Gruppenvertrag abschließen und bezahlt einen Teil der Prämie. Der Arbeitnehmer trägt den verbleibenden Teil der Prämie und eventuelle Selbstbeteiligungen. Der Versicherungsumfang schwankt je nach Gruppenvertrag, wobei eine Krankenvollversicherung sehr selten ist.³³ Die Prämien und auch die Leistungen, die die us-amerikanischen Versicherungsunternehmen anbieten, hängen stark von Vorerkrankungen und dem Gesundheitszustand des Versicherten ab.³⁴ Daher kann es für US-Bürger sehr kostspielig sein, sich selbst zu versichern. Eine private Krankenversicherung durch den Arbeitgeber hingegen kann durch eingegangene Gruppenverträge die Prämien senken, den Versicherungsschutz verbessern und somit attraktiver für die US-Bürger sein.³⁵

Versicherungsunternehmen dürfen, neben der freien Prämien- und Versicherungsschutzwahl, Anwärter auf Grund von Vorerkrankungen ablehnen oder den Versiche-

²⁹ Vgl. von der Schulenburg, J.-M./ Greiner W (2007), S. 83.

³⁰ Vgl. Mattern, M. (1998), S. 79.

³¹ Vgl. Groitl, G. (2010), S. 45.

³² Vgl. DeNavas-Walt, C./ Proctor, B. D./ Smith, J. C. (2010), S. 22.

³³ Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1958-1959.

³⁴ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2225.

³⁵ Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1959.

versicherungsschutz kündigen, wenn die entstandenen Kosten aus Sicht des Versicherungsunternehmens zu hoch waren.³⁶ Der angebotene Versicherungsschutz geht, mit ansteigenden Prämien, von einer reinen Grundversorgung ohne bspw. Medikamentenkostenerstattung, bis hin zu einer Vollversicherung. Letztere wird allerdings in den zurückliegenden Jahren immer unüblicher, da die Versicherungsunternehmen versuchen eine Überinanspruchnahme der Leistungen zu verhindern. Eine große Anzahl der Versicherungsunternehmen greift zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung auf „Managed-Care Organisations“ zurück. Durch diese haben die Versicherer Einfluss auf den Behandlungsablauf. Die Verbindung zwischen den Leistungserbringern, den Ärzten, und den Versicherungsunternehmen führt dazu, dass nur medizinisch notwendige Leistungen erbracht und somit Kosten gespart werden.³⁷

2.2 Probleme des Gesundheitssystems

2.2.1 Probleme des Versicherungsschutzes

In den USA leben 16,7 % der Bevölkerung ohne jeglichen Versicherungsschutz.³⁸ Der vorwiegende Grund für den fehlenden Versicherungsschutz ist ein Mangel an finanziellen Möglichkeiten dieser US-Bürger.³⁹ Darüber hinaus gibt es ca. 30 Millionen US-Amerikaner, die trotz ihrer Krankenversicherung nicht als ausreichend versichert zu bezeichnen sind.⁴⁰

Das Hauptproblem im Bereich der privaten Krankenversicherung liegt in den hohen Prämien. Diese resultieren aus den Möglichkeiten der Versicherungsunternehmen sowohl ihre Prämien als auch den daraus resultierenden Versicherungsschutz frei festlegen zu können. Des Weiteren dürfen Versicherungsunternehmen Bürger mit Vorerkrankungen ablehnen oder Bürger, die zu hohe Kosten verursacht haben, den Versicherungsschutz entziehen. Dies stellt vor allem für chronisch Kranke ein schwerwiegendes Problem dar. Ein großer Teil der US-Bürger kann diese hohen Prämien nicht bezahlen. Somit ist der Krankenversicherungsschutz vieler US-Bürger von ihrem Arbeitgeber abhängig. Wenn dieser seine Angestellten nicht versichern kann oder möchte, sind diese, trotz eines Arbeitsplatzes, nicht krankenversichert.

³⁶ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2225.

³⁷ Vgl. Schulenburg, J./Greiner, W. (2007), S. 81-86.

³⁸ Vgl. DeNavas-Walt, C./ Proctor, B. D./ Smith, J. C. (2010), S. 22.

³⁹ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 47.

⁴⁰ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2009), S. 2545.



Auch wenn ein Arbeitnehmer in einem Unternehmen krankenversichert ist, kann es auf Grund eines Arbeitsplatzwechsels zu einem längeren Zeitraum ohne Versicherungsschutz kommen.⁴¹ Darüber hinaus werden die Unternehmen, die ihre Angestellten versichern, durch die steigenden Prämien stark belastet und die so wachsenden Lohnnebenkosten führen zu einer sinkenden Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen. Diese Belastung ist für manche Unternehmen so groß, dass sie die Versicherungsleistung nicht mehr anbieten können.⁴²

Die Unterversicherung betrifft nicht nur den privaten sondern auch den staatlichen Sektor. Die Programme Medicare und Medicaid beinhalten jeweils nur geringe Leistungen. Wie zuvor erläutert, ist weiterer Versicherungsschutz nur durch den Abschluss einer Zusatzversicherung zu erlangen.⁴³ Da der Versicherungsschutz, sowohl im staatlichen als auch im privaten Sektor, häufig keine Medikamentenkosten enthält oder diese nur bis zu einer festgelegten Grenze erstattet werden, können sich viele der US-Bürger keine, oder keine ausreichende Menge an Medikamenten leisten. Dies kann dazu führen, dass keine vollständige Heilung der Patienten erreicht wird und diese somit schneller erneut Behandlungen oder Medikamente benötigen. Besonders für chronisch Kranke und ältere Menschen, die bspw. an Demenz leiden, ist dieser Aspekt problematisch.⁴⁴ Darüber hinaus wird in den USA nur ein kleiner Anteil der Gesundheitsausgaben, ca. 3 %, für Prävention verwendet. Ein bei weitem höherer Betrag fließt in die Behandlung von auftretenden Krankheiten, die zum Teil durch Präventivmaßnahmen verhindert oder gelindert werden könnten.⁴⁵ Die hier angesprochenen Probleme führen dazu, dass schwere Erkrankungen, selbst in der oberen Mittelschicht, die häufigste Ursache für eine Privatinsolvenz darstellen.⁴⁶ 75 % der Bürger, die auf Grund schwerer Erkrankungen Insolvenz anmelden mussten, besaßen Krankenversicherungsschutz. Die Kosten waren, wegen des nicht ausreichenden Versicherungsschutzes, nicht gedeckt und mussten somit selbst getragen werden.⁴⁷

⁴¹ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2009), S. 2545-2548; Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2225.

⁴² Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1958.

⁴³ Vgl. Wörz, M. (2008), S. 46-47; von der Schulenburg, J.-M./ Greiner W (2007), S. 83.

⁴⁴ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2009), S. 2548.

⁴⁵ Vgl. Preston M./ Alexander, M. (2010), S. 456.

⁴⁶ Vgl. Stüwe, H. (2009), S.2529.

⁴⁷ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2009), S. 2546-2547.

2.2.2 Probleme der Gesundheitsausgaben

Das zweite zentrale Problem des us-amerikanischen Gesundheitssystems stellen die Kosten dar. Sowohl nicht- als auch unterversicherte Bürger müssen nach dem US-Gesetz in den Notaufnahmen behandelt werden. Das jeweilige Krankenhaus muss somit die kompletten Kosten bzw. den Anteil, der nicht durch die Versicherungsunternehmen gedeckt ist oder von den Patienten bezahlt werden kann, selbst tragen.⁴⁸ Auch die Leistungsvergütung durch die staatlichen Programme ist oftmals nicht ausreichend.⁴⁹ Aus diesen Gründen stehen viele der Krankenhäuser vor starken Kostenproblemen und sind auf Spenden oder auf Geld aus der öffentlichen Versorgung angewiesen.⁵⁰ Eine weitere Kostenbelastung stellt der demografische Wandel dar, der das durchschnittliche Alter der Bevölkerung ansteigen lässt. Da Medicare Bürger ab 65 Jahren unterstützt, steigen die Kosten des Programmes weiter an.⁵¹ Darüber hinaus bestehen im us-amerikanischen Gesundheitssystem keine Kostendeckelungen für medizinische Leistungen, Medikamente und Krankenhausaufenthalte. Außerdem kann die Behandlungsart und der Umfang der Behandlung durch den Arzt, in Absprache mit seinem jeweiligen Patienten, frei gewählt werden.⁵²

Bemerkenswert ist, dass die USA höchste medizinische Qualitätsstandards aufweisen, diese aber auf Grund der hohen Kosten und der chronischen Unterversicherung vieler Bürger nur von den Wenigsten genutzt werden können. Daher besteht in den USA eine verhältnismäßig geringe Lebenserwartung und eine hohe Säuglingssterblichkeitsrate.⁵³

3 Gesundheitsreform 2010 in den USA

3.1 Aufbau der Gesundheitsreform

3.1.1 Leistungsaspekte

Barack Obama gelang nach langen Debatten die Verabschiedung der Gesundheitsreform. Am 21. März 2010 wurde im Repräsentantenhaus mit einer Mehrheit für den

⁴⁸ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 46-47.

⁴⁹ Vgl. Merten, M. (2011), S. 206.

⁵⁰ Vgl. Schmitt-Sausen, (2009), S. 2545.

⁵¹ Vgl. Merten, M. (2011), S. 206.

⁵² Vgl. Groitl, G. (2010), S. 45.

⁵³ Vgl. von der Schulenburg, J.-M./Greiner, W. (2007), S. 91.

„Patient Protection and Affordable Care Act“ gestimmt, welcher die bestehenden Probleme des Gesundheitssystems verringern soll.⁵⁴ Die Reform, deren Gesetze in mehreren Schritten bis 2018 in Kraft treten, soll bis zu 32 Millionen nichtversicherten US-Bürgern ermöglichen Krankenversicherungsschutz zu erlangen.⁵⁵

Der erste Teil der Reform trat direkt mit Verabschiedung des Gesetzes in Kraft. Dieser beinhaltet zunächst Verbesserungen für die us-amerikanischen Kinder. Diese dürfen ab sofort nicht mehr von Versicherungsunternehmen auf Grund von Vorerkrankungen abgelehnt werden. Darüber hinaus dürfen Kinder bis zu einem Alter von 26 Jahren bei den Eltern mitversichert werden. Die Freiheiten der Versicherungsunternehmen werden weiter eingeschränkt, indem sie die Versicherungsleistungen von chronisch Kranken sowie von älteren Menschen nicht mehr begrenzen dürfen. Des Weiteren wird die Prävention stärker gefördert. Vorsorgeuntersuchungen, wie bspw. Impfungen, müssen ohne zusätzliche Zahlungen angeboten werden.⁵⁶ Sowohl die Festlegung von Altersgrenzen für bestimmte Leistungsansprüche als auch die Differenzierung der Prämien bzgl. des Gesundheitszustandes oder des Geschlechts sind, nach der neuen Gesundheitsreform, nicht mehr zulässig.⁵⁷ Darüber hinaus bekommen Unternehmen staatliche Unterstützung in Form von Steuervorteilen, wenn sie ihren Angestellten Versicherungsschutz anbieten, sofern im Unternehmen weniger als 25 Mitarbeiter beschäftigt sind oder diese einen geringeren Durchschnittslohn als \$ 50.000 brutto pro Jahr beziehen. Dieser Steuervorteil geht bis zu 35 % des Arbeitgeberbeitrags, wenn dieser mindestens 50 % der Prämie begleicht und steigt 2014 auf 50 % an. Die Problematik im US-System bzgl. der Medikamente wird auch im ersten Teil der Reform für die Bürger behandelt, die Versicherungsschutz durch die staatlichen Programme beziehen. Medicare-Teilnehmer bekommen, sobald sie einen Unterschied zwischen den Kosten der verschriebenen Medikamente und der gedeckten Kosten durch ihren Versicherungsschutz, Teil D des Medicare-Programmes, nachweisen können, in 2010 eine staatliche Erstattung von bis zu \$ 250. Bezieher von Medicaid bekommen Rabatte auf Medikamente, dessen Höhe je nach Medikamentenart variiert.⁵⁸

⁵⁴ Vgl. Gerste, R. D. (2010), S. 586; Democratic Leader Nancy Pelosi, o. J., S. 1.

⁵⁵ Vgl. Müller, O. (2010), S. 110-112.

⁵⁶ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2224.

⁵⁷ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 49.

⁵⁸ Vgl. Kaiser Family Foundation, o. J., o. S.

Der zweite Gesetzesteil der Gesundheitsreform trat 2011 in Kraft. Dieser Teil beinhaltet die Einrichtung eines Zentrums für Medicare- und Medicaid-Innovationen. In diesem sollen Pläne bzgl. der Qualitätssteigerung und Kostenminimierung der staatlichen Programme entwickelt und getestet werden. Zusätzlich bekommen Ärzte, die in der Erstversorgung tätig sind, unter Medicare eine 10 %-tige Bonuszahlung. Darüber hinaus sollen Pharmaunternehmen die Medikamentenkosten für Medicare-Teilnehmer, die im Teil D des Programmes eingeschrieben sind, um 50 % senken, wenn die Medikamentenkosten von dem jeweiligen Versicherungsschutz nicht vollständig gedeckt werden. Des Weiteren wird den Versicherungsunternehmen auferlegt, ihren Versicherten Rabatte zu gewähren, falls sie weniger als 85 % der Prämien für Gesundheitsaspekte/ -leistungen ausgeben.⁵⁹

Ab 2014 besteht dann, nach der Gesundheitsreform 2010, für alle US-Bürger die Versicherungspflicht.⁶⁰ Bei Nicht-Beachtung der Versicherungspflicht drohen Strafzahlungen, die sich an der Höhe des Einkommens orientieren.⁶¹ Zur Unterstützung werden Fördermittel an die Personen ausgegeben, die nicht alleine für eine Krankenversicherung aufkommen können und keine Leistungen durch das Medicaid-Programm beziehen. Die Grenze für diese Unterstützungsleistungen wurde auf \$ 88.000 Bruttojahreseinkommen festgesetzt. Darüber hinaus werden die Freiheiten der Versicherungsunternehmen weiter eingeschränkt. Diese dürfen ab 2014 niemanden mehr auf Grund von Vorerkrankungen ablehnen oder Versicherungsverträge kündigen, wenn eine Krankheit mit hohen Kosten eintritt. Des Weiteren müssen Unternehmen, die über 50 Mitarbeiter beschäftigen, Strafzahlungen leisten, wenn ihre Mitarbeiter auf Grund ihres geringen Einkommens staatliche Unterstützung bei der Krankenversicherung benötigen.⁶² Das bestehende Medicaid-Programm für Bedürftige wird ausgeweitet. Als Anspruchsgrundlage für die Programmleistungen soll ab 2014 nur noch die Einkommenshöhe gelten und es müssen keine zusätzlichen Anforderungen, wie bspw. eine Schwangerschaft, mehr erfüllt werden. Alle Bürger, deren Einkommen unter 133 % der Armutsgrenze liegt, erhalten Unterstützung durch das Medicaid-Programm.⁶³ Zusätzlich werden staatlich verwaltete Gesundheitsbörsen gegründet. Die US-Bürger besitzen die Möglichkeit, an diesen Börsen die ver-

⁵⁹ Vgl. Kaiser Family Foundation, o. J., o. S.

⁶⁰ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2225.

⁶¹ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 49.

⁶² Vgl. Müller, O. (2010), S. 110-112.

⁶³ Vgl. Sommers, B. D./Epstein, A. (2010), S. 2085.

schiedenen Versicherungspolicen zu vergleichen und zu erwerben.⁶⁴ Sämtliche Leistungen und Verpflichtungen der Gesundheitsreform lassen illegale, nicht registrierte Einwanderer außen vor.⁶⁵

Der Gesundheitsreform 2010 gingen im Februar 2009 bereits zwei Gesetze voraus. Der „Childrens´ Health Insurance Reauthorizations Act“ soll ca. 4,5 Millionen der nicht oder nur unzureichend krankenversicherten Kindern bis 2013 einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz bieten.⁶⁶ Im Jahr 2009 waren 10 % der Kinder unter 18 Jahren nicht krankenversichert.⁶⁷ Der „American Recovery and Reinvestment Act“ führt zu Investitionen in das Gesundheitssystem von ca. \$ 112 Milliarden. Diese sollen unter anderem für die Ausweitung des Medicaid-Programmes und für Prävention genutzt werden.⁶⁸

3.1.2 Finanzierungsaspekte

Die Gesundheitsreform 2010 soll die Kosten des Gesundheitssystems durch Einsparungen im System senken und somit das Haushaltsdefizit der USA verringern. Vor allem die Kosten des Medicare-Programmes sollen durch Effektivitätssteigerungen und Präventionsprogramme erheblich gesenkt werden.⁶⁹ Die Reform selbst soll bis 2020 \$ 940 Milliarden kosten und trotzdem zu einer Verringerung des Haushaltsdefizits um \$ 143 Milliarden führen.⁷⁰

Die entstehenden Kosten durch die Einführung der Gesundheitsreform sollen primär von einer Erhöhung der Steuergelder der besserverdienenden US-Amerikaner getragen und von Einsparungen im System gedeckt werden.⁷¹ Die Krankenversicherungssteuer wird ab 2013 für Personen, deren jährliches Einkommen \$ 200.000 bzw. für Familien, deren jährliches Einkommen \$ 250.000 übersteigt um 0,9 Prozentpunkte, auf 2,35 % angehoben. Darüber hinaus müssen die eben beschriebenen Bürger

⁶⁴ Vgl. Müller, O. (2010), S. 110-112.

⁶⁵ Vgl. Gerste, R. D. (2010), S. 586.

⁶⁶ Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1960.

⁶⁷ Vgl. DeNavas-Walt, C./ Proctor, B. D./ Smith, J. C. (2010), S. 24.

⁶⁸ Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1960.

⁶⁹ Vgl. Merten, M. (2011), S. 208.

⁷⁰ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2225.

⁷¹ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2225.

3,8 % der nicht einkommensabhängigen Verdienste, wie Dividenden, als Steuerzahlungen leisten.⁷²

Des Weiteren werden Gebühren von den Versicherungs- und Pharmaunternehmen erhoben. Die US-Pharmabranche muss, nach der Gesundheitsreform, seit 2011 eine jährliche Gebühr von \$ 2,5 Milliarden zahlen. Diese steigt bis 2019 auf \$ 2,8 Milliarden jährlich an.⁷³ Die us-amerikanischen Versicherungsunternehmen werden ab 2014 dazu verpflichtet pro Jahr eine Gebühr von \$ 8 Milliarden zu leisten. Bis 2018 steigt diese auf \$ 14,3 Milliarden an. Ab 2018 steigt diese mit der Prämienwachstumsrate an. Darüber hinaus werden ab diesem Zeitpunkt Steuern für besonders teure Versicherungspoliceen erhoben.⁷⁴

Zusätzlich treten ab 2014 die Strafzahlungen für Bürger und Unternehmen in Kraft. Diese müssen, falls sie keinen Krankenversicherungsschutz besitzen bzw. für ihre Angestellten anbieten, Strafzahlungen leisten. Bürger, die keinen Krankenversicherungsschutz besitzen, müssen in 2014 Strafzahlungen in Höhe von \$ 95 bzw. 1,0 % des Einkommens leisten. Zu zahlen ist dabei der jeweils höhere Betrag. Die Strafen erhöhen sich bis 2016 auf \$ 695 bzw. 2,5 % des Einkommens. Die Strafzahlungen der Unternehmen variieren zwischen \$ 2.000 und \$ 3.000 pro Vollzeitmitarbeiter. Die Höhe der Strafzahlung ist davon abhängig, ob die Mitarbeiter staatliche Zuschüsse zu ihrer Krankenversicherung benötigen, da ihr Arbeitgeber keinen Krankenversicherungsschutz anbietet oder ob der Mitarbeiter diese benötigt, da der angebotene Versicherungsschutz unzureichend ist.⁷⁵

3.2 Potenzielle Auswirkungen der Gesundheitsreform

3.2.1 Potenzielle Auswirkungen auf die US-Bürger

Die Bestimmungen der Gesundheitsreform 2010 sollen die bestehenden Probleme des us-amerikanischen Gesundheitssystems verringern bzw. vermeiden. Zu den primären Zielen gehört die Ausweitung des Versicherungsschutzes auf 32 Millionen US-

⁷² Vgl. Democratic Leader Nancy Pelosi, o. J., S. 14.

⁷³ Vgl. Democratic Leader Nancy Pelosi, o. J., S. 13.

⁷⁴ Vgl. Democratic Leader Nancy Pelosi, o. J., S. 12-14.

⁷⁵ Vgl. Democratic Leader Nancy Pelosi, o. J., S. 3.

Amerikaner.⁷⁶ Die in 2.2 beschriebenen Probleme werden jedoch nur zum Teil von der Gesundheitsreform erfasst und behandelt.

Das staatliche Programm Medicaid soll, wie oben beschrieben, ausgeweitet werden. Dadurch erhöht sich die Anzahl der Anspruchsberechtigten.⁷⁷ Die geringen Leistungen des Medicaid-Programmes finden aber, mit Ausnahme der Verringerung der Medikamentenkosten, keine Berücksichtigung in der Gesundheitsreform. Sie bleiben weiterhin auf einem essenziell niedrigen Niveau. Somit ist zwar die Grundversorgung der Medicaid-Berechtigten gesichert, die Problematik des Umfangs des Versicherungsschutzes bleibt aber bestehen.

Darüber hinaus bekommen Bürger, mit einem Jahreseinkommen unter \$ 88.000, ab 2014 staatliche Unterstützung. Diese soll denjenigen helfen, die sich keine Krankenversicherung leisten können, aber ein Einkommen über der Medicaid-Grenze beziehen.⁷⁸ Da ein großer Anteil der Bürger, die keinen Versicherungsschutz haben, diesen aus finanziellen Gründen ablehnen, werden sich diese, durch die neue staatliche Förderung, Krankenversicherungsschutz leisten können.⁷⁹ Trotzdem bleiben die Ausgaben der us-amerikanischen Geringverdiener für Krankenversicherungsschutz erheblich.⁸⁰

Die geplanten Effizienzsteigerungen innerhalb des Medicare Programmes sollen zunächst dazu führen, die Kosten des Programmes zu senken und die Qualität zu verbessern.⁸¹ Viele ältere Menschen befürchten aber, dass die Auswirkungen dieses Gesetzes zu Einsparungen bei den Gesundheitsleistungen und somit zu Nachteilen für sie führen. Des Weiteren dürfen Versicherungsunternehmen den Versicherungsschutz alter Menschen nicht mehr begrenzen.⁸² Dies senkt die sonst entstehenden Kosten, bspw. für Demenz-Kranke. Darüber hinaus schafft die Einführung der Gesundheitsreform Abhilfe bzgl. der Medikamentenkosten und senkt somit die notwendigen Ausgaben für Medikamente.⁸³ Das beschriebene Problem der geringen

⁷⁶ Vgl. Gerste, R. D. (2010), S. 586.

⁷⁷ Vgl. Sommers, B. D./ Epstein, A. (2010), S. 2085.

⁷⁸ Vgl. Müller, O. (2010), S. 110-112.

⁷⁹ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 47.

⁸⁰ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 50.

⁸¹ Vgl. Merten, M. (2011), S. 208.

⁸² Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2224.

⁸³ Vgl. Kaiser Family Foundation, o. J., o. S.

Basisversorgung im Medicare-Programm wird durch die neuen Regelungen im Bereich der Medikamente zwar leicht verbessert, grundsätzlich aber nicht beseitigt.

Die Reform legt besonderen Wert auf den Krankenversicherungsschutz von Kindern und chronisch Kranken. Seit 2010 dürfen Kinder von den Versicherungsunternehmen nicht mehr aufgrund von Vorerkrankungen abgelehnt werden.⁸⁴ Dies hilft den jeweiligen Eltern, die ansonsten die vollen Kosten tragen müssten. Zusätzlich wird, durch das oben beschriebene, der Gesundheitsreform zuvorkommende Gesetz aus 2009, Krankenversicherungsschutz auf eine größere Anzahl Kinder ausgeweitet.⁸⁵ Darüber hinaus dürfen Versicherungsunternehmen seit 2010 die Versicherungsleistungen von chronisch Kranken nicht mehr beschränken.⁸⁶ Dies bedeutet, dass diese mit den Kosten ihrer Krankheit nicht mehr auf sich allein gestellt bleiben.

Durch die eingeschränkte Freiheit der Versicherungsunternehmen bzgl. der Vorerkrankungen, der Versicherungsschutzobergrenze und der nicht mehr zulässigen Differenzierungen, die 2014 in Kraft treten, werden mehr Bürger Versicherungsschutz erlangen bzw. ihren bestehenden ausweiten können.⁸⁷ Des Weiteren müssen die Versicherer ihren Versicherten Rabatte gewähren, falls sie weniger als 85 % der Prämieinnahmen für die gesamten Gesundheitsleistungen aller Versicherten ausgeben.⁸⁸ Die bestehende Steuer für besonders teure Versicherungspolice soll Anreize für die Versicherungsunternehmen setzen, eine markt- und risikogerechte Prämie festzulegen und kann eine sachgerechte Verwendung der Prämien fördern. Darüber hinaus besteht für potenzielle Anwärter auf Krankenversicherungsschutz die Möglichkeit, diverse Versicherungspolice an den Gesundheitsbörsen zu vergleichen.⁸⁹ Dies führt zu mehr Transparenz bzgl. Kosten und Leistungen der bestehenden Produkte und kann zu verstärktem Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen und somit zu Prämienenkungen führen. Des Weiteren besitzen die Versicherten das Recht auf kostenfreie Präventivleistungen.⁹⁰ Dies kann sowohl die Erkrankungsgefahr als auch die daraus resultierenden Kosten senken. Die Gesetze der Reform setzen Anreize für Arbeitgeber, wie bspw. Strafzahlungen, damit diese ihren

⁸⁴ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2224.

⁸⁵ Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1960.

⁸⁶ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2224.

⁸⁷ Vgl. Müller, O. (2010), S. 110-112; Gerlinger, T. (2010), S. 49.

⁸⁸ Vgl. Kaiser Family Foundation, o. J., o. S.

⁸⁹ Vgl. Müller, O. (2010), S. 110-112.

⁹⁰ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2224.



Angestellten Krankenversicherungsschutz anbieten. Dies kann ebenfalls dazu führen, dass mehr US-Bürger Krankenversicherungsschutz erhalten.

Die genannten Reformen führen zu einer Ausweitung der Versichertenanzahl. Dies bedeutet aber nicht gleichzeitig eine Ausdehnung des Versicherungsschutzes. Die besserverdienenden US-Bürger müssen höhere Steuerzahlungen leisten, um die ansteigenden staatlichen Förderungen mitfinanzieren zu können.⁹¹ Dies unterstützt die Gesundheitsreform, geht aber zu Lasten der Konsumfähigkeit der Besserverdienenden.

3.2.2 Potenzielle Auswirkungen auf die Wirtschaftsunternehmen und die Gesundheitsausgaben der USA

Unternehmen, die mehr als 50 Mitarbeiter beschäftigen, sollen, nach der Gesundheitsreform 2010, ihren Mitarbeitern Krankenversicherungsschutz durch ein Versicherungsunternehmen anbieten, ansonsten drohen Strafzahlungen.⁹² Die Kosten hierfür sind zwar steuerfrei, bedeuten aber trotzdem eine zusätzliche Belastung für die Unternehmen. Diese kann, wie oben beschrieben, die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens beeinträchtigen.⁹³ Falls die Unternehmen die Auflage nicht erfüllen, müssen sie Strafzahlungen leisten, die sich mit den Jahren erhöhen. Beide Fälle stellen eine finanzielle Belastung für die Unternehmen dar. Kleinere Unternehmen bekommen steuerliche Vorteile, wenn sie ihren Angestellten Versicherungsschutz anbieten.⁹⁴ Dies ist für sie jedoch keine Pflicht und stellt somit auch keine Belastung der kleineren Unternehmen dar.

Pharmaunternehmen zahlen seit 2011 eine jährliche Gebühr. Diese steigt bis 2019 auf \$ 2,8 Milliarden an.⁹⁵ Darüber hinaus werden Pharmaunternehmen durch die Gesundheitsreform verpflichtet, Medikamente an Bezugspersonen der staatlichen Programme ermäßigt abzugeben.⁹⁶ Die somit entstehenden Ausgaben bzw. Gewinnminderungen der Pharmaunternehmen stehen den neuen, durch die Gesundheitsreform entstehenden zusätzlichen Umsätzen gegenüber. Durch die steigende

⁹¹ Vgl. Democratic Leader Nancy Pelosi, o. J., S. 3.

⁹² Vgl. Müller, O. (2010), S. 110-112.

⁹³ Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1958.

⁹⁴ Vgl. Kaiser Family Foundation, o. J., o. S.

⁹⁵ Vgl. Democratic Leader Nancy Pelosi, o. J., S. 13.

⁹⁶ Vgl. Kaiser Family Foundation, o. J., o. S.

Anzahl Versicherter steigt auch die Menge der verschriebenen Medikamente und somit der Umsatz der Pharmaunternehmen.⁹⁷ Die jeweiligen Höhen und das letztendliche Ergebnis kann zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abgesehen werden.

Die Versicherungsunternehmen sind ab 2014 zur Zahlung einer jährlichen Gebühr verpflichtet. Diese steigt bis 2018 auf \$ 14,3 Milliarden an.⁹⁸ Darüber hinaus wird die Freiheit der Versicherungsunternehmen, wie oben beschrieben, eingeschränkt.⁹⁹ Diese Gesetze beeinflussen die Gewinne der Unternehmen erheblich. Da sie weder Anwärter auf Grund ihrer Vorerkrankungen ablehnen, noch den Versicherungsschutz älterer Menschen oder chronisch Kranker begrenzen dürfen, kommen auf die Versicherungsunternehmen, mit dem Eintreten der jeweiligen Bestimmungen, erhebliche Gewinneinbußen zu. Aber auch die Versicherungsunternehmen werden durch die allgemeine Versicherungspflicht mehr Kunden bekommen.¹⁰⁰ Das Ergebnis lässt sich, wie auch im Fall der Pharmaunternehmen, nicht absehen. Es fällt allerdings auf, dass die Belastungen der Versicherungsunternehmen stärker, als die der Pharmaunternehmen sind. Die Versicherer haben angefangen, sich auf die Umstrukturierungen des Gesundheitssystems einzustellen. Sie haben die Bürokratie eingedämmt, neue Policen entwickelt und in Personal und Technik investiert.¹⁰¹ Es ist dennoch nicht abzusehen, ob die Pflichtabgaben zu steigenden Versicherungsbeiträgen führen werden.

Die Kosten der Gesundheitsreform betragen für die nächsten zehn Jahre \$ 940 Milliarden. Durch die Effektivitätssteigerungen und zusätzlichen Einnahmen soll das Haushaltsdefizit der USA trotzdem um \$ 143 Milliarden verringert werden.¹⁰² Die Staatsausgaben werden durch die zusätzlichen Ausgaben zunächst steigen, langfristig sollten diese aber durch die Förderung der Prävention sinken. Ob die Einsparungen durch Effektivitätssteigerungen und die Einnahmen durch Gebühren und Strafzahlungen die angestiegenen Gesundheitsausgaben übersteigen, kann erst in Zukunft beurteilt werden.

⁹⁷ Vgl. Gerste, R. D. (2010), S. 587.

⁹⁸ Vgl. Democratic Leader Nancy Pelosi, o. J., S. 12-14.

⁹⁹ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2224; Müller, O. (2010), S. 110-112.

¹⁰⁰ Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1960.

¹⁰¹ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2225.

¹⁰² Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2225.

Die Kostenproblematik der Krankenhäuser wird durch die Gesundheitsreform 2010 voraussichtlich leicht verringert. Die Ärzte, die in der Erstversorgung tätig sind, bekommen eine 10 %-tige Bonuszahlung bei der Behandlung von Medicare-Patienten.¹⁰³ Des Weiteren führt eine geringere Anzahl nichtversicherter Bürger dazu, dass die Kosten für deren Behandlung, die meist die Krankenhäuser tragen mussten, sinken.

3.3 Problematik der Umsetzung der Gesundheitsreform

3.3.1 Probleme bei der politischen Umsetzung

Die Gestaltung und Durchsetzung der Gesundheitsreform 2010 ist zu einer großen, langwierigen sowohl politischen als auch öffentlichen Debatte geworden.¹⁰⁴ Die Reform des demokratischen Präsidenten Obama wird vor allem von der Opposition, den Republikanern, kritisiert. Diese lehnen sowohl die stärkere staatliche Regulierung als auch die allgemeine Versicherungspflicht ab. Mit der Einrichtung einer öffentlichen Krankenversicherung würde sich, nach Meinung der Opposition, der Staat unzulässigerweise in die Privatangelegenheiten der US-Bürger einmischen.¹⁰⁵ Gegen den Passus der allgemeinen Versicherungspflicht laufen, seit in Kraft treten der Reform, bereits mehrere Gerichtsverfahren.¹⁰⁶ Zu den größten Kritikpunkten bzgl. der Gesundheitsreform 2010 gehört auch die Kostenplanung.¹⁰⁷ Die Republikaner halten eine Verringerung des Haushaltsdefizits durch die Gesundheitsreform für ausgeschlossen, da sie die geplanten Effektivitätssteigerungen unrealistisch finden und sich gegen eine Steuererhöhung bei Besserverdienenden aussprechen. Durch die Reform wird, nach Meinung der Reformgegner, das Haushaltsdefizit ansteigen. Darüber hinaus befürchten sie, durch die stärkere Belastung kleiner und mittelständischer Unternehmen, die Gefährdung von Arbeitsplätzen. Kritik bekommt der Gesetzesentwurf von Seiten der Republikaner auch in Bezug auf die medizinischen Leistungen. Die stärkere Regulierung würde diese durch die geplanten Effektivitätssteigerungen, insbesondere für ältere Menschen, verschlechtern. Des Weiteren werden,

¹⁰³ Vgl. Kaiser Family Foundation, o. J., o. S.

¹⁰⁴ Vgl. Gerste, R. D. (2010), S. 586.

¹⁰⁵ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 49-50.

¹⁰⁶ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2010), S. 2225.

¹⁰⁷ Vgl. Müller, O. (2009), S. 130-131.

aus Sicht der Opposition, die Regulierungen der Versicherer dazu führen, dass diese ihre Prämien weiter erhöhen.¹⁰⁸

Kritik gegenüber der Gesundheitsreform wird dem Präsidenten nicht nur von der Opposition, sondern auch aus der eigenen Partei entgegengebracht. Die Meinung des konservativen Flügels der demokratischen Partei ähnelt der der Republikaner. Sie sprechen sich gegen eine Einmischung des Staates in die Versicherungswirtschaft aus. Der linke Flügel der Demokraten stand zunächst für die Einführung einer staatlichen Einheitsversicherung. Diesen Punkt lehnte Barack Obama aber bereits während des Wahlkampfes 2009 ab. Auch die Entstehung einer öffentlichen Krankenversicherung, die nach Ablehnung der staatlichen Einheitsversicherung vom linken Flügel gewünscht wurde, fand keine Umsetzung in der Gesundheitsreform.¹⁰⁹ Mit dieser hätte sich der Staat aktiv in den Wettbewerb der Krankenkassen eingeschaltet.¹¹⁰

Trotz langwieriger Debatten wurde der umstrittene Gesetzesentwurf zur Gesundheitsreform am 21. März 2010 verabschiedet. Dieser enthält allerdings nicht alle Punkte, die Obama durchsetzen wollte, wie bspw. die Einführung einer öffentlichen Krankenversicherung.¹¹¹

3.3.2 Probleme bei bürgerlicher und unternehmerischer Umsetzung

Auch viele US-Bürger sprechen sich gegen die Gesundheitsreform aus. Im Denken der Amerikaner gehört Krankenversicherungsschutz nicht zu den fundamentalen Rechten eines Menschen.¹¹² Die us-amerikanische Identität besteht, aus Sicht der US-Bürger, aus Eigenverantwortlichkeit. Daher reagieren US-Amerikaner grundsätzlich skeptisch gegenüber Eingriffen des Staates. Die Unterstützung bedürftiger Menschen ist den US-Bürgern ein starkes Anliegen, wird aber auf freiwilliger Basis durch die Bevölkerung erbracht. Eingriffe des Staates sind hier, im us-amerikanischen Denken, weder notwendig noch erwünscht.¹¹³ Vor allem ältere Menschen befürchten, durch die geplanten Effektivitätssteigerungen des Medicare-Programmes, starke Ein-

¹⁰⁸ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 50.

¹⁰⁹ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 50.

¹¹⁰ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2009), S. 2548.

¹¹¹ Vgl. Müller, O. (2009), S. 130-131.

¹¹² Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2009), S. 2584.

¹¹³ Vgl. Groitl, G. (2010), S. 43.

schränkungen ihrer medizinischen Versorgung.¹¹⁴ Die Befürchtungen und Ängste der Bürger werden durch die öffentlichen und politischen Debatten weiter verstärkt.¹¹⁵

Im wirtschaftlichen Bereich sind vor allem die Pharma- und Versicherungsunternehmen gegen die Gesundheitsreform.¹¹⁶ Die Versicherer stehen der Reform in dem Sinne positiv gegenüber, dass diese ihnen neue Kunden bringt. Sie befürchten aber dennoch erhebliche Gewinneinbußen durch das neue Gesetz.¹¹⁷

4 Schlussbetrachtung

Eine Beantwortung der Frage, ob die Einführung der Gesundheitsreform 2010 ein Schritt zu mehr Gerechtigkeit darstellt, gestaltet sich schwierig. Nach detaillierter Analyse der Reform lässt sich sagen, dass ein Schritt in die richtige Richtung gemacht wird, allerdings bei Weitem nicht alle bestehenden Probleme ausreichend beachtet werden.

Die Problematik der hohen Anzahl nichtversicherter US-Bürger wird in der Reform erheblich stärker berücksichtigt als die Problematik der unterversicherten Bürger. Die Anzahl der Personen, die Versicherungsschutz genießen, soll von ca. 83 % auf 95 % der Bevölkerung ansteigen.¹¹⁸ Dies soll vor allem durch die Ausweitungen der staatlichen Programme, durch Anreizsysteme für Unternehmen sowie durch Einschränkungen der Willkür der Versicherungsunternehmen erreicht werden.¹¹⁹ Die Ausweitung des Versicherungsschutzes auf 95 % der Bürger würde eine enorme Verbesserung des Gesundheitssystems darstellen. Zu Beachten bleibt allerdings, dass auch bei Erfüllung des Zieles weiterhin ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung nicht versichert ist.¹²⁰ Darüber hinaus findet die Problematik der bestehenden Unterversicherung vieler Bürger nur wenig Berücksichtigung in der Reform. Im staatlichen Sektor wird nur durch die Senkung der Medikamentenkosten auf dieses Problem eingegangen. Im privaten Bereich trägt die Einschränkung der Willkür der Versicherungsunternehmen zur teilweisen Problemlösung bei. Zu Beobachten bleibt, ob die Einrich-

¹¹⁴ Vgl. Merten, M. (2011), S. 206.

¹¹⁵ Vgl. Gerlinger, T. (2010), S. 50.

¹¹⁶ Vgl. Schmitt-Sausen, N. (2009), S. 2584.

¹¹⁷ Vgl. Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009), S. 1960.

¹¹⁸ Vgl. Stern (2011), o. J., o. S.

¹¹⁹ Vgl. Müller, O. (2010), S. 110-112.

¹²⁰ Vgl. Gerlinger (2010), S. 50.

tung der Gesundheitsbörsen den Wettbewerb der Versicherer erhöht und somit hilft, die bestehende Unterversicherung zu verringern. Beachtet man den hohen Anteil an Privatin solvenzen, die auf eine Unterversicherung zurückzuführen sind, kann man die diesbezüglichen Reformmaßnahmen als unzureichend bezeichnen. Eine weiterführende Behandlung dieser Problematik würde einen zusätzlichen Schritt in Richtung Gerechtigkeit darstellen.

Da vor allem die Auswirkungen der finanziellen Aspekte der Gesundheitsreform noch nicht abzusehen sind, stellen diese Punkte interessante Bereiche für zukünftige Analysen dar. Besonders das Verhalten der Versicherungs- und Pharmaunternehmen bzgl. der Prämienhöhe bzw. Medikamentenpreise sollte für eine abschließende Bewertung untersucht werden. Auch die geplanten Effektivitätssteigerungen und die damit verbundene Verringerung des Haushaltsdefizits der USA stellen interessante Punkte für zukünftige Betrachtungen dar.

Zusammenfassend lässt sich die Gesundheitsreform als ein Schritt, wenn auch ein kleiner, zu mehr Gerechtigkeit bezeichnen. Barack Obama hat das erreicht, was Präsidenten wie Clinton und Roosevelt seit Jahrzehnten versuchten – die Umstrukturierung des us-amerikanischen Gesundheitssystems. Bemerkenswert ist, dass das Gesetz ohne eine einzige Stimme der Opposition verabschiedet wurde. Dies ist bei einem derart gesellschaftlich relevanten Gesetz in der us-amerikanischen Geschichte einmalig.¹²¹

¹²¹ Vgl. Müller, O. (2010), S. 110-112.

Literaturverzeichnis

Democratic Leader Nancy Pelosi (Hrsg.) o. J.:

Affordable Care Act: Detailed Summary, URL:

<http://dpc.senate.gov/healthreformbill/healthbill96.pdf> [Stand: 03.04.2011].

DeNavas-Walt, C./ Proctor, B. D./ Smith, J. C., US Census Bureau (Hrsg.) (2010):

Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009, URL:

<http://www.census.gov/prod/2010pubs/p60-238.pdf> [Stand: 03.04.2011].

Gerlinger, T. (2010):

Vom Markt zum Staat? – Die Debatte um die Gesundheitsreform in den USA, in: Orientierungen zur Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, o. Jg., Heft 123, S. 46-50.

Gerste, R. D. (2009):

Reform der Krankenversicherung: Herkulesaufgabe für Barack Obama, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., Heft 1-2, S. 24-28.

Gerste, R. D. (2010):

US-Gesundheitsreform: Obama erfüllt sein wichtigstes Wahlversprechen, in: Deutsches Ärzteblatt, 107. Jg., Heft 13, S. 586-587.

Gottschalk, A./ Höltje, M. (2009):

Gesundheitsreformen in den USA: Land der Gegensätze, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., Heft 40, S. 1958-1960.

Groitzl, G. (2010):

Chronisch krank und schwer therapierbar: Chancen und Grenzen der Gesundheitsreform in den USA, in: Politische Studien, 61. Jg., Heft 429, S. 42-50.

Hajen, L./ Schumacher, H./ Paetow, H. (2010):

Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxis, 5. Aufl., Stuttgart.

Kaiser Family Foundation (Hrsg.) o. J.:

Implementation Timeline, URL:

[Stand: 03.04.2011].

<http://healthreform.kff.org/timeline.aspx>

Kuhn-Osius, A./ Töniges, A. (2010):

US-Gesundheitsreform endgültig gebilligt, URL:

http://www.dw-world.de/popups/popup_printcontent/0,,5389026,00.html

[Stand: 03.04.2011].

Mattern, M. (1998):

Die Absicherung „sozial Schwacher“ im US-amerikanischen und deutschen Gesundheitssystem – Vergleich und kritische Bewertung, Münster.

Merten, M. (2011):

US-Gesundheitswesen: Krankenversicherung für Rentner auf dem Prüfstand, in: Deutsches Ärzteblatt, 108. Jg., Heft 5, S. 206-208.

Müller, O. (2009):

Gesundheitsreform in den USA: Obamas Chancen steigen, in: Zahnärztliche Mitteilungen, 99. Jg., Heft 21, S. 130-131.

Müller, O. (2010):

Gesundheitsreform in den USA: Ein Sieg der Vernunft, in: Zahnärztliche Mitteilungen, 100. Jg., Heft 8, S. 110-112.

Preston, C. M./ Alexander, M. (2010):

Prevention in the United States Affordable Care Act, in: Journal of Preventive Medicine and Public Health, 43. Jg., Heft 6, S. 455-458.

Schmitt-Sausen, N (2009):

US-Gesundheitssystem: Revolution oder Scheitern, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., Heft 51-52, S. 2545-2548.

Schmitt-Sausen, N. (2010):

US-Gesundheitswesen: ObamaCare hält Einzug in den Alltag, in: Deutsches Ärzteblatt, 107. Jg., Heft 45, S. 2224-2225.

Sommers, B. D./ Epstein, A. M. (2010):

Medicaid-Expansion – The Soft Underbelly of Health Care Reform?, in: The New England Journal of Medicine, o. Jg., Heft 363, S. 2085-2087.

Stern (Hrsg.) (2011):

US-Repräsentantenhaus: Obama triumphiert mit Gesundheitsreform, URL: <http://www.stern.de/politik/ausland/us-repraesentantenhaus-obama-triumphiert-mit-gesundheitsreform-1552604.html> [Stand 03.04.2010].

Stüwe, H. (2009):

Gesundheitssysteme: Was wirklich zählt, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., Heft 51-52, S. 2529.

Tigges, C. (2009):

Gesundheitsreform in den USA: Obama ist noch nicht am Ziel, in: Deutsches Ärzteblatt, 106. Jg., Heft 48, S. 2402.

U. S. Department of Health & Human Services (Hrsg.) (2011):

The 2011 HHS Poverty Guidelines, URL: <http://aspe.hhs.gov/poverty/11Poverty.shtml> [Stand: 03.04.2011]

von der Schulenburg, J.-M./ Greiner, W. (2007):

Gesundheitsökonomik, 2. Aufl., Tübingen.

Von Marschall, C. (2010):

Entscheidung über Gesundheitsreform steht bevor, in: Zeit Tagesspiegel, URL: <http://pdf.zeit.de/politik/ausland/2010-03/usa-gesundheit-reform-obama.pdf> [Stand 03.04.2011].

Wörz, M. (2008):

Erlöse – Kosten – Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied?, Wiesbaden.



6 Methoden zur Ermittlung und Bewertung von Kosten-Nutzen-Relationen für Gesundheits- technologien – Eine kanadische Perspektive

David Hohmann



Inhaltsverzeichnis

1	Stellenwert der gesundheitsökonomischen Evaluation im aktuellen Kontext	176
2	Theoretische Grundlagen und Begrifflichkeiten	177
2.1	Relevanz der Gesundheitsökonomie und gesundheitsökonomischer Evaluationen	177
2.2	Gesundheitstechnologie und medizinischer Fortschritt.....	178
3	Gegenüberstellung des kanadischen und des deutschen Kosten-Nutzen-Bewertungsprozesses für Gesundheitstechnologien	180
3.1	Einblick in das kanadische Gesundheitssystem und die Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH).....	180
3.2	Der kanadische Bewertungsansatz nach den Guidelines der CADTH	186
3.2.1	Die Perspektive	186
3.2.2	Komparatoren	186
3.2.3	Die Datengrundlage	187
3.2.4	Die Nutzenbewertung.....	188
3.2.5	Die Kostenerfassung und -bewertung	190
3.2.6	Umgang mit ICER-Schwellenwerten und Unsicherheiten	191
3.2.7	Festlegung des zeitlichen Rahmens und der Diskontierung	194
3.3	Der Kosten-Nutzen-Bewertungsprozess für das deutsche Gesundheitswesen nach den Vorgaben des IQWiG.....	194
3.3.1	Allgemeines und Wahl der Perspektive.....	194
3.3.2	Die Kostenerfassung und -bewertung	195
3.3.3	Die Nutzenerfassung und -bewertung.....	196
3.3.4	Das Konzept der Effizienzgrenze	197
3.4	Kritische Würdigung der vorgestellten Ansätze	198
4	Fazit und Ausblick	201
	Literaturverzeichnis	202



Abkürzungsverzeichnis

\$	Dollar
£	brit. Pfund
€	Euro
Abb.	Abbildung
Aufl.	Auflage
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CADTH	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CCOHTA	Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
CDR	Common Drug Review
CVM	Contingent Valuation Method
d.h.	das heißt
DALY	Disability-Adjusted Life Years
e.V.	eingetragener Verein
et al.	et alia
FuE	Forschung und Entwicklung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
HTA	Health Technology Assessment
HYE	Healthy Year Equivalents
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Jg.	Jahrgang
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
Nr.	Nummer



o.J.	ohne Jahr
o.S.	ohne Seite
QALY	Quality-Adjusted Life Years
RCT	randomized controlled trials
s.	siehe
S.	Seite
SAVE	Saved Young Life Equivalents
SGB	Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
Vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

1 Stellenwert der gesundheitsökonomischen Evaluation im aktuellen Kontext

Die Gesundheitssysteme der großen Industrienationen sind seit ihrem Bestehen durch einen konstanten Anstieg der Ausgaben geprägt. Bedingt durch die Tatsache, dass die medizinische Entwicklung bereits ein hohes Innovationsniveau erreicht hat und Sprunginnovationen nur noch sehr selten vermeldet werden können, muss der medizinische Fortschritt durch beträchtliche Forschungs- und Entwicklungsausgaben (FuE) erreicht werden. So stiegen die FuE-Ausgaben der forschenden Pharmaunternehmen in Deutschland stetig auf heute € 5,2 Mrd. an.¹ Diese steigende Ausgabenentwicklung wird auch durch die obligatorisch wachsende Nachfrage im Gesundheitssektor in Folge des demografischen Wandels gefördert. Es ist damit zu rechnen, dass der Anteil der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahren, welche für die meisten Ausgaben im Gesundheitssystem verantwortlich ist, von heute 34 % auf 52 % im Jahre 2030 anwachsen wird.² Da die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung mittels Umlageverfahren geschieht, wirkt sich diese Entwicklung durch den schrumpfenden Anteil von Beitragszahlern im doppelten Maß negativ auf die Bereitstellung finanzieller Mittel aus.

Sowohl externe Faktoren, wie z.B. die Finanz- und Wirtschaftskrise der Jahre 2008 und 2009, als auch zahlreiche gesellschaftsinterne Veränderungen führen demgegenüber zu immer strikteren Budgetbegrenzungen und Sparmaßnahmen der Politik. Zu den eingeleiteten Maßnahmen zählt auch die Anpassung des Erstattungskataloges nach ökonomischen Richtlinien. Dieser Aspekt verdeutlicht an dieser Stelle bereits die Dringlichkeit, eine neue Gesundheitstechnologie nicht nur auf ihren medizinischen Nutzen und ihre Wirksamkeit zu prüfen, sondern auch die anfallenden Kosten einer Behandlung in direkten Vergleich zu alternativen Methoden zu setzen. Die aktuellen Rahmenbedingungen erfordern eine kontinuierliche Optimierung der Kosten-Nutzen-Effektivität der angebotenen und erstattungsfähigen Leistungen.

Im Rahmen dieser Arbeit werden zwei grundlegend unterschiedliche Ansätze zur Handhabung von Kosten-Nutzen-Bewertungen, anhand der kanadischen Guidelines und der deutschen Vorgaben, vorgestellt. Zur Einordnung der behandelten Thematik werden im nachfolgenden Kapitel die theoretischen Grundlagen gelegt und entspre-

¹ Vgl. Wirtschaftsverband der forschenden Pharmaunternehmen (vfa) (2009), o.S.

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2009), S. 517.

chende Begrifflichkeiten voneinander abgegrenzt. Anschließend werden die Besonderheiten des kanadischen Gesundheitssystems aufgezeigt, bevor eine ausführliche Darstellung der Handhabung gesundheitsökonomischer Evaluationen in Kanada erfolgt. Weiter wird der deutsche Ansatz der Effizienzgrenze erläutert, ehe beide Konzepte einer kritischen Würdigung unterzogen werden. Abschließend werden die zentralen Erkenntnisse noch einmal zusammengefasst und ein Ausblick auf die Entwicklung dieser wissenschaftlichen Teildisziplin gegeben.

2 Theoretische Grundlagen und Begrifflichkeiten

2.1 Relevanz der Gesundheitsökonomie und gesundheitsökonomischer Evaluationen

Im Vergleich zu Industrienationen wie den USA, Kanada oder Australien ist die Gesundheitsökonomie in Deutschland eine relativ junge Fachdisziplin und kann dabei als ein Spezialgebiet der Wirtschaftswissenschaften eingeordnet werden.³ Definitiv ist die Gesundheitsökonomie durch ihre Fokussierung der Analysen wirtschaftlicher Vorgänge im Gesundheitswesen von der Gesundheitsökonomie abzugrenzen, welche in erster Linie die Gestaltungsansätze des Gesundheitswesens charakterisiert.⁴ Von der Schulenburg beschreibt den Begriff der Gesundheitsökonomie daher als „... eine volkswirtschaftliche Disziplin, die sich der Analyse wirtschaftlicher Aspekte des Gesundheitswesens widmet. Sie verwendet dazu Methoden und Theorien aus der Ökonomie und wendet diese unter Hinzuziehung der Erkenntnisse der Medizin (Epidemiologie sowie die einzelnen Fachdisziplinen) an.“⁵

Seine Daseinsberechtigung erhält dieses Wissenschaftsgebiet aus der Tatsache, dass die öffentlichen Mittel, die für die Finanzierung des Gesundheitswesens zur Verfügung stehen, limitiert sind und eine möglichst effiziente Allokation dieser Mittel stattfinden muss. Dem gegenüber stehen die besonderen Spezifika des Gutes Gesundheit, die dazu führen, dass die Nachfrage in der Bevölkerung im Grunde unbegrenzt ist.⁶ Zu diesen besonderen Spezifika, mit denen es rational umzugehen gilt, zählt auch die erhebliche Regulierung des Gesundheitswesens durch den Gesetzgeber, bspw. in Form von Versicherungspflicht oder eines vorgeschriebenen Leistungs-

³ Vgl. Schöffski, O. (2007a), S. 6; Zdrowomyslaw, N. / Dürig, W. (1999), S. 7.

⁴ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 1.

⁵ von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 2.

⁶ Vgl. Schöffski, O. (2007a), S. 3.

kataloges.⁷ Insbesondere die asymmetrische Informationsverteilung zwischen den einzelnen Beteiligten, wie z.B. Patienten, Ärzten, Krankenkassen oder Politik, führen dazu, dass die Bildung eines natürlichen Marktmechanismus verhindert wird und übliche Effizienz- und Stabilisierungseffekte ausbleiben.⁸ Dementsprechend sind die Adressaten gesundheitsökonomischer Ergebnisse in den meisten Fällen auch Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, also Gesundheitspolitiker oder -manager.

Mit der Verabschiedung und dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbs-stärkungsgesetzes im Jahre 2007 wurde in Deutschland der rechtliche Rahmen für die breite Etablierung gesundheitsökonomischer Kosten-Nutzen-Bewertungen für Gesundheitstechnologien geschaffen.⁹ Durch höhere Selbstbeteiligungen der Patienten, sowie einen stärkeren Einbezug der entsprechenden Anspruchsgruppen, wie Ärzten oder Krankenkassen, bei der Anpassung des Erstattungskataloges und strikere Budgetbeschränkungen, sind gesundheitsökonomische Evaluationen auch für das deutsche Gesundheitssystem wichtig.¹⁰ Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiQ) wurde im Rahmen der Gesetzesänderung beauftragt, diese Studien für die Entscheidungsträger durchzuführen. Allerdings schon deutlich früher wurden die Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluationsforschung in Deutschland durch die offene Konsensgruppe „Gesundheitsökonomie“ (heute die Hannoveraner Konsens Gruppe) geprägt, die u.a. auf den „Hannover Guidelines“ der Universität Hannover aufbauen.¹¹

Im kanadischen Gesundheitssystem genießen Kosten-Nutzen-Bewertungen von Gesundheitstechnologien dagegen eine deutlich längere Tradition, ähnlich wie in anderen angelsächsischen Ländern. Der Grund dafür liegt meist im Aufbau und der Struktur der jeweiligen Gesundheitssysteme, sowie den unterschiedlichen Bestimmungen des Gesetzgebers.

2.2 Gesundheitstechnologie und medizinischer Fortschritt

Der Begriff der Technologien im Gesundheitswesen ist in seiner Bedeutung keineswegs nur auf den technischen Bereich von Medizinprodukten beschränkt, wie der Wortlaut eventuell vermuten lassen könnte. Vielmehr deckt diese Bezeichnung eine

⁷ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2004), S. 2-3.

⁸ Vgl. Schöffski, O. (2007a), S. 3-5; von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 8-10.

⁹ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 1.

¹⁰ Vgl. Schöffski, O. (2007a), S. 8.

¹¹ Vgl. Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (2007), S. 473.

ganze Reihe von Themengebieten ab.¹² So umfassen Gesundheitstechnologien Programme zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, medizinische Verfahren zur Behandlung, Medikamente, medizinisch-technische Diagnose- und Therapiegeräte, die medizinische Versorgung in alternativen Organisationsformen sowie neue Steuerungsinstrumente und Informationstechnologien.¹³ Eine grundlegende Unterteilung kann dementsprechend in die Bereiche der Medizintechnologie und der nicht-medizinischen, unterstützenden Technologie stattfinden.¹⁴

Aufgrund der beschriebenen Breite des Sektors der Gesundheitstechnologien ergibt sich für diese Branche eine außerordentliche Dynamik, die sich in kurzen Intervallen für Produktveröffentlichungen widerspiegeln.¹⁵ Je nachdem ob es sich bei den Innovationen um Fortschritte der Medizintechnik oder der Pharmakologie handelt, unterscheiden sich die Ausgangslagen in erheblichem Maße.¹⁶ Insbesondere Arzneimittel unterliegen bei ihrer Markteinführung strengen Kontrollen und Zulassungskriterien. In diesem Zusammenhang muss in klinischen Studien die Wirksamkeit und die Sicherheit des neuen Präparats sichergestellt werden. In einem zweiten Schritt können gesundheitsökonomische Studien anschließend wertvolle Antworten auf die Frage nach der Erstattungsfähigkeit des Produktes liefern.¹⁷ Im Gegensatz zu medizintechnischen Innovationen, welche im Durchschnitt nur 18-24 Monate am Markt verweilen, erstrecken sich die Produktlebenszyklen für Pharmaka mit acht bis zwölf Jahren über einen vergleichsweise langen Zeitraum.¹⁸ Ein Grund dafür sind die beachtlichen Ausgaben für Forschung und Entwicklung, die notwendig sind um ein innovatives und marktreifes Medikament zu entwickeln und inzwischen bis zu € 800 Mio. betragen können.¹⁹

Ökonomisch betrachtet, haben gesundheitstechnologische Neuerungen vor allem Auswirkungen auf den Ressourceneinsatz, also die Kosten, sowie die gesundheitlichen Ergebnisse und damit den Nutzen.²⁰ Mit 11,6 % vom Bruttoinlandsprodukt erreichten die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahre 2009 einen neuen

¹² Vgl. Reimers, L. (2009), S. 28.

¹³ Vgl. Amelung, V.-E. (2007), S. 253.

¹⁴ Vgl. Oh, Y.-S. (2009), S. 5-8.

¹⁵ Vgl. Kulp, W. (2010), S. 49.

¹⁶ Vgl. Reimers, L. (2009), S. 32.

¹⁷ Vgl. Schöffski, O. (2007a), S. 9.

¹⁸ Vgl. Kulp, W. (2010), S. 49.

¹⁹ Vgl. Reimers, L. (2009), S. 33-34.

²⁰ Vgl. Schmeinck, W. (2006), S. 226.

Höchststand.²¹ Diese Entwicklung der steigenden Gesundheitsausgaben lässt sich in den meisten Industrienationen beobachten und führt zu der Vermutung, dass der Anteil der kostspieligen neuen Behandlungsverfahren gegenüber den kostensenkenden Effekten von bspw. Prozessinnovationen überwiegt.²² Zurückzuführen ist dieser Aspekt auf das hohe Innovationsniveau, welches die Branche der Gesundheitstechnologie mittlerweile erreicht hat. In den meisten Fällen handelt es sich bei den medizinischen Innovationen um Verbesserungen inkrementeller Natur, d.h. um Weiterentwicklungen bestehender Technologien oder Produkte. Sprunginnovationen, also die Erfindung vollkommen unbekannter Neuerungen, wie bspw. die Entdeckung von Penicillin durch Alexander Fleming im Jahre 1928, sind heutzutage nur noch selten anzutreffen.²³ Dagegen ist seit geraumer Zeit ein deutlicher Anstieg sogenannter Scheininnovationen, insbesondere bei neuen Arzneimitteln, zu beobachten. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie zwar auf einem alternativen Wirkstoff aufbauen, allerdings keine therapeutischen Verbesserungen bewirken und somit für den Patienten keinen direkten Nutzen stiften. Oftmals haben solche Markteinführungen marketingorientierte Hintergründe.²⁴

3 Gegenüberstellung des kanadischen und des deutschen Kosten-Nutzen-Bewertungsprozesses für Gesundheitstechnologien

3.1 Einblick in das kanadische Gesundheitssystem und die Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)

Das kanadische Gesundheitssystem ist geprägt durch seine föderale Organisationsstruktur mit großen Entscheidungskompetenzen der zehn Provinz- und drei Gebietsverwaltungen. Mit der Verabschiedung des Canada Health Act im Jahre 1984 trat diese Form des Gesundheitssystems in Kraft und wird seitdem sowohl von privaten, als auch staatlichen Institutionen und Organisationen bereitgestellt. Die Finanzierung erfolgt in erster Linie durch zweckgebundene Steuern, welche im Rahmen des Canada Health Transfer zentralstaatlich erhoben werden. Neben der zentralstaatlichen Steuerfinanzierung existieren mit vereinzelt, durch die Provinzregierungen erhobenen, Steuern und Prämien sowie den teils nennenswerten privaten Zuzahlungen allerdings zusätzliche Einnahmequellen, was zu einer mehrschichtigen Finanzierung

²¹ Statistisches Bundesamt (2011), o.S.

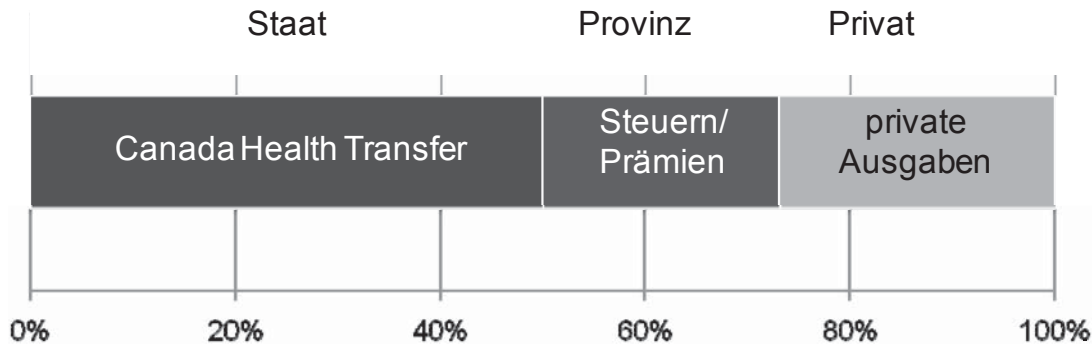
²² Vgl. Oh, Y.-S. (2009), S. 15-17.

²³ Vgl. Gibis, B. (2008), S. 41; Bowden, M. E. / Crow, A. E. / Sullivan, T. (2003), S. 73.

²⁴ Vgl. Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (2005), S.17-18.

des kanadischen Gesundheitssystems führt. Die derzeitigen Gewichtungen der genannten Finanzierungsquellen sind der folgenden Abbildung zu entnehmen.²⁵

Abbildung 1: Finanzierungsquellen des kanadischen Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung

Aufgrund seiner Allgemeingültigkeit und dem außerordentlich guten Gesundheitszustand der kanadischen Bevölkerung gilt das kanadische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich häufig als Erfolgs- und Referenzmodell.²⁶ Ein Blick auf ausgewählte Gesundheitsparameter für Kanada und die Bundesrepublik Deutschland als Referenzgröße unterstreicht diese Aussage.

Tabelle 1: Ausgewählte Gesundheitsparameter für Kanada und die BRD

	Lebenserwartung bei Geburt	Säuglingssterblichkeitsrate	Gesundheitsausgaben pro Kopf	Anteil Gesundheitsausgaben am BIP
Kanada	80,7	0,51 %	4.079 \$	11,7 %
BRD	80,0	0,39 %	3.737 \$	11,6 %

Quelle: Länderstatistik der OECD, Stand 2008

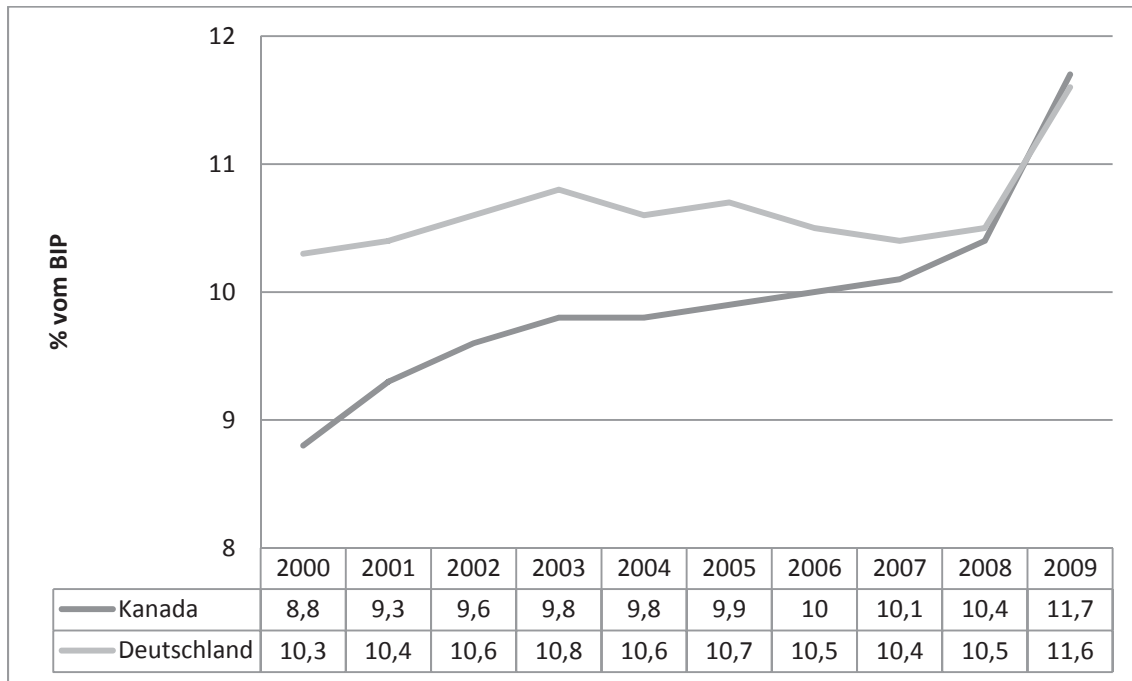
Die demografische Entwicklung der Bevölkerung und die daraus resultierenden Alterungseffekte sind analog zu den meisten Industrienationen auch in Kanada zu beobachten. Das kanadische Gesundheitssystem zeigt sich hiervon ebenso betroffen wie bspw. das Deutsche. Insbesondere bezogen auf die Wirtschaftsleistung des Landes war in den vergangenen zehn Jahren ein deutlicher Anstieg der Gesundheitsausgaben zu verzeichnen. Die folgende Abbildung macht deutlich, dass Kanada

²⁵ Vgl. Healy, P. / Pugatch, M. (2009), S. 30.

²⁶ Vgl. Klinck, O. (2007), S. 1-2.

noch stärker als Deutschland mit der Problematik steigender Gesundheitsausgaben konfrontiert ist.

Abbildung 2: Zeitliche Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Bezug zum BIP

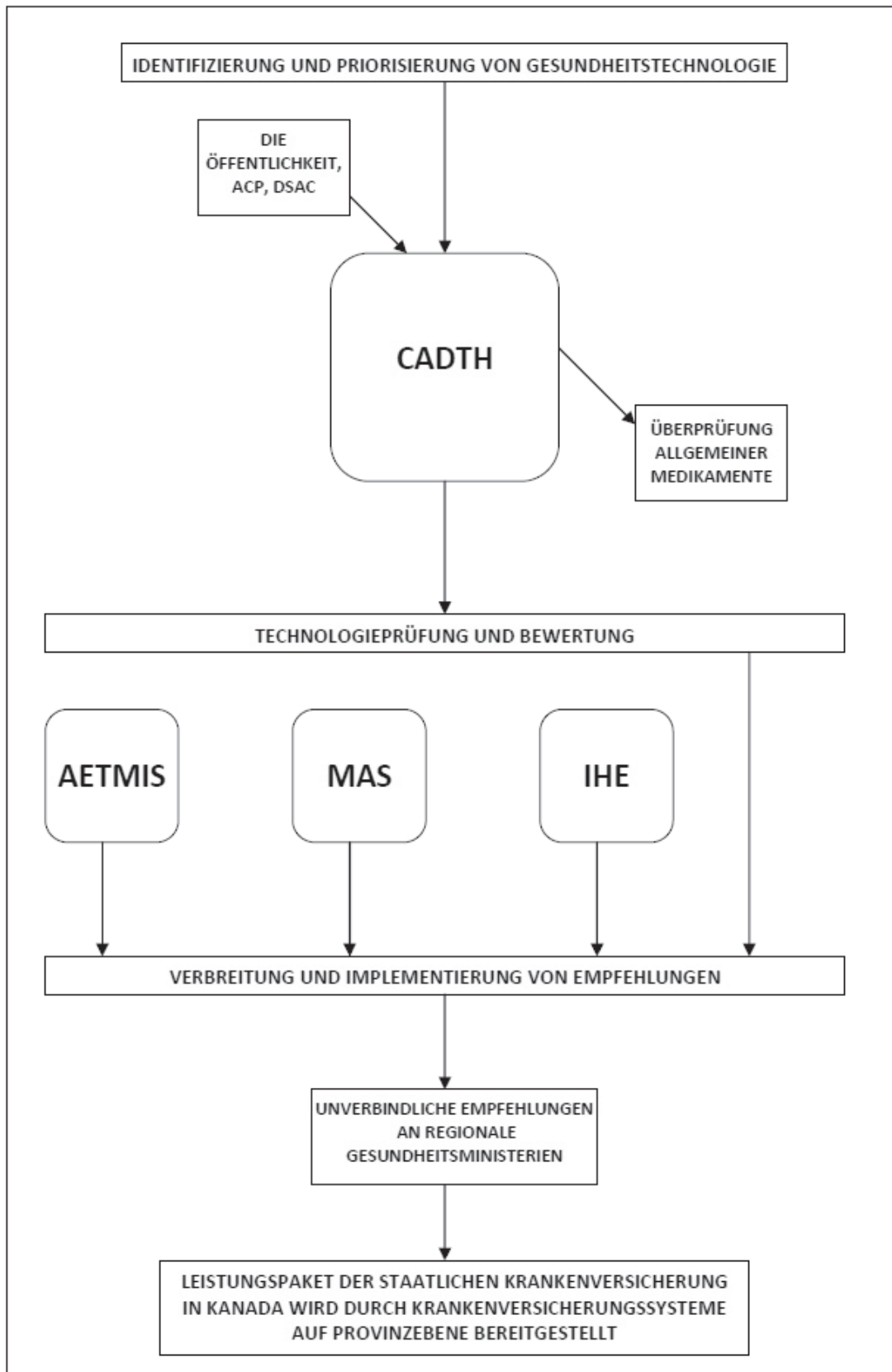


Quelle: Länderstatistik der OECD, Stand 2008

Wie in Kapitel Zwei bereits kurz erwähnt, genießen gesundheitsökonomische Evaluationen jeglicher Art eine lange Tradition in Kanada. Bis heute haben sich vier mehr oder weniger unabhängige Organisationen gebildet, die die Kosten-Nutzen-Bewertung für neue Gesundheitstechnologien durchführen oder gesundheitsökonomische Empfehlungen für die Entscheidungsträger der Provinzen aussprechen.²⁷ Die folgende Darstellung zeigt die Zusammenhänge und Einordnungen der verschiedenen Institutionen, die im kanadischen Gesundheitssystem in den Bewertungsablauf für neue Technologien involviert sind.

²⁷ Vgl. Healy, P. / Pugatch, M. (2009), S. 31-34.

Abbildung 3: Das Evaluationssystem in Kanada



Quelle: Healy, P. / Pugatch, M. (2009), S. 34.

An dieser Stelle soll mit der Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) die wichtigste und einflussreichste Institution für den Bewertungsprozess vorgestellt werden. Die CADTH ist eine unabhängige Non-Profit-Organisation, die von den verschiedenen Provinzverwaltungen ins Leben gerufen wurde. Erste Strukturen lassen sich bis in das Jahr 1989 zurückverfolgen, beziehen sich aber auf die Vorgängerorganisation CCOHTA (Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment).²⁸ Erst mit dem Inkrafttreten der Health Technology Standards 1.0 erfolgt im Jahr 2004 eine offizielle Umwandlung der Organisation in die CADTH mit dem Ziel eine gesamtkanadische Gesundheitsstrategie zu schaffen und über das HTA (Health Technology Assessment) hinaus breite Kompetenzen bei der Prüfung von Gesundheitstechnologien, sowie der Bereitstellung von Informationen für Entscheidungsträger zu entwickeln.²⁹ Heute sind drei explizite Aufgabenfelder der CADTH zu identifizieren. Zum einen überprüft sie neue Arzneimittel auf ihre Wirksamkeit und ihre Kosteneffizienz und veröffentlicht diese Liste in einem sogenannten Common Drug Review (CDR). Weiter erfolgt in HTA-Programmen die Bewertung von organisatorischen Prozessen im Gesundheitswesen, sowie von Gesundheitstechnologien. Das dritte Aufgabenfeld beinhaltet die Förderung und Aufsicht des optimalen Einsatzes von Medikamenten in der Praxis (Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service).³⁰ Bei der großen Bandbreite an zur Verfügung stehenden Methoden für die durchzuführenden Evaluationen und Kosten-Nutzen-Bewertungen, hat sich die CADTH zur Festlegung und Formulierung von Standards entschieden und diese in den Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies festgeschrieben. Bevor die Inhalte der Guidelines im folgenden Kapitel detailliert vorgestellt werden, wird zunächst genauer auf den CDR eingegangen.

Der Prüfungsprozess der Erstattungsfähigkeit neuer Arzneimittel ist in Kanada durch den CDR festgelegt. Hierbei geschieht die Prüfung in zwei wesentlichen Schritten. So wird zunächst die klinische Evidenz des neuen Medikaments geprüft, indem umfangreiche Recherchen klinischer Studien angestellt, patientengestützte Informationen zusammengetragen und gesundheitsökonomische Evaluationen analysiert werden. In einem zweiten Schritt fällt das Canadian Expert Drug Advisory Committee (CEDAC) die Entscheidung darüber, ob und wie das Medikament auf die erstattungs-

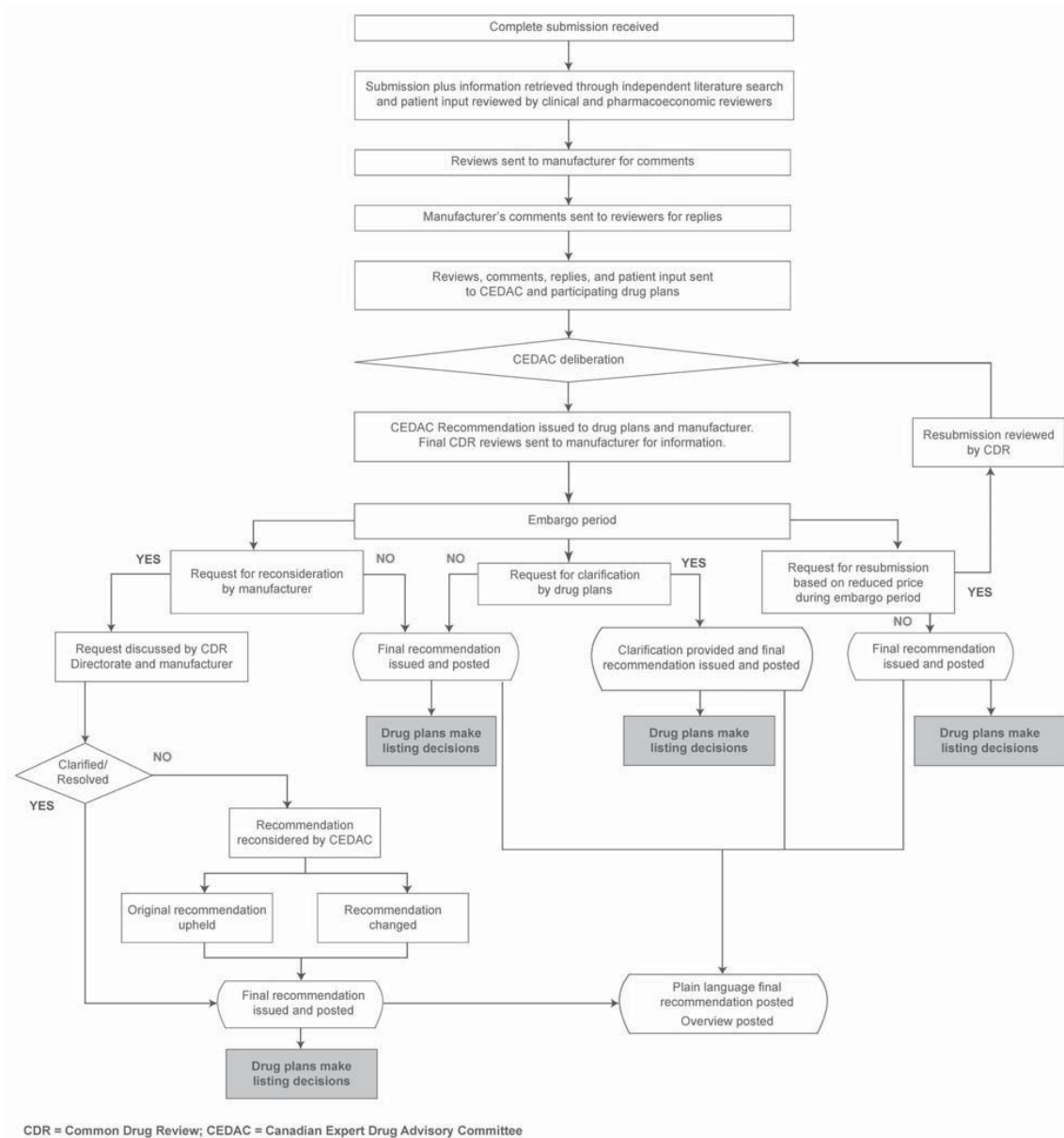
²⁸ Vgl. International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (o.J.), o.S.

²⁹ Vgl. Healy, P. / Pugatch, M. (2009), S. 31.

³⁰ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (o.J.), o.S.; International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (o.J.), o.S.

fähige Positivliste aufgenommen wird und unter welchen Kostenbedingungen dies geschehen kann. Das Pharmaunternehmen kann in diesem Prozess mehrfach Einfluss auf die Entscheidung des CEDAC nehmen, indem es bspw. eigene gesundheitsökonomische Studien einreicht, die Bewertung anzweifelt und eine erneute Prüfung beantragt oder preispolitische Anpassungen vornimmt.³¹ Der Gesamtprozess der Prüfung des CDR ist nachfolgend dargestellt.

Abbildung 4: Prozessschema des CDR



Quelle: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2010), S. 3.

³¹ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2010), S. 3.

3.2 Der kanadische Bewertungsansatz nach den Guidelines der CADTH

3.2.1 Die Perspektive

Entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Evaluation hat die eingenommene Perspektive. Hierbei besteht generell die Möglichkeit der Wahl einer weiten, gesamtgesellschaftlichen Betrachtungsperspektive oder einer engeren Perspektive für eine bestimmte Anspruchsgruppe.³² Je nach Wahl des Standpunktes werden unterschiedliche Kosten- und Nutzenkomponenten berücksichtigt. Die umfassendste Variante ist dabei die gesellschaftliche oder auch soziale Perspektive, welche alle Kosten und Effekte in die Analyse einbezieht, unabhängig davon an welcher Stelle des Systems die Kosten anfallen.³³ Die CADTH geht in ihren Guidelines allerdings von einer etwas engeren Kostenbetrachtung aus und legt ihren Fokus auf die Perspektive des öffentlich finanzierten Gesundheitswesens.³⁴ Im Unterschied zur gesellschaftlichen Betrachtung werden hierbei keine Produktivitätskosten (bspw. für Produktivitätsausfall eines Patienten) sowie keine Kosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes (z.B. Sozialleistungen für Haushaltshilfen oder mobile Mahlzeiten) berücksichtigt.³⁵

Bei Gesundheitstechnologien, deren Bewertung den Einbezug dieser Kosten allerdings erfordern, kann eine Erweiterung der Perspektive vorgenommen werden. Diese alternative Berechnung wird in den jeweiligen Fällen aber separat durchgeführt und dokumentiert und fließt zu einem späteren Zeitpunkt in Form einer Sensitivitätsanalyse in die Bewertung ein.³⁶

3.2.2 Komparatoren

Um über das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer neuen Therapie oder eines neuen Medikaments hilfreiche Aussagen treffen zu können, ist es von Bedeutung über eine oder mehrere passende Vergleichsalternativen, einem sogenannten Komparator, zu verfügen. Denn nur im direkten Vergleich der Kosten-Nutzen-Relationen können die Unterschiede und ihre Dimensionen erkannt werden.³⁷ Im Hannoveraner Konsens werden für die Auswahl des entsprechenden Komparators verschiedene Möglichkeiten angeführt. Grundsätzlich besteht dabei die Option, den Vergleich mit der am häu-

³² Vgl. Greiner, W. / Schöffski, O. (2007), S. 168.

³³ Vgl. Amelung, V.-E. (2007), S. 254-255.

³⁴ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 18.

³⁵ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 19.

³⁶ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 18.

³⁷ Vgl. Greiner, W. / Schöffski, O. (2007), S. 170-171; Busse, R. (2008), S. 206.

figsten angewendeten, der klinisch wirksamsten oder der Handlungsalternative vorzunehmen, die am kosteneffektivsten ist.³⁸ Unter Umständen kann auch die Null-Alternative, also der Verzicht auf eine Behandlung, als Komparator herangezogen werden.³⁹

Die Guidelines der CADTH sehen an dieser Stelle eine ähnliche Regelung vor. Als Ausgangssituation und somit als Standardvergleich gilt die Alternative, die im klinischen Alltag am häufigsten bei Patienten angewendet bzw. verwendet wird („Usual care“). Verglichen wird in der Regel also mit der Technologie, die in der Praxis am wahrscheinlichsten durch die neue Alternative ersetzt werden würde.⁴⁰ Allerdings wird des Weiteren zwischen Komparatoren für den medizintechnischen Bereich und Arzneimittel unterschieden. Um bspw. eine zu niedrige Einstufung einer neuen Medizintechnik zu verhindern, kann diese mit einer zukünftig relevant werdenden Alternative verglichen werden (bspw. bei bevorstehendem Auslaufen eines Patents). Die oben beschriebene Null-Alternative, sowie „beobachtendes Warten“, werden ebenfalls nicht als mögliche Komparatoren ausgeschlossen. Für Medikamente können nach den Guidelines der CADTH generell alle alternativen Medikamente als Vergleichsobjekt dienen, die in ihrer chemischen Wirkzusammensetzung starke Ähnlichkeiten zum bewertenden Arzneimittel aufweisen.⁴¹

3.2.3 Die Datengrundlage

Die Basis einer jeden gesundheitsökonomischen Evaluation bilden die Ursprungsdaten, die den relevanten Studien zur Wirksamkeit oder Kostenentwicklung einer Gesundheitstechnologie zugrunde liegen. Die Qualität dieser Daten zeichnet sich durch ihre Validität aus, d.h. wie exakt die Studie in der Lage ist, die realen Bedingungen abzubilden.⁴² In diesem Zusammenhang bürgen sogenannte „randomized controlled trials“ (RCT's) das größte Erfolgspotenzial, da sie die den Einfluss verzerrender Faktoren möglichst gering halten und somit genauere Aussagen, z.B. zu der Wirksamkeit eines neuen Präparats, zulassen.⁴³ Diese Studienart verfügt demnach auch über den höchsten Evidenzgrad.⁴⁴ Allerdings werden durch die strikte Festle-

³⁸ Vgl. Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (2007), S. 481.

³⁹ Vgl. Greiner, W. / Schöffski, O. (2007), S. 171.

⁴⁰ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 17.

⁴¹ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 18.

⁴² Vgl. Droste, S. (2008), S. 101.

⁴³ Vgl. Droste, S. (2008), S. 101; Drummond, M.F. / Sculpher, M.J. / Torrance, G.W. et. al. (2005), S. 247.

⁴⁴ Vgl. Greiner, W. (2007a), S. 448.

gung der Studienbedingungen und des Studienumfeldes auch zahlreiche Faktoren ausgeschlossen, die nur im Alltag auftauchen oder starken Einfluss auf das subjektive Empfinden eines Patienten haben können.⁴⁵ Alternativen können Kohortenstudien sein, die gegenüber den RCT's kostengünstiger und in der Regel nicht so aufwändig sind.⁴⁶

In den Guidelines der CADTH erfolgt bzgl. der Datengrundlage eine Unterscheidung zwischen der Evaluation von Arzneimitteln und Medizintechniken. Für erstere gilt das Gebot der bestmöglichen Evidenz. Dies bedeutet, dass neue Medikamente möglichst mit Hilfe von Studien bewertet werden, die über den oben beschriebenen RCT-Standard verfügen. Jedoch können diese Qualitätsstandards leicht gelockert werden, falls keine entsprechenden Studien verfügbar sind. Im Hinblick auf die Datengrundlage für die Evaluation von Medizintechnologien werden in den Guidelines die niedrigeren Zulassungshürden und somit die meist geringere Qualität der durchgeführten Studien in diesem Bereich berücksichtigt. Demnach sind RCT's hierbei eher die Seltenheit.⁴⁷

3.2.4 Die Nutzenbewertung

Die Erfassung des zusätzlichen Nutzens einer Gesundheitstechnologie bildet die zentrale Aufgabenstellung einer Evaluation. Im Gesundheitswesen kann der Nutzen allerdings in verschiedenen Formen definiert werden. So zählen neben dem direkten, patientenorientierten Nutzen, in Form von positiven Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Patienten, auch Einsparungen bei den anfallenden Kosten der Behandlung zu den möglichen Erscheinungsformen des Nutzens.⁴⁸ Auf die Kostenkomponente des Nutzens wird jedoch erst im nachfolgenden Abschnitt genauer eingegangen.

Aber auch aus medizinischer Sicht sind unterschiedliche Effekte denkbar, so z.B. verringerte Mortalität oder Morbidität, die Senkung von schwerwiegenden Nebenwirkungen eines Medikamentes oder die Steigerung der Lebensqualität in Form von Schmerzreduzierungen.⁴⁹ Um trotz der mehrdimensionalen Struktur des Nutzens vergleichende Aussagen über den Effekt von Gesundheitstechnologien treffen zu

⁴⁵ Vgl. Drummond, M.F. / Sculpher, M.J. / Torrance, G.W. et. al. (2005), S. 249; Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 20.

⁴⁶ Vgl. Kulp, W. (2010), S. 117-118.

⁴⁷ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 20.

⁴⁸ Vgl. Greiner, W. (2007b), S. 61-62.

⁴⁹ Vgl. Foos, V. / Repschläger, U. / Riedel, R. (2010), S. 67.

können, verwenden die meisten Institutionen im Rahmen ihrer Kosten-Nutzwert-Analysen sogenannte Quality-Adjusted Life Years (QALY) als Ergebnisparameter.⁵⁰ Das QALY-Konzept basiert dabei auf der Annahme, dass sich der medizinische Effekt einer Gesundheitstechnologie durch zwei Dimensionen messen lässt. Zum einen, ob sie in der Lage ist, die Lebenserwartung eines Patienten zu erhöhen und zum anderen, ob sie die subjektive Lebensqualität des Patienten positiv beeinflussen kann.⁵¹ Die Lebensqualität ist zwischen Null und Eins normiert, wobei Null gleichbedeutend mit dem Tod ist und Eins für perfekte Gesundheit steht.^{52,53} Durch Multiplizieren der gewonnenen Lebenserwartung mit der Veränderung der Lebensqualität erhält man den QALY-Wert. Alternativ werden in manchen Evaluationen auch Disability-Adjusted Life Years (DALY), Healthy Year Equivalents (HYE) oder Saved Young Life Equivalents (SAVE) als Ergebnisparameter verwendet.⁵⁴

Das QALY-Konzept wird aufgrund seiner Klarheit und seiner einfachen Anwendungsmöglichkeiten auch von der CADTH als primäres Outcome-Maß empfohlen. Insbesondere die Messung der Lebensqualität eines Individuums wird in den kanadischen Guidelines detailliert beschrieben und eingegrenzt.⁵⁵ Demnach können diese Nutzwerte direkt oder indirekt ermittelt werden.⁵⁶ Als direkte Messmethoden stehen das Standard Gamble-, sowie das Time-Trade-Off-Verfahren und visuelle Analogskalen zur Verfügung, wobei das Standard Gamble-Verfahren nach den Guidelines zu präferieren ist. Seitens der indirekten Messung können der Health Utility Index, EQ-5D der EuroQol-Gruppe, SF-6D und 15D verwendet werden.⁵⁷

Für den Fall der Durchführung einer Kosten-Nutzen-Analyse verweist die CADTH in ihren Guidelines auf die Verwendung des Willingness-to-Pay-Ansatzes. Insbesondere die Contingent Valuation Method (CVM), sowie die Conjoint-Analyse werden hierbei angeführt. Allerdings sollten Kosten-Nutzen-Analysen und die Verwendung der beiden genannten Instrumente eher die Seltenheit bleiben, da hierzu noch zu wenig

⁵⁰ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2004), S. 22.

⁵¹ Vgl. Schöffski, O. / Greiner, W. (2007), S. 97.

⁵² Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass theoretisch auch negative Werte denkbar sind. Ein Beispiel dafür sind schmerzintensive Krankheiten, die die Lebensqualität in dem Maße beeinträchtigen, dass sie als Zustand „schlechter als der Tod“ eingestuft werden.

⁵³ Vgl. Drummond, M.F. / Sculpher, M.J. / Torrance, G.W. et. al. (2005), S.175.

⁵⁴ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2004), S. 25-26; Busse, R. (2008), S. 212.

⁵⁵ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 26.

⁵⁶ Vgl. Busse, R. (2008), S. 212.

⁵⁷ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 26-27.

fundiertes Wissen vorliegt. Andernfalls müssten die Ergebnisse mittels einer Sensitivitätsanalyse validiert und getestet werden.⁵⁸

3.2.5 Die Kostenerfassung und -bewertung

Die Frage, welche Kosten in die Evaluation einfließen ist eine Grundsatzentscheidung und beeinflusst das spätere Ergebnis in erheblichem Maße. Generell kann im gesundheitsökonomischen Bereich zwischen indirekten und direkten Kosten, sowie medizinischen und nicht-medizinischen Kosten differenziert werden.⁵⁹ Direkte Kosten lassen sich unmittelbar der medizinischen Leistung zurechnen, die für den Ressourcenverzehr verantwortlich ist.⁶⁰ Indirekte Kosten entstehen dagegen durch die Kostenbetrachtung aus der volkswirtschaftlichen Perspektive. So werden bspw. in Form des Humankapitalansatzes die entstehenden Produktivitätsverluste erfasst, die durch den Arbeitsausfall eines Patienten entstehen.^{61,62} Welche Kosten in welchem Maße in die Kostenkalkulation einbezogen werden, hängt außerdem entscheidend von der gewählten Perspektive der Evaluation ab.⁶³ Generell wird aber angestrebt, alle relevanten, entstehenden Kosten sowie die monetären Entlastungen der Kostenträger durch, bspw. neue Behandlungsmethoden, zu erfassen.

Die Guidelines der CADTH gehen bzgl. der Kostenerfassung von der Grundperspektive des öffentlichen Sektors aus und verweisen darauf, dass alle relevanten gegenwärtigen, sowie zukünftigen Kosten einer medizinischen Intervention einbezogen werden sollten.⁶⁴ Kosten, die nur geringen Einfluss auf das Gesamtergebnis haben, sollten in der Kalkulation keine Berücksichtigung finden, später aber im Rahmen von Sensitivitätsanalysen auftauchen. Die Entscheidung, welche Kostenmethode angewendet werden sollte, lässt die CADTH offen. Sowohl der Grosscosting-Ansatz (Top-

⁵⁸ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 28.

⁵⁹ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 212.

⁶⁰ Vgl. Greiner, W. (2007), S. 53.

⁶¹ Der Humankapitalansatz ist in der Praxis am weitesten verbreitet. Er zeichnet sich dadurch aus, dass die anfallenden Kosten des Produktivitätsausfalls eines Patienten im Falle seines Todes bis zum statistisch erwarteten Lebensende aufsummiert werden. Diese Annahme ist allerdings in den meisten Fällen unrealistisch, da die anfallende Arbeit in der Regel von Kollegen übernommen wird, bzw. bei längerfristigen Ausfällen zeitnah Ersatz für den ausgefallenen Mitarbeiter gesucht wird. Somit liefert der Humankapitalansatz tendenziell überhöhte Ergebnisse für den Produktionsausfall. Ein alternativer Ansatz, der dieser Problematik Rechnung trägt, ist der Friktionskostenansatz. Hierbei wird als Obergrenze für den Zeitraum der Produktivitätsverluste die Dauer der durchschnittlichen Vakanz einer unbesetzten Stelle angesetzt (vgl. Greiner, W. (2007), S. 55-58).

⁶² Vgl. Greiner, W. (2007), S. 55-56; Drummond, M.F. / Sculpher, M.J. / Torrance, G.W. et. al. (2005), S. 24.

⁶³ Vgl. Foos, V. / Repschläger, U. / Riedel, R. (2010), S. 66.

⁶⁴ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 28.

down), als auch der Micro-Costing-Ansatz (Bottom-up) dürfen mit entsprechender Begründung eingesetzt werden.⁶⁵

Die Bewertung der verbrauchten Ressourcen erfolgt nach dem Opportunitätskosten-Prinzip, d.h. zu diesem Zweck wird der Wert der besten, bekannten Alternative veranschlagt. Soweit möglich, sollten hierfür aktuelle Marktpreise verwendet werden.⁶⁶ Der Einbezug indirekter Kosten erfolgt in den kanadischen Guidelines durch eine Differenzierung zwischen bezahlter Arbeit, unbezahlter Arbeit und Freizeit, wobei der Fokus der Bewertung auf der Quantifizierung der Kosten für den Ausfall bezahlter Arbeit liegt. Die beiden oben vorgestellten Ansätze zur Messung des Produktivitätsausfalls, also der Humankapitalansatz, sowie der Friktionskostenansatz, werden auch in den Guidelines als mögliche Instrumente angeführt. Aufgrund der genannten spezifischen Vor- und Nachteile wird für die Bewertung von längeren Ausfallzeiten (d.h. lange Rehabilitationszeit, Erwerbsunfähigkeit oder Tod) der Friktionskostenansatz bevorzugt.⁶⁷

Als primärer Output der am häufigsten verwendeten Kosten-Effektivitäts-Analyse sollte die ICER für die Evaluation herangezogen werden.⁶⁸ Die Möglichkeiten, welche durch die Verwendung dieser Entscheidungsgröße entstehen, werden im nachfolgenden Abschnitt behandelt.

3.2.6 Umgang mit ICER-Schwellenwerten und Unsicherheiten

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Verbindung der beiden beschriebenen Elemente Kosten und Nutzen. Die Beziehung zwischen dem Effekt, bzw. der Wirksamkeit einer Gesundheitstechnologie und den Kosten, die ihre Anwendung verursacht, lässt sich am einfachsten in einem Kosten-Effektivitäts-Diagramm darstellen. Auf diese Weise werden die beiden Parameter Kosten und medizinisches Ergebnis einer Gesundheitstechnologie mit einer relevanten Alternative verglichen.⁶⁹ Folgende Abbildung zeigt eine beispielhafte Darstellung.

⁶⁵ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 29.

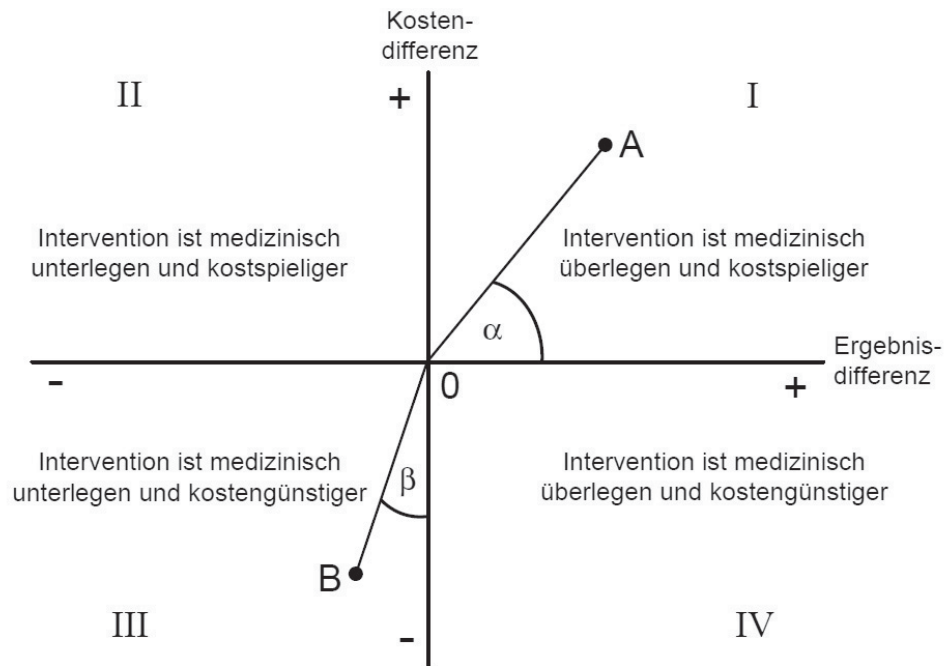
⁶⁶ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 29-30.

⁶⁷ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 30-31.

⁶⁸ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 14.

⁶⁹ Vgl. Drummond, M.F. / Sculpher, M.J. / Torrance, G.W. et. al. (2005), S. 40.

Abbildung 5: Das Kosten-Effektivitäts-Diagramm



Quelle: Schöffski, O. (2007b), S. 77.

Dabei sind die ökonomischen Entscheidungen für die Quadranten II und IV eindeutig. Die beiden Quadranten I und III lassen dagegen keinen sofortigen Schluss zu und bedürfen einer genaueren Betrachtung.^{70,71} Neben der einfachen Gegenüberstellung von Kosten und Effektivität kommt in der Praxis mit der natürlichen Budgetbeschränkung der Gesundheitssysteme ein zusätzlicher Parameter hinzu, der zu berücksichtigen ist. In diesem Fall kann die Berechnung eines sogenannten inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Verhältnisses (Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER) aufschlussreiche Ergebnisse liefern. Dieses ergibt sich als Quotient aus der Kostendifferenz und der Effektivitätsdifferenz der beiden Behandlungsalternativen.⁷²

$$ICER = \frac{Kosten_{neu} - Kosten_{alt}}{Effekt_{neu} - Effekt_{alt}}$$

Insbesondere im Rahmen des Schwellenwertkonzeptes kommt diese Analyseform zur Anwendung, da aus der oberen Rechnung ein Schattenpreis resultiert, „... der für

⁷⁰ Drummond, M.F. / Sculpher, M.J. / Torrance, G.W. et. al. (2005), S. 40.

⁷¹ Wobei hier zu berücksichtigen ist, dass die deutsche Gesetzgebung vorsieht, dass ein einmal erreichter medizinischer Status nicht mehr unterschritten werden darf (s. Quadrant III)

⁷² Vgl. Schöffski, O. / Schumann, A. (2007), S. 150-151; Foos, V. / Repschläger, U. / Riedel, R. (2010), S. 21-22.

die Gesellschaft die maximale Zahlungsbereitschaft darstellt und den akzeptablen Preis pro Einheit Effektivität bezeichnet.“⁷³

Durch die Berechnung eines inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Verhältnisses lassen sich unter Berücksichtigung der Budgetrestriktion kritische Grenzbereiche identifizieren, aus denen sich Aussagen zur gerechten Allokation und zur Erstattungsfähigkeit einer Leistung im Vergleich zu einer alternativen Leistung ableiten lassen.⁷⁴ Die Entscheidung welche Mittel die Gesellschaft für einen zusätzlich generierten QALY aufwenden möchte, kann sich dann an diesem Schwellenwert orientieren. Zu unterscheiden sind in diesem Zusammenhang harte und weiche Schwellenwerte. Ein harter Schwellenwert zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Allokation der Leistung strikt nach diesem festgeschriebenen Wert richtet und keinen Raum für Interpretation oder Ausnahmeregelungen bietet, somit also eine explizite Verwendung des Wertes vorsieht. Ein weicher Schwellenwert dagegen beinhaltet die Betrachtung des individuellen Nutzens (Extra-Wohlfahrtstheorie) und fungiert in dieser Form nur als Richtwert.⁷⁵

In der Praxis fehlen allerdings in den meisten Fällen klare Angaben zur Höhe und Anwendung von Schwellenwerten. Der Grund hierfür liegt vor allem in der politischen und ethischen Brisanz dieses Themas und der damit verbundenen Debatte.⁷⁶ Ein relativ klares Bekenntnis zur Anwendung eines expliziten Schwellenwertes liegt lediglich in Großbritannien vor, wo ein Intervall von £ 20.000 bis £ 30.000 pro zusätzliches QALY als Grenzwertbereich zur Anwendung kommt. In Australien lässt die Tatsache, dass 82 % der Behandlungen mit einer ICER von mehr als \$ 52.400 pro zusätzliches QALY abgelehnt wurden, die Vermutung zu, dass das Grenzintervall hier zwischen \$ 40.000 und \$ 50.000 liegt.⁷⁷ In anderen Ländern, wie z.B. auch Kanada, gibt es ebenfalls nur ähnliche Vermutungen zu intern angewandten weichen Schwellenwerten, die sich oftmals an das Modell des britischen NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) orientieren.

Auch der Umgang mit Unsicherheiten spielt im Rahmen von gesundheitsökonomischen Evaluationen eine wichtige Rolle. Bei der Vielzahl an Modellierungen und

⁷³ Schöffski, O. / Schumann, A. (2007), S. 151.

⁷⁴ Vgl. Schöffski, O. / Schumann, A. (2007), S. 141.

⁷⁵ Vgl. Kulp, W. (2010), S. 84-85; Schöffski, O. / Schumann, A. (2007), S. 141-142.

⁷⁶ Vgl. Schöffski, O. / Schumann, A. (2007), S. 139-140.

⁷⁷ Vgl. Miller, B. (2009), o.S.

Grundannahmen ist das Auftreten zahlreicher variabler Faktoren nur eine logische Konsequenz.⁷⁸ Ein entsprechendes Instrument, auf welches auch in den Guidelines der CADTH häufig verwiesen wird, ist die Sensitivitätsanalyse. Je nachdem ob es sich um Variabilität oder um modellspezifische Unsicherheiten handelt, werden deterministische oder probabilistische Sensitivitätsanalysen empfohlen.⁷⁹

3.2.7 Festlegung des zeitlichen Rahmens und der Diskontierung

Zwischen den unterschiedlichen Gesundheitstechnologien bestehen teils immense Unterschiede in Bezug auf die zeitliche Komponente. Der erforderliche Zeitraum für die Kosten- und Nutzenerfassung sollte nach den kanadischen Vorgaben gerade lang genug sein, um alle relevanten Effekte und Ressourcenverbräuche für den Vergleich zu berücksichtigen. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen kann es dabei sinnvoll sein, den Zeithorizont auf die gesamte Lebenszeit des Patienten zu erweitern.⁸⁰

Mit der Wahl eines passenden Zeithorizonts geht auch die Frage nach einem geeigneten Diskontierungsfaktors einher. Dabei steht nicht etwa eine Inflationsbereinigung im Vordergrund, sondern die Berücksichtigung der unterschiedlichen Zeitpunkte der anfallenden Kosten- und Nutzenkomponenten und somit die Möglichkeit der Vergleichbarkeit.⁸¹ Die CADTH setzt den standardmäßigen Diskontierungssatz auf 5 % fest. Des Weiteren wird vermerkt, dass jede Berechnung parallel auch mit einem Diskontierungssatz von 0 % durchgeführt werden sollte, um den Zinseffekt sichtbar zu machen.⁸² Zur Einordnung, eine Diskontierung mit 5 % entspricht dem internationalen Standard, der bspw. auch in Australien oder in der Provinz Ontario Anwendung findet.⁸³

3.3 Der Kosten-Nutzen-Bewertungsprozess für das deutsche Gesundheitswesen nach den Vorgaben des IQWiG

3.3.1 Allgemeines und Wahl der Perspektive

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Wettbewerbsstärkung der GKV wurde das IQWiG nach Zuweisung durch den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) mit der

⁷⁸ Vgl. Greiner, W. / Schöffski, O. (2007), S. 185.

⁷⁹ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 33-34.

⁸⁰ Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 23.

⁸¹ Vgl. Greiner, W. / Schöffski, O. (2007), S. 178.

⁸² Vgl. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2006), S. 32.

⁸³ Vgl. Greiner, W. / Schöffski, O. (2007), S. 179.

Durchführung der gesundheitsökonomischen Evaluationen in Deutschland beauftragt.⁸⁴ Im Jahr 2009 veröffentlichte das Institut dazu ein entsprechendes Methodenpapier, das den Prozess der Kosten-Nutzen-Bewertung für Gesundheitstechnologien detailliert beschreibt. Zur Anwendung kommt eine zweistufige Bewertungsmethodik, indem zunächst eine reine Nutzenbewertung erfolgt, bevor in einem zweiten Schritt die Kostenkomponente in der Kosten-Nutzen-Bewertung mit einbezogen wird. Eine besondere Relevanz erfährt vor allem die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel mit dem Start des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG). Demnach orientiert sich die Preisgestaltung dieser neuen Medikamente in der Zukunft direkt an dem Zusatznutzen, der im Vergleich zu einer oder mehrerer Alternativindikationen generiert wird.⁸⁵ Als Zusatznutzen wird in diesem Zusammenhang die Verbesserung von patientenorientierten Krankheitsparametern oder eine Verringerung des behandlungsspezifischen Schadens (z.B. Nebenwirkungen) definiert.⁸⁶

Bei der Bewertung wird stets die Perspektive der Versichertengemeinschaft der GKV eingenommen. Demnach fließen in erster Linie patientenrelevante Nutzenaspekte und erstattungsfähige, direkte Kostenelemente der GKV in die gesundheitsökonomische Bewertung ein.⁸⁷ Diese Abweichung von der international häufig angestrebten gesellschaftlichen Perspektive ist der spezifischen Struktur des deutschen Gesundheitssystems, sowie der deutschen Gesetzeslage (§ 35b (1) SGB V) geschuldet.⁸⁸

3.3.2 Die Kostenerfassung und -bewertung

Nach den Vorgaben des IQWiG werden primär direkte Kosten für die Kostenerfassung berücksichtigt. Erst in einem erweiterten Ansatz werden mittels Humankapitalansatz auch indirekte Kosten, wie z.B. der Produktivitätsausfall, einbezogen, ausgenommen Ausfälle in Folge eines Todesfalles.⁸⁹ Nur wenn die Krankheit einen ungewöhnlich starken Einfluss auf die langfristige Produktivität eines Individuums hat, ist die Berücksichtigung von indirekten Kosten im deutschen Bewertungsansatz vorgesehen. Eine individuelle Betrachtung ist dementsprechend erforderlich. Bei der Frage nach der Identifizierung, der Mengenerfassung und der Bewertung der relevanten Kosten unterscheidet sich der deutsche Ansatz kaum von der bereits vorgestellten

⁸⁴ Vgl. Schwalm, A. / Danner, M. / Seidl, A. et. al. (2010), S. 615.

⁸⁵ Vgl. Reisdorf, S. (2011), S. 3-8.

⁸⁶ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 16.

⁸⁷ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 3.

⁸⁸ Vgl. Foos, V. / Repschläger, U. / Riedel, R. (2010), S. 81.

⁸⁹ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 21.

kanadischen Vorgehensweise. Das IQWiG empfiehlt darüber hinaus den Einbezug entsprechender Fachexperten, um die verbrauchten Ressourcenarten korrekt zu identifizieren. Die Quelle der benötigten Daten ist dabei vielseitig. So liefern u.a. Krankenhausentlassungsdaten, medizinische Leitlinien oder verschiedene Datenbanken der Kostenträger wertvolle Informationen für diesen Prozess. Die Bewertung des Ressourcenverbrauchs beinhaltet ebenfalls gewissen Spielraum. So kann mit entsprechender Begründung sowohl auf aggregierter Ebene mit dem Macro-Costing-Ansatz, als auch auf disaggregierter Patientenebene mit dem Micro-Costing-Ansatz zur Anwendung kommen.⁹⁰ Der angewandte Diskontierungssatz beträgt sowohl für alle relevanten Kosten-, als auch Nutzenkomponenten 3 % und ist damit im internationalen Vergleich relativ niedrig festgelegt. Im Rahmen von Sensitivitätsanalysen werden in diesem Zusammenhang allerdings ebenfalls verschiedene alternative Diskontierungssätze verwendet, um das Verhalten von Variabilität und Unsicherheit besser prognostizieren zu können.⁹¹

3.3.3 Die Nutzenerfassung und -bewertung

Als Nutzenkomponente, bzw. sogenannte Effektivwerte fließen Mortalität, Morbidität und gesundheitsbezogene Lebensqualität in die Evaluation ein.⁹² Das international weit verbreitete QALY-Konzept wird dagegen vom IQWiG eher kritisch beurteilt, da die Kosten-Nutzen-Bewertungen in Deutschland primär mit Blick auf ein definiertes Indikationsgebiet erfolgen und nicht über das gesamte Gesundheitssystem hinweg.⁹³ Diese Tatsache ist in erster Linie auf die deutsche Gesetzgebung zurückzuführen, die bspw. besagt, dass das medizinisch Notwendige aus Kostengründen keinesfalls ausgeschlossen werden darf (§ 12 SGB V).⁹⁴ Einen entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Bewertung hat dabei die Wahl der Komparatoren. Als Komparatoren werden nach den Vorgaben des IQWiG alle relevanten Alternativbehandlungen eines Indikationsgebietes definiert, die zur Erstellung der Effizienzgrenze dienen können. Es wird dabei angestrebt für die beiden genannten Schritte des Bewertungsverfahrens identische Komparatoren zu verwenden.⁹⁵

⁹⁰ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 22-24.

⁹¹ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 36.

⁹² Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 18.

⁹³ Vgl. Foos, V. / Repschläger, U. / Riedel, R. (2010), S. 79-80.

⁹⁴ Vgl. Schwalm, A. / Danner, M. / Seidl, A. et. al. (2010), S. 619.

⁹⁵ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 15-16.

Die zugrunde gelegten Daten der Nutzenbewertung sollten, wie bereits bei der kanadischen Methodik beschrieben, auch nach den Vorgaben des IQWiG auf Studien mit RCT-Standard basieren. Um Vergleiche zwischen den relevanten RCT-Studien anzustellen, kann auf spezielle Meta-Analysen zurückgegriffen werden. In diesem Zusammenhang können auch indirekte Vergleiche aus diesen Studien berücksichtigt werden, wenn sie valide Ergebnisse vermuten lassen.⁹⁶ Da RCTs in der Regel nicht alle relevanten klinischen Daten oder Kosteneffekte für den gewünschten Zeitraum beinhalten, sind Modellierungen ein erforderliches Instrument, um Aussagen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis treffen zu können. Dabei wird in einem ersten Schritt zunächst ein Modell für den untersuchten Zeitraum der RCT-Studie entwickelt, bevor anschließend auch Modellprognosen für längere Zeiträume erstellt wurden.⁹⁷

Aufgrund des weitestgehenden Verzichts auf eindimensionale Nutzenparameter wie bspw. den QALY findet das Schwellenwertkonzept im deutschen Gesundheitswesen auch keine Anwendung. Als ein mögliches Entscheidungskriterium dient dagegen die sogenannte Effizienzgrenze, die nachfolgend erläutert wird.

3.3.4 Das Konzept der Effizienzgrenze

Die Methode der Effizienzgrenze ist eine grafische Lösung der Gegenüberstellung vergleichbarer Behandlungsalternativen bzgl. ihres Kosten-Nutzen-Verhältnisses.⁹⁸ Das Ziel dieses Verfahrens liegt darin, Aussagen und Empfehlungen zu Höchstbeiträgen einzelner Gesundheitstechnologien zu treffen bzw. abzugeben. Dabei gilt es das Indikationsgebiet, welchem z.B. eine neue, zu bewertende Intervention angehört, klar zu definieren und damit eine Auswahl relevanter Alternativen zu treffen. Die verschiedenen Interventionen werden in der Folge, je nach Kosten-Nutzen-Relation, in ein Koordinatensystem eingetragen, auf dessen Abszisse die Kosten und auf dessen Ordinate der Nutzen abgetragen werden. Die Therapieoptionen mit der besten Kosten-Nutzen-Kombination werden anschließend miteinander verbunden, ausgehend vom Ursprungspunkt.⁹⁹

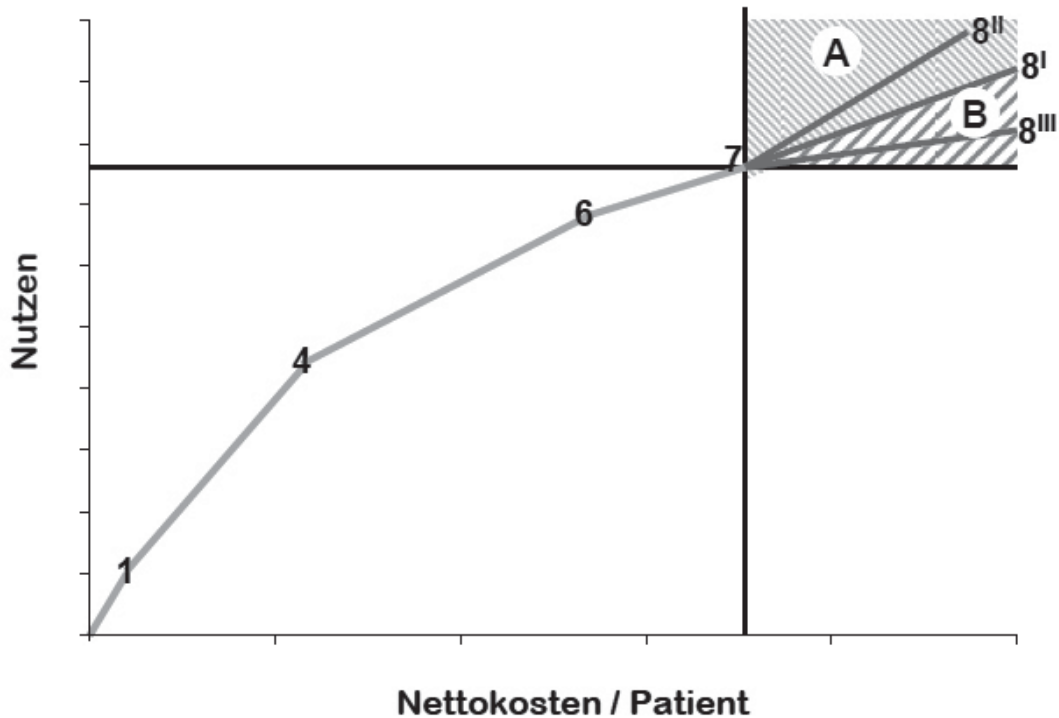
⁹⁶ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 16-17.

⁹⁷ Vgl. Schwalm, A. / Danner, M. / Seidl, A. et. al. (2010), S. 618.

⁹⁸ Vgl. Schwalm, A. / Danner, M. / Seidl, A. et. al. (2010), S. 615.

⁹⁹ Vgl. Foos, V. / Repschläger, U. / Riedel, R. (2010), S. 85.

Abbildung 6: Die Effizienzgerade mit ihren relevanten Entscheidungsräumen



Quelle: Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 43.

Alle Maßnahmen die oberhalb der Effizienzgrenze positioniert sind besitzen ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis als aktuell in diesem Indikationsgebiet vorhanden ist. Tritt nun eine neue Behandlungsalternative dieses Indikationsgebietes in den Markt ein und gilt nach der Analyse seines Kosten-Nutzen-Verhältnisses als medizinisch besser, aber auch teurer, muss die Effizienzgrenze mit der letzten verfügbaren Steigung erweitert werden. Es kommt also zu einer Extrapolation (in Grafik: 8'). Befindet sich die neue Maßnahme dann unterhalb der Grenze, ist der Preis unter Berücksichtigung des Nutzenniveaus dieser Gesundheitstechnologie zu hoch und sollte angepasst werden (in Grafik: 8'''). Interventionen die darüber liegen, sollten zu dem angesetzten Preis erstattet werden (in Grafik: 8'').¹⁰⁰

3.4 Kritische Würdigung der vorgestellten Ansätze

Das Themengebiet der gesundheitsökonomischen Evaluation von Gesundheitstechnologien bietet aufgrund seiner breiten Ausgestaltungsmöglichkeiten zahlreiche Optionen für die beteiligten Anspruchsgruppen. An den Beispielen Kanada und Deutschland wurden dazu zwei grundlegend unterschiedliche Herangehensweisen

¹⁰⁰ Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009), S. 43.

an den eigentlichen Bewertungsprozess und die Ableitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen vorgestellt. Der kanadische Ansatz mit der Verwendung von ICERs und der damit verbundenen Ableitung eines weichen Schwellenwertes stellt damit im internationalen, gesundheitsökonomischen Vergleich keine Besonderheit, sondern eher den Regelfall dar. Anders verhält es sich da mit dem in der Bundesrepublik angewendeten Konzept der Effizienzgrenze, deren Einsatz in dieser Form nur in Deutschland vollzogen wird und den Großteil der Experten bei der Bekanntmachung überraschte.

Dementsprechend stellt sich die Frage, ob diese Methode, welche ursprünglich aus der Finanzwissenschaft stammt und zur Optimierung von Aktienportfolios diente, wirklich sinnvoll auf den Gesundheitssektor übertragen werden kann und inwiefern die Ausgestaltung überhaupt ausgereift ist. So lassen sich zahlreiche Kritikpunkte am Konzept der Effizienzgrenze anführen. Durch die Tatsache, dass sich die deutsche Methode zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen so stark von der international etablierten Methode unterscheidet, stellt sich langfristig die Frage nach der Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Evaluationsergebnisse. Natürlich gilt es beim Vergleich zwischen einzelnen Ländern allgemein Vorsicht walten zu lassen, da die Studien auf länderspezifischen Annahmen beruhen. Dennoch bleibt der Eindruck, dass sich der Weg des IQWiG weit, wenn nicht sogar zu weit, von den internationalen Standards wegentwickelt und man somit in Zukunft nicht von wichtigen internationalen Forschungserkenntnissen und Methodenentwicklungen profitieren kann. Doch nicht nur im Gesamtkontext der gesundheitsökonomischen Evaluationen, sondern auch zwischen einzelnen Indikationsgebieten sind Vergleichsprobleme zu identifizieren. Schließlich unterscheiden sich die verschiedenen Indikationsgebiete in Bezug auf ihr Innovationsniveau teils sehr stark. Dies kann dazu führen, dass eine neue Intervention mit einem eigentlich ineffizienten Kosten-Nutzen-Verhältnis trotzdem in vollem Umfang erstattet werden kann, wenn das Indikationsgebiet sonst von noch ineffizienteren Alternativen geprägt ist. Es bestehen somit also unterschiedliche Standards zwischen den Indikationsgebieten, was für Hersteller falsche Anreize in der Preissetzung zur Folge haben kann. Auf der anderen Seite wird in Indikationsgebieten mit einem hohen Innovationsniveau eine kaum überwindbare Hürde für das Absolvieren einer Kosten-Nutzen-Bewertung geschaffen, indem Basis- oder Sprunginnovationen zum Vergleich mit einer neuen Behandlung herangezogen werden. Mit entsprechender Kenntnis über den genauen Verlauf der Effizienzgrenze wäre es für

Hersteller theoretisch sogar möglich die Extrapolation, im speziellen die Steigung der Gerade, durch gezielte Veröffentlichung von Scheininnovationen zu manipulieren. Bei Markteinführung der „echten Innovation“ könnte somit ein höherer Marktpreis erzielt werden, da sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis in diesem Fall dann oberhalb der erweiterten Effizienzgrenze befinden würde.¹⁰¹

Aber auch das Schwellenwertkonzept auf Basis von ICERs besitzt trotz großer internationaler Verbreitung markante Schwächen. Zunächst beinhaltet der Einbezug von QALYs in die ICER-Bewertung einige umstrittene Annahmen. So wird bspw. bei der Berechnung von QALYs und im Speziellen bei Veränderungen der Lebensqualität eines Patienten keineswegs berücksichtigt von welchem Niveau die Veränderung ausgeht. Dabei sollte aber angenommen werden, dass der Anstieg der Lebensqualität von 0,1 auf 0,2 eine höhere Gewichtung erfahren sollte als ein Anstieg von 0,9 auf 1,0. Ein ähnlicher Kritikpunkt ergibt sich bei der Betrachtung der Lebenserwartungskomponente des QALY. Hierbei fließt ein gewonnenes Lebensjahr eines Neunzigjährigen mit derselben Gewichtung in die QALY-Berechnung ein, wie das gewonnene Lebensjahr eines Zwanzigjährigen. Jedoch sollte gemeinhin davon ausgegangen werden, dass die Gesellschaft einem zusätzlichen Lebensjahr eines Zwanzigjährigen einen deutlich höheren Nutzen zuweist.¹⁰² Weiter beinhaltet auch das Zustandekommen des Schwellenwertes, bzw. des Kosten-Nutzen-Intervalls, in dem Leistungen noch als erstattungsfähig gelten, methodische Schwächen, nämlich dass es in den meisten Fällen gar keine klare Methodik hinter der Wahl des Schwellenwertes gibt. Am häufigsten ergeben sich Schwellenwerte aus simplen Faustregeln, denen keine klare Berechnungsmethode zugrunde liegt. Lediglich die natürliche Budgetbegrenzung kommt hierbei als Nebenbedingung zur Anwendung.¹⁰³ Dennoch zeigt insbesondere das international häufig angewandte QALY-Konzept, welche Vorteile mit einem eindimensionalen Nutzen-Maß verbunden sind. Die Möglichkeiten indikationsübergreifende Vergleiche anzustellen, bergen vor allem im breit gefächerten medizinischen Bereich das große Potenzial ökonomisch sinnvolle Allokationsentscheidung zu treffen und diese zu begründen.

Abschließend lässt sich festhalten, dass beide vorgestellten Ansätze ihre Daseinsberechtigung besitzen. Durch ihre spezifischen Vor- und Nachteile können aber beide

¹⁰¹ Vgl. Kifmann, M. (2010), S. 6.

¹⁰² Vgl. Schöffski, O. / Greiner, W. (2007), S. 119-121.

¹⁰³ Vgl. Schöffski, O. / Schumann, A. (2007), S. 143-145.

Konzepte nicht als Königsweg gelten. Allerdings scheint es im Bereich der gesundheitsökonomischen Evaluation auch unmöglich, diesen Königsweg zu finden, da sich die einzelnen Gesundheitssysteme der betroffenen Staaten teils grundlegend in Hinblick auf Gesetzgebung, Struktur und Ausgangssituation der Anspruchsgruppen unterscheiden. Es ist also wichtig, dass länderspezifische Lösungen konstruiert und internationale Standards einbezogen werden.

4 Fazit und Ausblick

In dieser Arbeit wurde gezeigt, warum gesundheitsökonomische Evaluationen insbesondere in Deutschland stark an Bedeutung gewonnen haben. Die meisten Industrienationen versuchen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen mit einem effizienteren Erstattungskatalog zu begegnen, bei dessen Ausgestaltung sie sich verschiedener Konzepte der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, Therapien oder medizinischen Technologien bedienen. Dabei wurde das Schwellenwertkonzept auf Basis des inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Verhältnisses am Beispiel Kanadas detailliert beschrieben und kritisch betrachtet. Demnach verfügt dieses international am weitesten verbreitete Konzept über einige Schwächen, die in erster Linie auf die Annahmen des QALY-Konzept zurückzuführen sind. Demgegenüber steht das Konzept der Effizienzgrenze, welches durch das IQWiG auf die Problemstellung der Evaluationen im Gesundheitswesen übertragen wurde. Es wurde verdeutlicht, dass auch dieser Ansatz über einige methodische Schwächen verfügt und in den nächsten Jahren erst noch Erfahrungswerte im Umgang mit dieser Methode generiert werden müssen.

Es ist festzuhalten, dass die noch vergleichsweise junge Wissenschaftsdisziplin der gesundheitsökonomischen Evaluation zunehmend auch in der öffentlichen Wahrnehmung an Relevanz und Interesse gewinnt. Dabei bleibt abzuwarten welche wissenschaftlichen Entwicklungen sich in den kommenden Jahren, in denen die Industrienationen auf den Kostenanstieg im Gesundheitswesen reagieren müssen, ergeben werden und welche der bekannten Konzepte, aber auch welche neuen Ansätze sich langfristig durchsetzen werden.



Literaturverzeichnis

Amelung, V.-E. (2007):

Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 4. Aufl., Wiesbaden.

Bowden, M. E. / Crow, A. E. / Sullivan, T. (2003):

Pharmaceutical achievers: The human face of pharmaceutical research, 1. Aufl., Philadelphia.

Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2004):

Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York.

Busse, R. (2008):

Bewertung der ökonomischen Implikationen von Technologien, in: Perleth, M. / Busse, R. / Gerhardus, A. et. al. (Hrsg.), Health Technology Assessment – Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung, Berlin, S. 203-220.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)

(2006): Guidelines for the economic evaluation of health technologies: Canada, 3rd Edition, Ottawa.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)

(2010): Procedure for Common Drug Review, 13th Edition, Ottawa.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) (o.J.):

CADTH – Corporate Profile, URL: <http://www.cadth.ca/index.php/en/cadth/corporate-profile> [Stand 07.04.2011].

Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (2005):

Positionspapier: „Kriterien für die Beurteilung von Arzneimittelinnovationen“, URL: <http://www.dphg.de/includes/upload/DPhG-Positionspapier.pdf> [Stand 06.04.2011].

Droste, S. (2008):

Informations- und Wissensmanagement, in: Perleth, M. / Busse, R. / Gerhardus, A. et. al. (Hrsg.), Health Technology Assessment – Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung, Berlin, S. 99-133.

Drummond, M.F. / Sculpher, M.J. / Torrance, G.W. et. al. (2005):

Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, 3. Aufl., Oxford.

Foos, V. / Repschläger, U. / Riedel, R. (2010):

Gutachten zu Kosten-Nutzen-Bewertungsverfahren (KNB) für Arzneimittel in Deutschland und im internationalen Vergleich, URL: http://www.rfh-koeln.de/sites/rfh_koelnDE/myzms/content/e497/e1221/e3778/e4088/e4092/GutachtenuzuKNBinDeutschlandundiminternationalenVergleich_ger.pdf [Stand 06.04.2011].

Gibis, B. (2008):

HTA und Entscheidungsfindung – Regulation von Technologien, in: Perleth, M. / Busse, R. / Gerhardus, A. et. al. (Hrsg.), Health Technology Assessment – Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung, Berlin, S. 23-64.

Greiner, W. (2007a):

Health Technology Assessment (HTA), in: Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York, S. 447-469.

Greiner, W. (2007b):

Die Berechnung von Kosten und Nutzen, in: Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York, S. 49-63.

Greiner, W. / Schöffski, O. (2007):

Grundprinzipien einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung, in: Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York, S. 167-191.

Healy, P. / Pugatch, M. (2009):

Theorie vs Praxis – Diskussion der Steuerung von Systemen zum Health Technology Assessment (HTA), URL: http://www.stockholm-network.org/downloads/publications/Theorie_vs_Praxis_1.pdf [Stand 07.04.2011].

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2009):

Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten, URL:

https://www.iqwig.de/download/Methodik_fuer_die_Bewertung_von_Verhaeltnissen_zwischen_Kosten_und_Nutzen.pdf [Stand: 23.03.2011].

International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (o.J.):

INAHTA Members: CADTH – Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, URL: <http://www.inahta.org/Members/CADTH/> [Stand 07.04.2011].

Kifmann, M. (2010):

Indikationsspezifische Kosten-Nutzen-Bewertung auf Grundlage eines sozialen Gesundheitsindex, URL:

<https://econstor.eu/dspace/bitstream/10419/38771/1/623295571.pdf> [Stand 15.04.2011].

Klinck, O. (2007):

Das kanadische Gesundheitssystem im Spannungsfeld des Föderalismus – Struktur, Problemfelder und föderale Reformen, 1. Aufl., Nürnberg.

Kulp, W. (2010):

Health Technology Assessment bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, 1. Aufl., Göttingen.

Miller, B. (2009):

Thresholds – What, Where and Why? On CADTH Symposium 2009: Different Drugs – Different Thresholds: A Social Good?, URL: <http://www.cadth.ca/media/symp-2009/presentations/CS-14/Betsy%20Miller%20-%20Thresholds%20-%20What,%20Where%20and%20Why.pdf> [Stand 05.04.2011].

OECD (2011):

Länderstatistiken der OECD, URL:

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH> [Stand 15.06.2011].

Oh, Y.-S. (2009):

Technologischer Wandel im Gesundheitswesen – Analyse der Bestimmungsfaktoren und Steuerungsmöglichkeiten, 1. Aufl., Trier.

Reimers, L. (2009):

Medizinisch-technischer Fortschritt – Theoretische Grundlagen, Regelungsbereiche, Finanzierung und Vergütung, 1. Aufl., Baden-Baden.

Reisdorf, S. (2011):

Wer hat den Zusatznutzen?, in: MedReview, Jg. 12, Heft 17, S. 3-9.

Schmeinck, W. (2006):

Medizinisch-technischer Fortschritt – Fluch oder Segen?, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik: Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, 1. Aufl., Heidelberg, München, Landsberg, Berlin, S. 223-240.

Schöffski, O. (2007a):

Einführung, in: Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York, S. 3-11.

Schöffski, O. (2007b):

Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen, in: Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York, S. 65-94.

Schöffski, O. / Greiner, W. (2007):

Das QALY-Konzept als prominentester Vertreter der Kosten-Nutzwert-Analyse, in: Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York, S. 95-137.

Schöffski, O. / Schumann, A. (2007):

Das Schwellenwertkonzept, in: Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York, S. 139-165.

Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (2007):

Die Standardisierung der Methodik: Guidelines, in: Schöffski, O. / von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York, S. 471-489.

Schwalm, A. / Danner, M. / Seidl, A. et. al. (2010):

Wo steht die Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG – Abgleich mit einem internationalen Referenzszenario?, in: Bundesgesundheitsblatt, 53. Jg., Nr. 6, S. 615-622.

Statistisches Bundesamt (2011):

Entwicklung der Gesundheitsausgaben, URL:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Grafiken/Gesundheit/Diagramme/AnteilBIP,templateId=renderPrint.psml> [Stand 06.04.2011].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009):

Auswirkungen des demografischen Wandels – Daten der amtlichen Statistik, in: Wirtschaft und Statistik, Jg. 2009, Nr. 4, S. 513-528.

von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007):

Gesundheitsökonomik, 2. Aufl., Tübingen.

Wirtschaftsverband der forschenden Pharmaunternehmen (vfa) (2009):

FuE-Ausgaben der vfa-Mitgliedsunternehmen, URL:

<http://www.vfa.de/download/vfastat-19-de-fa-mt-f-e-ausgaben-der-vfa-mitgliedsunternehmen.pdf> [Stand 29.03.2011].

Zdrowomyslaw, N. / Dürig, W. (1999):

Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., München, Wien.





III Gesundheitssysteme in Asien und Australien



7 Medical Savings Accounts in Singapur – Ein Vorbild für die Finanzierung von Gesundheits- systemen?

Olga Koop



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	210
1 Einleitung.....	211
2 Entwicklung des Gesundheitssystems in Singapur	212
2.1 Historische und demographische Entwicklung des singapurischen Gesundheitssystems	212
3 Aktueller Drei-Säulen-Aufbau des Gesundheitssystems in Singapur.....	213
4 Medical Savings Accounts in Singapur	215
4.1 Definition und Ausgestaltungsformen von Medical Savings Accounts.....	215
4.2 Ausgestaltungsform und Ziele der Medical Savings Accounts als eine Säule des singapurischen Gesundheitssystems.....	217
4.3 Ökonomische Darstellung von Medical Savings Accounts	218
4.3.1 Allokative Wirkungen.....	218
4.4 Positive und negative Effekte von Medical Savings Accounts in Singapur	223
5 Übertragbarkeit des Singapur-Modells auf andere Gesundheits- systeme.....	225
5.1 Herausforderungen und Chancen von Medical Savings Accounts	225
5.2 Beurteilung der Medical Savings Accounts als Reformoption für das deutsche Gesundheitssystem.....	226
5.2.1 Reformbedarf in der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	226
5.2.2 Ein Reformkonzept für die Einführung von Medical Savings Accounts	227
5.2.3 Zusammenfassende Beurteilung.....	230
6 Fazit.....	232
Literaturverzeichnis	234



Abkürzungsverzeichnis

Aufl.	Auflage
Bd.	Band
BPB	Bundeszentrale für politische Bildung
BKK	Betriebskrankenkasse
bzw.	beziehungsweise
CES	Center for Economic Studies
CPF	Central Provident Fund
D. C.	District of Columbia
d. h.	das heißt
DICE	Database for Institutional Comparisons in Europe
E_t	jährliche Einzahlung auf das Gesundheitssparkonto
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
Ifo	Institute for Economic Research of Munich
Jg.	Jahrgang
K_t	Guthaben des Gesundheitssparkontos zum Zeitpunkt t
K_{t-1}	Guthaben des Gesundheitssparkontos der Vorperiode $t - 1$
MSA	Medical Savings Accounts
No.	number
S.	Seite
SB_{t-1}	effektive Selbstbeteiligung der Vorperiode $t - 1$
SGB	Sozialgesetzbuch
t	Zeit
URL	Uniform Resource Locators
USA	United States of America
vgl.	vergleiche
Wist	Wirtschaftswissenschaftliches Studium
X_t	Behandlungskosten in der Periode t
z. B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach
α	Selbstbeteiligungsquote

1 Einleitung

Singapur ist ein Stadtstaat an der Südspitze der Malaiischen Halbinsel, der im Jahre 1984 als weltweit erstes Land Medical Savings Accounts (MSA), als Methode zur Finanzierung des Gesundheitssystems, eingeführt hat.¹ Kurze Zeit später erfreute sich das Gesundheitssparkontenmodell weltweit zunehmender Beliebtheit und Singapur folgten weitere Länder mit der Einführung von Medical Savings Accounts in unterschiedlicher Form. In Singapur ist im Rahmen dieses Systems jeder erwerbstätige Bürger verpflichtet, altersabhängig sechs bis acht % seines Bruttoeinkommens auf ein individuelles Sparkonto einzuzahlen, das staatlich verwaltet wird. Das singapurische Gesundheitssystem folgt einem Drei-Säulen-Konzept,² allerdings liegt der Focus dieser Arbeit auf den Medical Savings Accounts, die eine Säule dieses Systems bilden. Da viele Industrieländer zunehmend mit steigenden Gesundheitsausgaben und Beitragssätzen konfrontiert werden, soll als zweiter Schwerpunkt die Frage erörtert werden, ob das singapurische Gesundheitssparkontenmodell ein Vorbild für die Finanzierung von Gesundheitssystemen, speziell für die deutsche GKV, sein kann.

Eine thematische Einführung gibt einen Überblick über die historische sowie demographische Entwicklung des Gesundheitssystems in Singapur und stellt den aktuellen Drei-Säulen-Aufbau des singapurischen Gesundheitssystems vor. In Kapitel drei soll die generelle Funktionsweise von MSA näher erläutert und die verschiedenen Ausgestaltungsformen thematisiert werden. Im Rahmen der daran anschließenden ökonomischen Darstellung von MSA steht die Frage im Vordergrund, inwieweit das System der Gesundheitssparkonten zu einer Verringerung des Moral-Hazard-Risikos beitragen kann und welche allokativen Wirkungen aus dem Konzept resultieren können. Daran schließt die Diskussion von positiven und negativen Effekten von MSA in Singapur an. Kapitel vier soll, neben den Herausforderungen und Chancen von Gesundheitssparkonten, der oben aufgeworfenen Fragestellung auf den Grund gehen und beurteilen, ob das singapurische Konzept der MSA ein Reformmodell für eine nachhaltige Finanzierung der deutschen GKV darstellt. Außerdem soll ein Reformkonzept für die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem vorgestellt

¹ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. (2003a), S. 18-19.

² Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007) S. 96.



werden. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse.

2 Entwicklung des Gesundheitssystems in Singapur

2.1 Historische und demographische Entwicklung des singapurischen Gesundheitssystems

Mitte des 20. Jahrhunderts wurde nach dem zweiten Weltkrieg im britischen Kolonialstaat Singapur ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem britischen Musters umgesetzt, welches auch nach Singapurs Unabhängigkeit im Jahre 1965 weitergeführt wurde.³ Charakteristisch für steuerfinanzierte Systeme ist eine meist zentralstaatliche Organisation durch einen aus allgemeinen Steuermitteln finanzierten nationalen Gesundheitsdienst, sodass die Verantwortung von Finanzierung und Leistungserbringung in staatlicher Hand liegt.⁴ Durch die Finanzierung über Steuergelder und einen progressiven Steuersatz soll sich nach dem so genannten Leistungsfähigkeitsprinzip die Höhe einer öffentlichen Abgabe nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Bürgers richten und Bürger mit verschiedener Leistungsfähigkeit unterschiedlich belastet werden, sodass es zu interpersonellen Umverteilungswirkungen kommt.⁵

Singapur ist ein so genannter Tigerstaat mit dynamisch aufstrebender Wirtschaftsentwicklung, welcher beachtliche Industrialisierungsfortschritte bzw. Wachstumsraten erzielen konnte und in seinem Entwicklungsstand gegenüber den Industriestaaten deutlich aufgeholt hat.⁶ Anhand von Statistiken lässt sich die demographische Entwicklung in Singapur betrachten. Das Durchschnittsalter der ortsansässigen Bevölkerung stieg von 19,5 Jahren in 1970 auf 37,4 Jahren in 2010.⁷ Die Lebenserwartung stieg im selben Zeitraum von 65,8 auf 81,4 Jahre und damit erhöhte sich der Anteil der über 65-Jährigen enorm. Die Sterblichkeitsrate pro 1000 Einwohner sank

³ Vgl. Schreyögg, J. (2003a), S. 22; von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 96; Schreyögg, J. (2003b), S. 510-511; Eschenfelder, J. (2005), S. 35.

⁴ Vgl. Schreyögg, J. (2003a), S. 22.

⁵ Vgl. Pollert, A. / Kirchner, B. / Polzin, J. M. (2004a), S. 180; Schreyögg, J. (2003a), S. 22.

⁶ Vgl. Pollert, A. / Kirchner, B. / Polzin, J. M. (2004b), S. 237; Pollert, A. / Kirchner, B. / Polzin, J. M. (2004c), S. 235; Ham, C. (2001), S. 739.

⁷ Vgl. hierzu und im Folgenden Singapore Department of Statistics (2010), S. 1-2; Schreyögg, J. (2003a), S. 31-32.

von 5,2 auf 4,3. Genau wie in anderen wirtschaftlich hoch entwickelten Staaten ist die Geburtenrate in Singapur gering. Die Nettoerproduktionsrate pro Einwohnerin sank im oben genannten Zeitraum von 1,42 auf 0,59. Aufgrund dieser Bevölkerungsentwicklung, den voraussehbaren steigenden Gesundheitsausgaben und den sinkenden Steuereinnahmen aufgrund einer Abnahme der erwerbstätigen Personen, erkannte die singapurische Regierung bereits am Anfang der achtziger Jahre die mögliche künftige Bedrohung der Überalterung der Bevölkerung für das steuerfinanzierte Gesundheitssystem.⁸ Im Jahre 1984 führte Singapur deswegen, als weltweit erstes Land, Medical Savings Accounts im Rahmen eines reformierten „Drei-Säulen-Konzepts“ zur Finanzierung des Gesundheitssystems und zur Lösung des antizipierten Demographieproblems ein, welches bis dato besteht.⁹ Darauf soll nun im nächsten Abschnitt detaillierter eingegangen werden.

3 Aktueller Drei-Säulen-Aufbau des Gesundheitssystems in Singapur

Durch die Schaffung des neuen Drei-Säulen-Konzepts zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen in Singapur, wurde das alte, steuerfinanzierte Gesundheitssystem allerdings nicht völlig überflüssig, sondern auf eine Säule des Gesamtsystems (Medifund) reduziert.¹⁰ Im Jahre 1984 wurde diese um eine zweite Säule (Medisave bzw. Medical Savings Accounts) und im Jahre 1990 durch eine dritte Säule (Medishield) erweitert. Diese drei Teilsysteme Medisave, Medishield und Medifund des aktuellen Gesundheitssystems in Singapur erfüllen verschiedene Zwecke.¹¹

Das Teilsystem *Medisave* basiert auf der Idee, dass jeder erwerbstätige Bürger Singapurs verpflichtet ist, einen Teil seines Bruttoeinkommens selbst auf ein individuelles Sparkonto für Gesundheitsausgaben anzusparen, das staatlich verwaltet wird. Allerdings sind die Medical Savings Accounts Teil eines übergeordneten und staatlich verwalteten Sparprogramms namens Central Provident Fund, das den Kern des

⁸ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 96; Schreyögg, J. (2003a), S. 25; Schreyögg, J. (2003b), S. 511.

⁹ Vgl. Schreyögg, J. (2003a), S. 25; Schreyögg, J. / Kin, L. M. (2004), S. 55; Chia, N.-C. / Tsui, A. K. C. (2005), S. 856; von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007) S. 96.

¹⁰ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. (2003b), S. 511.

¹¹ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 231-232.

singapurischen Sicherungssystems darstellt. Jeder abhängig beschäftigte Staatsbürger zahlt verpflichtend einen Betrag von 20 % seines Lohnes und der Arbeitgeber ebenfalls 20 %, vor Steuern, in den Central Provident Fund, bei dem es sich um individuelle Sparkonten handelt, ein. Die eingezahlten Beiträge in einer summierten Höhe von 40 % des Lohnes fließen in verschiedene Unterkonten mit unterschiedlichen Verwendungszwecken. Selbständige müssen zwar ebenfalls Beiträge auf das Medisave-Konto einzahlen, allerdings nicht auf die beiden anderen Konten.¹² Sechs bis acht Prozentpunkte fließen in den Medisave-Account, 28 bis 30 Prozentpunkte in den Ordinary-Account, dessen Inhalt hauptsächlich für den Kauf von Wohneigentum bestimmt ist und weitere vier Prozentpunkte fließen in den Special-Account, der für Rentenzahlungen verwendet wird.¹³ Die Beträge aller Konten werden staatlich investiert und mit einem garantierten, marktnahen Zinssatz verzinst. Im Gegensatz zu Gesundheitssystemen mit getrennten Finanzierungsmechanismen, wird in Singapur der finanzielle Bedarf im Hinblick auf Gesundheit, Wohnraum und Ruhestand durch dieses Pflichtsparsystem gedeckt.¹⁴ Typischerweise findet dabei kein Risikopooling statt, d. h. die Individuen zahlen im Rahmen einer Versicherung nicht in einen gemeinsamen Pool ein, sondern sparen es für sich selbst oder ihre Familienangehörigen.¹⁵

Bei dem System *Medishield* handelt es sich um eine „Hochrisikoversicherung“, welche die unterschiedlichen Risiken ausgleichen soll.¹⁶ Oftmals überschreiten die Kosten von schweren Erkrankungen den angesparten Betrag auf den Medical Savings Accounts, sodass das Medishield-Teilsystem als Ergänzung zu den Medisave dient, um Behandlungen mit hohen Ausgaben zu finanzieren und dafür Versicherungsschutz zu bieten.¹⁷ Für diese Hochrisikoversicherung werden die Beiträge als altersabhängige Kopfprämien erhoben, die für alle Personen einer Altersgruppe identisch sind, mit zunehmendem Alter jedoch ansteigen. Jeder Inhaber eines Medisave-Kontos ist im Rahmen einer Versicherungspflicht automatisch Mitglied bei dieser

¹² Vgl. Asher, M. G. / Nandy, A. (2006), S. 99.

¹³ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 232; Burger, A. (1997), S. 336; Dong, W. (2006), S. 211.

¹⁴ Vgl. Asher, M. G. / Nandy, A. (2006), S. 94.

¹⁵ Vgl. Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 231; Heesch, G. / Schuster, J. (2010), S. 134; Hsiao, W. C. (1995), S. 260.

¹⁶ Vgl. Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 232.

¹⁷ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 232; Asher, M. G. / Nandy, A. (2006), S. 100.

Versicherung und die Beiträge können entweder von dem jeweiligen Medical Savings Account bezahlt werden oder aus dem individuellen Einkommen, allerdings handelt es sich dabei um eine freiwillige Versicherung, die gekündigt und durch eine private Hochrisikoversicherung substituiert werden kann.¹⁸

Die Teilsysteme Medisave und Medishield werden durch das dritte Teilsystem namens *Medifund* ergänzt, das durch einen steuerfinanzierten Fonds die Finanzierung von Gesundheitsleistungen für einkommensschwache Bürger sicherstellt.¹⁹ Individuen mit geringem Einkommen, welches nicht ausreicht, um die Selbstbeteiligung bei Medishield zu tragen, können eine Übernahme der Kosten durch einen staatlich aufgelegten Fonds beantragen. Dafür zahlt der Staat jedes Jahr einen gewissen Betrag in diesen Fonds ein, welcher am Kapitalmarkt gewinnbringend angelegt wird. Die Konzentration liegt auf dem Teilsystem Medisave bzw. Medical Savings Accounts, die den Kern des Drei-Säulen-Konzepts bilden und im nächsten Kapitel näher betrachtet werden sollen.

4 Medical Savings Accounts in Singapur

4.1 Definition und Ausgestaltungsformen von Medical Savings Accounts

Medical Savings Accounts bzw. Gesundheitssparkonten bezeichnen individuelle Sparkonten, denen Versicherte regelmäßig einen festgelegten Anteil des Einkommens zuführen und auf diese Weise einen Kapitalstock bzw. Rücklagen bilden.²⁰ Diese Ersparnisse verwenden die Versicherten eigenständig, um im Krankheitsfall die benötigten Gesundheitsleistungen zu begleichen. Folglich stellen die Medical Savings Accounts eine limitierte, individuelle Absicherung bzw. Selbstversicherung des Krankheitsrisikos dar. Die den Kapitalstock übersteigenden Gesundheitskosten werden aus einer Versicherung abgedeckt. Charakteristisch für dieses Konzept ist die institutionelle Verbindung von Krankenversicherung und individueller Rücklagenbildung.

¹⁸ Vgl. Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 232; Asher, M. G. / Nandy, A. (2006), S. 101; Puha, K. H. / Teng, Y. M. (1998), S. 37; Barr, M. D. (2001), S. 713; Reisman, D. A. (2006), S. 189.

¹⁹ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 233.

²⁰ Vgl. hierzu und im Folgenden Bornemann, S. / Daumann, F. (2005), S. 43; Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 543.

Medical Savings Accounts können allerdings unterschiedlich ausgestaltet sein.²¹ Bezogen auf die *Inhaberschaft* können sie für eine Einzelperson oder gemeinsam für eine Familie angelegt sein. Außerdem kann sich die *Dotierung* in der Hinsicht unterscheiden, dass die laufende Zuführung zu den Gesundheitssparkonten als prozentualer Anteil des Einkommens, in festen absoluten Beträgen von dem Versicherten oder als anteilige Finanzierung durch den Arbeitgeber erfolgen kann. Des Weiteren kann die Ausgestaltung der Medical Savings Accounts verpflichtend oder freiwillig sein, um unterschiedliche *Anreize* zu setzen. Eine verpflichtende Ausgestaltungsform soll dem Umstand Rechnung tragen, dass Individuen oftmals zukünftige Gesundheitsbedürfnisse unterschätzen und dadurch auf die Mitfinanzierung im Kollektiv angewiesen sind. Entsprechende Anreizwirkungen zur Einzahlung in Medical Savings Accounts mit Zwangscharakter können beispielsweise mit einer Obergrenze erzielt werden, ab dieser die Individuen von weiteren Zahlungen freigestellt werden. Bei freiwillig ausgestalteten Gesundheitssparkonten müssen die Anreizwirkungen beispielsweise so ausgestaltet sein, dass das Guthaben auf den Konten verzinst wird und die daraus erzielten Erträge steuerfrei von den Versicherten vereinnahmt werden können. Somit kann die *Finanzierungsform* der Medical Savings Accounts einer sozialen Krankenversicherung bzw. Sozialversicherung oder einer Privatversicherung gleichen.²² Durch staatliche Zulagen für Geringverdienende können auch *distributive Aspekte* berücksichtigt werden.²³ Eine weitere Ausgestaltungsform sind mögliche *Verwendungsbeschränkungen*. Auch für Medical Savings Accounts kann ein Katalog erstattungsfähiger Gesundheitsleistungen definiert oder ein Höchstbetrag für die Entnahmen innerhalb einer Periode festgelegt werden. Ebenfalls kann sich die *Übertragbarkeit* des am Lebensende verbliebenen Kapitalstocks in der Hinsicht unterscheiden, dass er vererbbar ist oder zum Lebensende verfallen kann. Schließlich lässt sich als weitere Ausgestaltungsform die *Verwaltung* und Anlage des Sparkontos anführen, welche unabhängig oder zusammen mit der Krankenversicherung erfolgen und außerdem einem staatlichen oder privaten Träger obliegen kann. Es gibt dementsprechend verschiedene Formen von Medical Savings Accounts. Deswegen soll

²¹ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 543-544.

²² Vgl. Schreyögg, J. (2003b), S. 526.

²³ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 543-544.

im nächsten Abschnitt aufgezeigt werden, wie die Gesundheitssparkonten in Singapur ausgestaltet sind und welche Ziele verfolgt werden.

4.2 Ausgestaltungsform und Ziele der Medical Savings Accounts als eine Säule des singapurischen Gesundheitssystems

Die Ausgestaltungsform der Medical Savings Accounts in Singapur lässt sich anhand der nachfolgenden Kriterien darstellen.²⁴ Bezüglich der Dotierung handelt es sich hierbei um einkommensabhängige Beiträge, die den Gesundheitssparkonten zugeführt werden. Die Verwaltung und Anlage der Medical Savings Accounts obliegt dem Staat. Somit handelt es sich hierbei um die Finanzierungsform einer sozialen Krankenversicherung. Auch bestehen Verwendungsbeschränkungen im Sinne eines Katalogs, da die durch die Medical Savings Accounts finanzierten Leistungsbereiche zwar ausgabenintensive ambulante, aber nur wenig ausgabenintensive stationäre Leistungen umfassen. In Singapur werden die Medical Savings Accounts für diese konkret definierten Leistungsbereiche oder für die Finanzierung von Selbstbehalten eingesetzt. Der Deckungsgrad der Bevölkerung beträgt 84 % und die jährliche marktnahe Verzinsung etwa 2,5 % bis 4 %.

Die Ziele der Einführung der Medical Savings Accounts in Singapur umfassen die Ausgabendämpfung, die Lösung des Demographieproblems, die Ressourcennobilisierung und die Konsumentensouveränität sowie Transparenz, welche im Folgenden detaillierter erläutert werden.²⁵ Das erste Ziel ist der Einsatz der Medical Savings Accounts als Maßnahme zur nachfrageseitigen (also auf die Versicherten zurückgehende) *Ausgabendämpfung* der steigenden Gesundheitsausgaben in beitragsfinanzierten Systemen.²⁶ Dieses Ziel diene gleichzeitig der Legitimierung des tertiären Gesundheitssystems.²⁷ Damit verbunden sollen gleichzeitig auch die Gesundheitsausgaben des Staates so weit wie möglich reduziert und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung unmittelbar auf die Bevölkerung abgewälzt werden. Die zweite Motivation ist die *Lösung des Demographieproblems* der alternden Gesellschaft, indem die Medical Savings Accounts als Altersrückstellungen dienen.²⁸

²⁴ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. (2003b), S. 526-527.

²⁵ Vgl. Schreyögg, J. (2003b), S. 524-525.

²⁶ Vgl. Schreyögg, J. (2003b), S. 509-510 sowie S. 524.

²⁷ Vgl. hierzu und im Folgenden Asher, G. M. / Nandy, A. (2006), S. 105.

²⁸ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. (2003b), S. 525.

Dafür bedarf es, wie in Singapur gegeben, einer hohen Deckung der Bevölkerung mit Gesundheitssparkonten und einem hohen Finanzierungsvolumen. Das dritte Wachstumsziel ist die *Mobilisierung von Ressourcen* zur Bildung eines Kapitalstocks für mögliche Investitionen. Auch hierfür ist ein großer Umfang an Individuen mit Gesundheitssparkonten äußerst wichtig. Medical Savings Accounts dienen als viertes Ziel der Erhöhung von *Konsumentensouveränität und Transparenz*, da diese den Versicherten eine eigenständige Verfügbarkeit ihrer Ressourcen ermöglichen und so die individuelle Verantwortung betont wird.²⁹ Diese Ziele machen deutlich, dass Singapur verschiedene Motivationen für die Einführung von Medical Savings Accounts als eine Säule des reformierten Drei-Säulen-Konzepts gehabt hat. Doch die ökonomische Sicht ermöglicht einen völlig anderen Blickwinkel auf die Eigenarten und Auswirkungen der Gesundheitssparkonten und soll deswegen nun im Focus der Betrachtung stehen.

4.3 Ökonomische Darstellung von Medical Savings Accounts

4.3.1 Allokative Wirkungen

Die allokativen Wirkungsweise von Medical Savings Accounts über eine Zeit t kann folgendermaßen dargestellt werden.³⁰ K_t sei das Guthaben des Gesundheitssparkontos. Dieses ergibt sich aus dem Kontostand der Vorperiode K_{t-1} minus der effektiven Eigen- bzw. Selbstbeteiligung für Gesundheitsleistungen aus dem Gesundheitssparkonto SB_{t-1} der Vorperiode, sowie zuzüglich der jährlichen Einzahlungen E_t in das Gesundheitssparkonto: $K_t = K_{t-1} - SB_{t-1} + E_t$. Die in Kapitel 3.1 ausgeführten Dotierungsformen und Verwendungsbeschränkungen von Medical Savings Accounts können aus ökonomischer Sicht als eine besondere Form der Selbstbeteiligung dargestellt werden.

Die erste Form, als die Medical Savings Accounts zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wirken können, ist die *Abzugsfranchise* bzw. der absolute Selbstbehalt.³¹ Die jährliche Einzahlung der versicherten Person ist

²⁹ Vgl. Schreyögg, J. (2003b), S. 525; Escherfelder, J. (2005), S. 36.

³⁰ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 544-545.

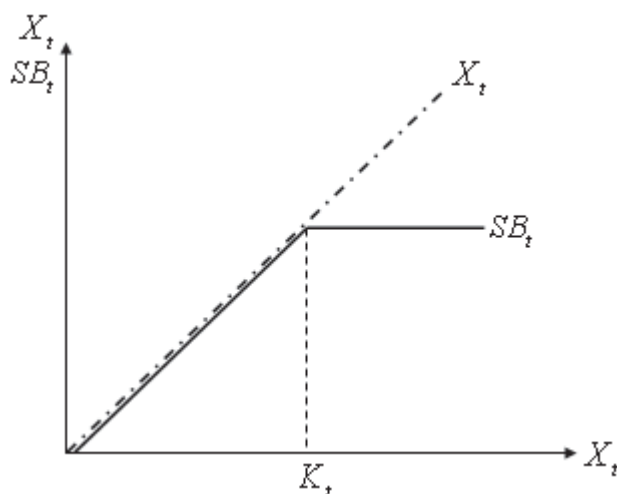
³¹ Vgl. hierzu und im Folgenden von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 133; Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 544; von der Schulenburg, J.-M. (1987), S. 17.

ein konstanter absoluter Betrag E_t . Die in der Periode t entstehenden Behandlungskosten X_t sind in vollem Umfang aus dem Gesundheitssparkonto von dem Versicherten zu erstatten. Wird die Höhe des Kapitalstocks K_t durch die anfallenden Kosten nicht erreicht, entspricht der Selbstbehalt SB_t den Behandlungskosten X_t . Auf der Höhe K_t wird der Franchisebetrag voll ausgeschöpft, d. h. der Versicherte zahlt die gesamten Behandlungskosten aus seinem Gesundheitssparkonto und der Versicherer nichts. Behandlungskosten, welche die Höhe des Sparkontos K_t übersteigen, muss der Versicherer tragen, während der Versicherte nur den Franchisebetrag K_t trägt. Für den Selbstbehalt bzw. die Abzugsfranchise lässt sich also auch schreiben:

$$SB_t = \begin{cases} X_t \geq K_t : K_t \\ X_t < K_t : X_t \end{cases}. \text{ Die Abbildung 1 zeigt, wie Medical Savings Accounts als Ab-$$

zugsfranchise wirken können. Die Zinsen auf den Kapitalstock der Vorperiode werden an dieser Stelle der Einfachheit halber vernachlässigt.³²

Abbildung 1: Medical Savings Accounts als Abzugsfranchise



Quelle: Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 544.

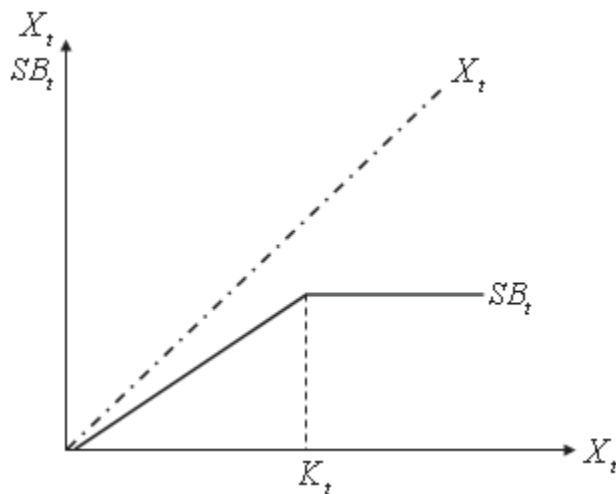
Eine zweite Form der Selbstbeteiligung im Zusammenhang mit Gesundheitssparkonten ist die *proportionale Selbstbeteiligung mit Obergrenze*.³³ Dabei werden Gesundheitsleistungen anteilig mit einem bestimmten Prozentsatz aus dem Medical Savings Account finanziert. Das Guthaben des Kontos bildet gleichzeitig eine Be-

³² Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 544.

³³ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 544-545.

grenzung und damit werden proportionaler und absoluter Selbstbehalt kombiniert. Die Abbildung 2 visualisiert die proportionale Selbstbeteiligung mit Obergrenze. Wie die Abbildung zeigt, muss die Selbstbeteiligungsquote α links von der Höhe des Sparkontos K_t , also wenn die anteiligen Gesundheitskosten geringer als das Kontoguthaben sind, von dem Versicherten getragen werden.³⁴ Den Differenzbetrag zahlt der Versicherer. Die Obergrenze bewirkt, dass die Höhe des Selbstbehalts auf die Höhe des Gesundheitssparkontos begrenzt ist.

Abbildung 2: Medical Savings Accounts als proportionale Selbstbeteiligung mit Obergrenze



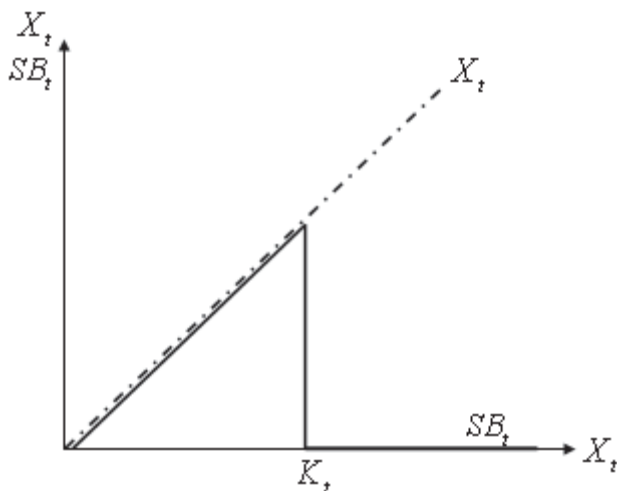
Quelle: Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 545.

Eine weitere Form der Selbstbeteiligung, die eine Ausgestaltungsform der Medical Savings Accounts darstellen kann, ist die *Integralfranchise*.³⁵ Demnach sind sämtliche Gesundheitsleistungen vollständig durch die Versicherung zu tragen, wenn die Behandlungskosten einen bestimmten Betrag K_t überschreiten. Bis zur Höhe des Kontoguthabens hat der Versicherte die Behandlungskosten vollständig zu tragen, was Abbildung 3 deutlich macht.

³⁴ Vgl. hierzu und im Folgenden von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 136.

³⁵ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 545.

Abbildung 3: Medical Savings Accounts als Integralfranchise



Quelle: Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 545.

Folglich kann durch verpflichtende Medical Savings Accounts das Problem des Nichtleistens des Selbstbehalts der Versicherten umgangen werden, da der Selbstbehalt dem allgemeinen Konsum vorab entzogen und auf ein Konto hinterlegt wird.³⁶ Neben dieser positiv einzuschätzenden allokativen Wirkung von Gesundheitsparkonten, reduzieren Medical Savings Accounts ebenfalls das Moral-Hazard-Risiko bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, was im nächsten Abschnitt näher betrachtet werden soll.

Medical Savings Accounts als Instrument zur Reduktion des Moral-Hazard-Effekts

Eine Krankenversicherung stellt aus Sicht des Versicherten einen Tausch des Risikos gegen eine sichere Prämie dar.³⁷ Allerdings resultiert daraus ein wohlfahrtstheoretisches Dilemma, da erstens für risikoaverse Individuen ein Nutzen Gewinn aus der Übernahme des Risikos durch die Versicherung entsteht, vor allem durch Risikopooling, und zweitens Moral Hazard die Folge sein kann. Von Moral Hazard wird gesprochen, „... wenn das Individuum, weil es versichert ist, eigene Maßnahmen zur Reduzierung seines Risikos vernachlässigt“.³⁸ Folglich kann es bei asymmetrischen Informationen zu kostentreibenden Verhaltensänderungen der Versicherten kommen, wie steigenden Gesundheitsausgaben oder einer ineffizienten

³⁶ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 545.

³⁷ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 542.

³⁸ Strassl, W. (1998), S. 4.

Allokation von Ressourcen.³⁹ Daher muss eine optimale Krankenversicherung so ausgestaltet sein, dass die Differenz zwischen dem Nutzengewinn aus der Übertragung des Risikos auf die Versicherung und dem Moral-Hazard-Effekt maximiert wird.⁴⁰ Folglich muss eine Krankenversicherung tendenziell dazu dienen, nur große, seltene und unvorhersehbare Risiken abzudecken, um Moral Hazard entgegenzuwirken und die verbleibenden Risiken sollten der individuellen Rücklagenbildung zugerechnet werden (Selbstbeteiligung). Eine mögliche Lösungsvariante für den beschriebenen Zielkonflikt sind die Medical Savings Accounts, welche Krankenversicherung und individuelle Rücklagenbildung institutionell verknüpfen. Das Konzept der Medical Savings Accounts lässt sich in drei Nachfragebereiche nach Gesundheitsleistungen mit unterschiedlichen Finanzierungsformen, in Abhängigkeit der Preiselastizität, unterteilen.⁴¹ Diese sollen nun vorgestellt werden.

Der erste Nachfragebereich ist der Bereich der sehr elastischen Nachfrage. Dieser umfasst wenig kostenintensive, einfache Leistungen mit absehbaren und begrenzten finanziellen Folgen. In diesem Bereich sind hohe Moral-Hazard-Effekte zu erwarten, weswegen er vollständig vom Patienten selbst finanziert werden muss (out-of-pocket-Leistungen, z. B. Wellness-Leistungen). Zum zweiten Bereich der eher unelastischen Nachfrage zählen kostenintensive, meist stationäre Behandlungen sowie die Behandlung chronisch Kranker, bei denen von nur geringen versicherungsbedingten Verhaltensänderungen und damit von einem sehr geringen Moral-Hazard-Risiko ausgegangen werden kann.⁴² In diesem Bereich kommt es zu einem großen Nutzengewinn aus der Risikoabsicherung und folglich werden die Gesundheitsleistungen aus einer Krankenversicherung abgedeckt.⁴³ Das Risikopooling wird also auf den unelastischen Bereich der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beschränkt.⁴⁴ Der dritte Nachfragebereich mit einer mittleren Elastizität, enthält sowohl wenig kostenintensive stationäre als auch ambulante Gesundheitsleistungen und geht dementsprechend mit einem mittleren Moral-Hazard-Risiko einher.⁴⁵ Deswegen wird dieser

³⁹ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 542; Schreyögg, J. (2003a), S. 69.

⁴⁰ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 542-543.

⁴¹ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 543; Schreyögg, J. (2003a), S. 78.

⁴² Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 543; Sauerland, D. (2006), S. 87.

⁴³ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 543; Schreyögg, J. (2003a), S. 78.

⁴⁴ Vgl. Schreyögg, J. (2003a), S. 76.

⁴⁵ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 543; Schreyögg, J. (2003a), S. 78.

Bereich durch die Medical Savings Accounts finanziert, was durch eine effizientere Allokation der Ressourcen zu einer Reduktion von Wohlfahrtsverlusten führt.⁴⁶ Durch diese Art von Selbstbeteiligung wird das Moral-Hazard-Problem verringert.⁴⁷ Zusammenfassend besteht das Konzept der Medical Savings Accounts folglich aus drei verschiedenen Finanzierungsformen von Gesundheitsleistungen, die in Abhängigkeit der charakteristischen Nachfrage zum Einsatz gelangen. Nach dieser ökonomischen Beurteilung von Medical Savings Accounts liegt das Augenmerk im Folgenden nun darin, deren positive und negative Effekte aufzuzeigen.

4.4 Positive und negative Effekte von Medical Savings Accounts in Singapur

Ein positiver Effekt von Medical Savings Accounts im Vergleich zu einer Vollversicherung ist der prognostizierte Rückgang der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und somit das Potenzial, Kosten zu reduzieren.⁴⁸ Denn während die gesamten Gesundheitsausgaben in vielen europäischen Ländern und den USA im Zeitraum von 2000 bis 2007 stark angestiegen sind, sanken sie in Singapur im besagten Zeitraum von 3,5 % auf 3,1 % des Bruttoinlandsprodukts.⁴⁹ Zwar kann der geringe Anteil der Gesundheitsausgaben in Singapur nicht ausschließlich auf die Einführung von den Medical Savings Accounts zurückgeführt werden, allerdings existieren, auf Basis von Berechnungen der Weltbank, einige Anhaltspunkte dafür, dass sie zumindest in erheblichem Maße dazu beigetragen haben.⁵⁰ Ein weiterer positiver Effekt ist, dass die hohe Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit im Rahmen des Systems der Medical Savings Accounts offensichtlich zu einer erhöhten Patientensouveränität und einem gestiegenen Kostenbewusstsein führt, was bedeutet, dass die Patienten während eines gesamten Behandlungsprozesses ihren Einfluss im Hinblick auf die Höhe der Ausgaben und die Ergebniswirksamkeit geltend machen werden.⁵¹ Dadurch wird gleichzeitig das Moral-Hazard-Risiko vermindert, wie in Kapitel 3.1.1 beschrieben.⁵² Die Voraussetzung dafür ist, dass die Behandlungskosten zu

⁴⁶ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 543; Schreyögg, J. (2003a), S. 69 und 74.

⁴⁷ Vgl. Schreyögg, J. (2003a), S. 76.

⁴⁸ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 545.

⁴⁹ Vgl. Schreyögg, J. (2003b), S. 513; World Health Organization (2010), S. 136.

⁵⁰ Vgl. Prescott, N. / Nichols, L. M. (1998), S. 22; Schreyögg, J. (2003b), S. 513.

⁵¹ Vgl. Low, L. / Choop, A. T. (1997), S. 60-61 zit. n. Schreyögg, J. (2003b), S. 513; Massaro, T. A. / Wong Y.-N. (1995), S. 271-272; Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 234.

⁵² Vgl. Schreyögg, J. (2003b), S. 513; Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 234; Hsiao, W. C. (2001), S. 734.

gering sind, um sie über die Versicherung abwickeln zu können und stattdessen die Gesundheitssparkonten zum Einsatz kommen. Zusätzlich wird die Entscheidungsverantwortung bezüglich eines effizienten Einsatzes von Ressourcen durch das System der Gesundheitssparkonten auf die Individuen verlagert, da die Trennung zwischen Nutzung und Finanzierung der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen, wie es in einer Versicherung der Fall ist, aufgehoben wird.⁵³ Des Weiteren lässt sich als positiver Effekt von Medical Savings Accounts anführen, dass das akkumulierte Vermögen aller Gesundheitssparkonten eine wichtige Kapital- und Wohlfahrtsquelle für Investitionen in Singapurs Volkswirtschaft darstellt.⁵⁴

Neben diesen positiven Effekten von Medical Savings Accounts, können aus dem Konzept allerdings auch negative Effekte resultieren. Beispielsweise können die Patienten stets einen Anreiz haben, die Finanzierung der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen nicht über ihren Medical Savings Account oder per Selbstfinanzierung zu begleichen, sondern über die Versicherung abzuwickeln.⁵⁵ Folglich werden die aus dem Gesundheitssparkonto zu finanzierenden Leistungen vermehrt durch kostenintensivere, über die Versicherung abdeckbare, Leistungen substituiert und es muss mit einem suboptimalen Einsatz von Therapien gerechnet werden. Die Leistungserbringer haben nämlich auch ein Interesse an der Abdeckung der Gesundheitsleistungen durch die Versicherung, da der Patient in diesem Nachfragebereich einer Ausdehnung der zu erbringenden Leistungen nur geringen Widerstand entgegenbringen wird. Des Weiteren kann es zu einem negativen Effekt in der Hinsicht kommen, dass die Verwaltungs- und Durchführungskosten der derzeitigen Einzelfallmethode bei der finanziellen Unterstützung im Krankheitsfall sowie der Bedarf an detaillierten, regelmäßig überarbeiteten Vorschriften und Bestimmungen beim Medisave-Programm bei steigender Inanspruchnahme überproportional zunehmen werden.⁵⁶ Nach der ausführlichen Darstellung der Medical Savings Accounts in Singapur stellt sich als zweiter Schwerpunkt dieser Arbeit nun die Frage, ob sich das System der Gesundheitssparkonten auch auf andere Gesundheitssysteme übertragen lässt und welche Herausforderungen und Chancen von diesem ausgehen.

⁵³ Vgl. Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 234; Klein, R. (2004), S. 519; Gitter, W. / Oberender, P. (1987), S. 103.

⁵⁴ Vgl. Schreyögg, J. (2003b), S. 513; Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 235.

⁵⁵ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 545.

⁵⁶ Vgl. Asher, M. G. / Nandy, A. (2006), S. 110.

5 Übertragbarkeit des Singapur-Modells auf andere Gesundheitssysteme

5.1 Herausforderungen und Chancen von Medical Savings Accounts

Medical Savings Accounts bringen sowohl Herausforderungen als auch Chancen mit sich, die vor einer möglichen Übertragung in das nationale Gesundheitssystem beachtet werden müssen. Eine Herausforderung in Bezug auf die Einführung von Medical Savings Accounts ist die so genannte Transformationsphase nach der Einführung.⁵⁷ Diese hat beispielsweise in Singapur mehrere Jahre gedauert. Viele Versicherte sind unmittelbar nach Einführung der Gesundheitssparkonten nicht in der Lage gewesen, dieser Verantwortung gerecht zu werden, ihre Beiträge auf den Medical Savings Accounts nachhaltig und sinnvoll einzusetzen. Die häufigste Ursache ist eine zu geringe Kenntnis bzw. Aufklärung beispielsweise über Preise von verschiedenen Behandlungsmethoden. Die Herausforderung ist das Meistern dieser Transformationsphase durch finanzielle Beratungen über Preise von Gesundheitsleistungen oder über Behandlungsmethoden, die auf den aktuellen Kontostand des Gesundheitssparkontos abgestimmt sind, um nach dieser Phase einen nachhaltigen, positiven Kosteneffekt in Bezug auf das Gesundheitssystem zu erzielen. Damit verbunden ist eine strikte, staatliche Planung und Kontrolle über das Gesundheitssystem, um die Hürden bei der Einführung zu mindern.⁵⁸ Eine weitere Herausforderung ist der Übergang vom alten zum neuen System.⁵⁹ Diese Herausforderung lässt sich am Beispiel von Singapur erläutern. Denn die Generation, die in Singapur vor dem Jahr der Einführung der Gesundheitssparkonten in den Ruhestand eintrat, war nicht mehr in der Lage, einen Kapitalstock aufzubauen, der für die Bedürfnisse nach Gesundheitsleistungen im Alter ausreichend ist. Daher wurde ein Gesetz verabschiedet, welches die Bürger von Singapur verpflichtet hat, für ihre bedürftigen, direkten Familienangehörigen zu sorgen.⁶⁰ Nur, wenn die direkten Angehörigen nicht in der Lage sind, für die bedürftigen Familienmitglieder zu zahlen, werden die Gesundheitsausgaben der Betroffenen staatlich finanziert.⁶¹ Jedes Land mit Interesse an der Einführung von

⁵⁷ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 234-235.

⁵⁸ Vgl. Asher, M. G. / Nandy, A. (2006), S. 105.

⁵⁹ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 235.

⁶⁰ Vgl. Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 235; Heesch, G. / Schuster, J. (2010), S. 134.

⁶¹ Vgl. Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 235.

Gesundheitssparkonten muss sich dieser Herausforderung annehmen und so wie Singapur eine Übergangsregelung für die ältere Generation schaffen.

Doch es gibt auch Chancen, die von Medical Savings Accounts ausgehen. Ein wesentlicher Bereich ist der Aufbau eines individuellen Kapitalstocks, sodass die angesparten Beiträge als Rückstellung für Gesundheitsausgaben im Alter dienen können (Kapitaldeckungsverfahren⁶²).⁶³ Dadurch soll die intergenerative Umverteilung, nach Überwindung der Transformationsphase, von jung zu alt schrittweise reduziert werden und hieraus erwächst die Chance, das Gesamtsystem im Hinblick auf die zu erwartende Alterung der Gesellschaft entlasten zu können, was durch das Umlageverfahren in einigen Ländern schon bald nicht mehr vollständig möglich ist.⁶⁴

Auf der einen Seite müssen vor Einführung von Medical Savings Accounts diese Herausforderungen und Chancen beachtet werden, andererseits stellt sich die Frage der generellen Übertragbarkeit des Singapur-Modells speziell auf die deutsche gesetzliche Krankenversicherung. Deswegen soll im nächsten Abschnitt zunächst die Reformbedürftigkeit der GVK aufgezeigt, daran anknüpfend ein Reformkonzept vorgestellt und abschließend die Frage erörtert werden, ob Medical Savings Accounts ein Vorbild für die Finanzierung von Gesundheitssystemen sein können.

5.2 Beurteilung der Medical Savings Accounts als Reformoption für das deutsche Gesundheitssystem

5.2.1 Reformbedarf in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, gerade in Bezug auf das Umlageverfahren, steht mit dem Schlagworten Bürgerversicherung und Kopfpauschale in der öffentlichen Diskussion.⁶⁵ Allerdings fand das alternative Finanzierungsmodell der Medical Savings Accounts bisher kaum Beachtung und dass, obwohl Reformbedarf in der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Die aktuelle Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung gleicht nämlich einem Dilemma.

⁶² Beim Kapitaldeckungsverfahren bildet ein Versicherter während seines Arbeitslebens durch die Beitragszahlungen ein Kapital. Hingegen wird bei dem Umlageverfahren kein Deckungskapital gebildet. Die laufenden Gesundheitsausgaben werden durch eine Umlage von jung zu alt finanziert.

⁶³ Vgl. Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 235.

⁶⁴ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 546; Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 235.

⁶⁵ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 542.

Auf der einen Seite führen ständig wachsende Gesundheitsausgaben, ursächlich wegen der demographischen Entwicklung, dem medizin-technischen Fortschritt und Fehlanreizen wie Moral Hazard, zu steigenden Beitragssätzen. Andererseits steigen dadurch die Lohnnebenkosten und die Finanzierungsbasis gerät unter Druck. Bisherige Reformbemühungen des Gesetzgebers haben auf eine Effizienzsteigerung des Systems sowie auf die Ausdünnung des Leistungskatalogs abgezielt und machen durch ihren nur kurzfristigen Erfolg klar, dass eine Reform bezüglich der Finanzierung des Gesundheitswesens notwendig ist. Eine Lösungsmöglichkeit für dieses Dilemma bzw. die Schwächen des existierenden Systems können Medical Savings Accounts sein.⁶⁶ Denn während die aktuelle Ausgestaltung des Umlageverfahrens in der GKV die Lasten des demographischen Wandels und des medizin-technischen Fortschritts größtenteils auf die arbeitende Generation überträgt, könnten obligatorische Medical Savings Accounts beispielsweise die intergenerative Lastenverteilung korrigieren, indem für den höheren zukünftigen Leistungsbedarf individuelle Rücklagen gebildet werden würden.⁶⁷

5.2.2 Ein Reformkonzept für die Einführung von Medical Savings Accounts

In der Literatur lassen sich unterschiedliche Überlegungen für eine Einführung von Gesundheitssparkonten in die GKV finden. Der Grund dafür ist, dass das Modell der Gesundheitssparkonten, wie in Kapitel 3.1 vorgestellt, verschiedene Ausgestaltungsformen haben kann. Ein Konzept von J. Schreyögg soll an dieser Stelle vorgestellt werden, um den Umfang dieser Arbeit nicht zu übersteigen. Das hier ausgewählte Reformkonzept für die Einführung von Medical Savings Accounts in die deutsche Gesetzliche Krankenversicherung zielt darauf ab, kurzfristig ohne grundlegende Änderung des bestehenden Systems eine Senkung der Beitragssätze herbeizuführen.⁶⁸ Ein entscheidender Vorteil dieses Konzepts ist, dass es als Ergänzung zu den bestehenden Finanzierungsformen wirkungsvoll eingesetzt werden kann. Die Idee ist eine Einführung eines verpflichtenden, aber sozial gestaffelten, Selbstbehalts pro Jahr, bis zu dessen Höhe die Gesundheitsleistungen durch den Versicherten zu tragen sind.⁶⁹ Der am Ende eines Jahres ungenutzte Selbstbehalt wird individuell ange-

⁶⁶ Vgl. Schreyögg, J. (2005), S. 65.

⁶⁷ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 546.

⁶⁸ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. (2005), S. 65.

⁶⁹ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 546.

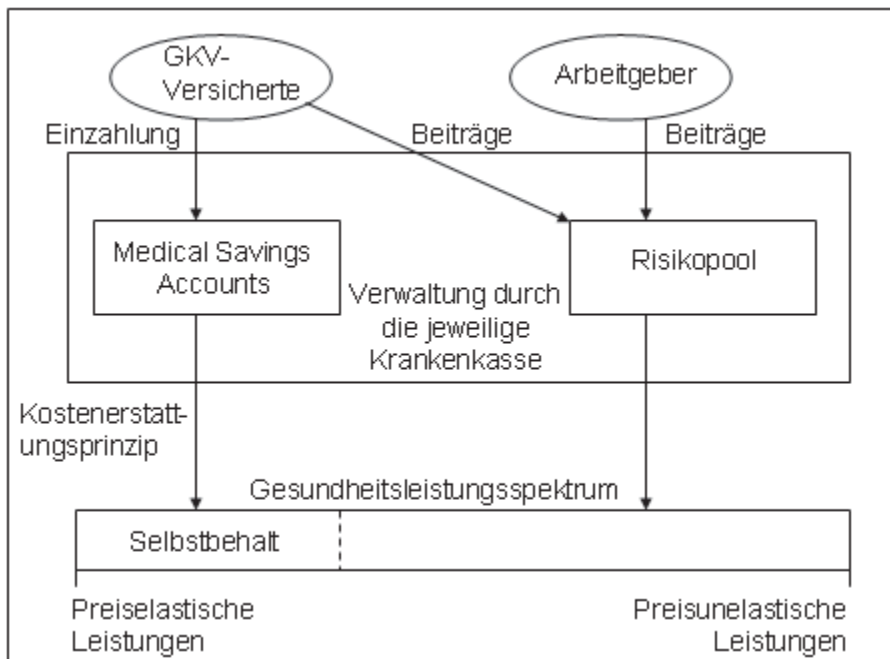
spart und später auf den Beitrag zur Krankenversicherung angerechnet. Dieses Konzept soll nun im Detail betrachtet werden.

Die GKV-Versicherten und die Arbeitgeber zahlen, wie bisher in der GKV, Beträge in den Risikopool der jeweiligen Krankenversicherung ein. Zusätzlich zahlen die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung in individualisierte und von derselben Krankenkasse verwaltete Medical Savings Accounts ein. Um den Moral-Hazard-Effekt zu verringern, decken die Gesundheitssparkonten im Rahmen des Kostenersattungsprinzips den Selbstbehalt der preiselastischen Gesundheitsleistungen ab, während die preisunelastischen Leistungen und die den Selbstbehalt übersteigenden preiselastischen Leistungen durch den Risikopool der jeweiligen Krankenkasse, wie bisher in der GVK, gemäß dem Sachleistungsprinzip erstattet werden. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss könnte die Entscheidung darüber getroffen werden, welche Leistungen eher preiselastisch sind und somit von dem Versicherten per Selbstbehalt getragen werden sollen, da dieser aktuell in der GVK den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung in Form von Richtlinien bestimmt.⁷⁰ Dabei sollte die Einzahlung von Beiträgen auf die jeweiligen Medical Savings Accounts verpflichtend erfolgen, sodass die Verfügbarkeit von Mitteln sichergestellt werden kann, um notwendige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können.⁷¹ Die am Ende eines Jahres überschüssigen Beiträge auf den Medical Savings Accounts können für diejenigen präventiven Gesundheitsleistungen eingesetzt werden, die nicht durch die GKV erstattet werden oder sie werden angespart und als individuelle Altersrückstellungen nach dem Renteneintritt auf den Beitrag zur Krankenkasse der einzelnen Versicherten angerechnet. Die folgende Abbildung 4 veranschaulicht das beschriebene Reformkonzept für die Gesetzliche Krankenversicherung.

⁷⁰ Vgl. Schreyögg, J. (2005), S. 66; Gemeinsamer Bundesausschuss (2011), S. 1.

⁷¹ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. (2005), S. 66-67.

Abbildung 4: Ergänzung der bestehenden Gesetzlichen Krankenversicherung durch Medical Savings Accounts



Quelle: In Anlehnung an Schreyögg, J. (2005), S. 66.

Dieser Reformvorschlag hat den Vorteil, dass er sich als Ergänzung relativ leicht in die bestehende Gesetzliche Krankenversicherung einfügen lässt.⁷² Allerdings muss zunächst ein institutioneller Rahmen für die Implementierung der Medical Savings Accounts geschaffen werden.⁷³ Dafür könnten in einer ersten Stufe für alle in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten sozial gestaffelte jährliche Mindestselbstbehalte eingeführt werden. Eine soziale Staffelung könnte derart gestaltet sein, dass freiwillig Versicherte einen jährlichen Selbstbehalt von beispielsweise 1.200 Euro pro Jahr zu tragen haben und Pflichtversicherte nur einen Selbstbehalt von 600 Euro tragen müssen, dessen Finanzierung über die Medical Savings Accounts erfolgen kann und welcher von der Krankenkasse monatlich steuerfrei erhoben wird. Die Sicherstellung des anfänglichen Kapitalaufbaus bei der Einführung der Medical Savings Accounts könnte dadurch erfolgen, dass die Versicherten das erste Jahr bereits in die Konten einzahlen, der Selbstbehalt jedoch erst im zweiten Jahr gilt. Neben den in Kapitel 3.4 dargestellten positiven Effekten, könnte durch diese Art von Selbstbehalt und der damit verbundenen Reduzierung der Leistungsausgaben das

⁷² Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 546.

⁷³ Vgl. hierzu und im Folgenden Schreyögg, J. (2005), S. 65-66.

Ausmaß der intergenerativen Umverteilung reduziert und dadurch der demographischen Entwicklung entgegengewirkt werden.⁷⁴ Allerdings wirkt dieser Vorschlag bei näherer Betrachtung wie eine Beitragsrückgewähr, da die Selbstbeteiligung als Beitrag vorab an die Versicherung fließt und nur bei Nichtinanspruchnahme nachträglich an den Versicherten zurückfließt.⁷⁵ Jedoch könnte dieses Reformmodell einen ersten Schritt für eine nachhaltige Gestaltung der Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems darstellen.⁷⁶

5.2.3 Zusammenfassende Beurteilung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zwar auf der einen Seite Reformbedarf in der Gesetzlichen Krankenversicherung bezüglich dessen Finanzierung besteht, auf der anderen Seite Medical Savings Accounts bisher kaum Beachtung fanden und das, obwohl es unterschiedliche Reformkonzepte für die Einführung von Gesundheitssparkonten gibt. Deswegen ist an dieser Stelle die Erörterung der folgenden Frage von besonderem Interesse: Sind Medical Savings Accounts, wie sie beispielsweise in Singapur eingeführt wurden, ein Vorbild für die Finanzierung von Gesundheitssystemen? Der Focus liegt dabei auf Deutschland, insbesondere der GKV, da die Betrachtung von weiteren Ländern den Umfang dieser Arbeit übersteigen würde.

Die Medical Savings Accounts in Singapur sind definitiv in der Hinsicht ein Vorbild für die Finanzierung von Gesundheitssystemen, dass sie viele positive Effekte und Chancen mit sich bringen, wie in Kapitel 3.4 und 4.1 beschrieben. Ungeachtet der genauen Ausgestaltung können Medical Savings Accounts, wie das oben beschriebene Reformkonzept zeigt, vergleichsweise problemlos als Ergänzung in das bestehende System der GKV wirkungsvoll integriert werden.⁷⁷ Denn trotz veränderter Zahlungsregelungen würde der Vollversicherungsschutz und der deutsche Solidariätsgedanke der GKV weitgehend bestehen bleiben, da sowohl das finanzielle Risiko für sehr ausgabenintensive Erkrankungen als auch für gewöhnliche Erkrankungen weiterhin abgedeckt werden würde.⁷⁸ Eine vollständige Übertragung eines solchen

⁷⁴ Vgl. Schreyögg, J. (2005), S. 67.

⁷⁵ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 546.

⁷⁶ Vgl. Schreyögg, J. (2005), S. 67.

⁷⁷ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 547; Schreyögg, J. (2003a), S. 156.

⁷⁸ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 546.

Systems im Sinne einer radikalen Reform anzustreben, scheint aber kaum realistisch.⁷⁹ Der Grund dafür ist einerseits, dass mit wachsenden Gesundheitsausgaben im höheren Alter die individuellen Kapitalrücklagen nachträglich erhöht werden müssten, was für ältere Versicherungsmitglieder zu einer stärkeren Prämienhöhung führen würde als für jüngere.⁸⁰ Andererseits ergibt sich je nach Ausgestaltung der Kapitalbildung in der GKV ein zusätzliches Wettbewerbshindernis, da beim Wechsel einer Krankenversicherung die bereits geleisteten Kapitalrückstellungen und deren Zinsanteil nicht verloren gehen sollen. Eine Mitgabe der individuellen Altersrückstellungen kann zu einer negativen Risikoauslese, auch Adverse Selektion genannt, führen, wenn nur noch „schlechte“ Risiken in einer Versicherung verbleiben, die nicht wechseln können, da sie bei einer anderen Versicherung einen Risikoaufschlag zahlen müssten.⁸¹

Für eine erfolgreiche Implementierung in die deutsche GKV müssen allerdings mögliche Hindernisse im Vorfeld geklärt und gegebenenfalls beseitigt werden. Wie das in Kapitel 4.2.2 beschriebene Reformkonzept betont, bedarf es einer trennscharfen Abgrenzung der Gesundheitsleistungen, die aus der Versicherung bzw. dem Risikopool, dem Sparkonto oder aus eigener Tasche abzudecken sind, um insbesondere die positiven, allokativen Wirkungen erzielen zu können und Wohlfahrtsverluste aufgrund von Moral Hazard zu minimieren.⁸² Außerdem müssen die Krankenversicherungsbeiträge in verschiedene Teile aufgespalten werden.⁸³ Entweder in einen Sparbeitrag und einen Großrisikobeitrag, wie im Reformkonzept beschrieben, oder in drei Teile mit einem zusätzlichen Rückversicherungsbeitrag. Diese Rückversicherung wird durch eine Prämie pro Monat finanziert und füllt die Sparkonten auf, falls sie am Ende eines Vierjahreszeitraums einen negativen Saldo aufweisen. Auch eine Übergangsregel zu einem Sparkontensystem wurde im obigen Reformkonzept erarbeitet.⁸⁴ Die Umsetzung eines Reformvorschlages könnte zunächst auf Projektbasis durch einzelne Krankenkassen erfolgen, die gemäß § 63 Sozialgesetzbuch (SGB) V einen Antrag auf ein Modellvorhaben beim Bundes- bzw. Landesversicherungsamt

⁷⁹ Vgl. Wimmer, A. (2008), S. 272-273.

⁸⁰ Vgl. hierzu und im Folgenden Knappe, E. (2006), S. 232.

⁸¹ Vgl. Knappe, E. (2006), S. 232-233; von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 297.

⁸² Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 547; Schreyögg, J. (2003a), S. 155; Schreyögg, J. / Busse, R. (2004), S. 236.

⁸³ Vgl. hierzu und im Folgenden von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 98-99.

⁸⁴ Vgl. Schreyögg, J. (2003a), S. 156.

stellen können.⁸⁵ Gegen die Übertragbarkeit des Singapur-Modells auf andere Gesundheitssysteme, insbesondere auf die deutsche GKV, spricht, dass Singapur ein kleines, überschaubares Land ist, in dem derartige Systeme leichter zu managen sind, weswegen andere Länder mit Medical Savings Accounts diese nicht flächendeckend eingeführt haben.⁸⁶ Allerdings ist dem entgegenzusetzen, dass MSA nur als Ergänzung zum aktuellen System eingeführt werden können.

Folglich verdient das Konzept der Medical Savings Accounts eine größere Beachtung in der aktuellen Diskussion.⁸⁷ Wenn die Gesundheitspolitik eine drohende Rationalisierung mit erheblichen sozialen Folgen vermeiden will, wird sie mittelfristig nicht um eine Modifizierung der bestehenden Form der Mittelaufbringung in der GKV herumkommen und Konzepte zu mehr Eigenverantwortlichkeit der Versicherten im Rahmen von Medical Savings Accounts werden im Laufe der Zeit vermutlich an Bedeutung gewinnen, auch wenn es Argumente gegen die Übertragbarkeit von Medical Savings Accounts auf das deutsche Gesundheitssystem gibt.⁸⁸ Abschließend soll nun im nächsten Kapitel eine Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse erfolgen.

6 Fazit

Singapur hat ein einzigartiges tertiäres Gesundheitssystem entwickelt, das seit seiner Einführung im Jahre 1984 die Gesundheitsausgaben auf einem niedrigen Niveau hält und der demographischen Entwicklung der Bevölkerung entgegenwirkt.⁸⁹ Es setzt bei der Finanzierung des Gesundheitssystems im Rahmen der Medical Savings Accounts auf ein individuelles Pflichtsparsystem mit mehr Eigenverantwortung und verzichtet damit auf ein Risikopooling.⁹⁰ Das Konzept der Medical Savings Accounts als Teil des überordneten und staatlich verwalteten Sparprogramms namens Central Provident Fund, welches Krankenversicherung sowie individuelle Rücklagenbildung verbindet, stellt einen wesentlichen Schwerpunkt dieser Arbeit

⁸⁵ Vgl. Schreyögg, J. (2003a), S.154; Pütz, C. (2004), S. 523; Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 546.

⁸⁶ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 98.

⁸⁷ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 547.

⁸⁸ Vgl. Schreyögg, J. (2003a), S. 67-68 sowie S. 157.

⁸⁹ Vgl. Schreyögg, J. (2003a), S. 18.

⁹⁰ Vgl. Asher, M. G. / Nandy, A. (2006), S. 93.

dar.⁹¹ Auch die einleitend genannte ökonomische Fragestellung kann nun beantwortet werden. Denn MSA können durchaus, wegen ihrer Funktionsweise als Selbstbeteiligung, geeignet sein, um das Moral-Hazard-Risiko zu verringern, da sie durch eine effizientere Allokation der Ressourcen zu einer Reduktion von Wohlfahrtsverlusten führen.

Bleibt noch die Frage zu klären, ob das singapurische Gesundheitssparkkontenmodell ein Vorbild für die Finanzierung von Gesundheitssystemen, speziell für die deutsche GKV, sein kann? Ungeachtet der genauen Ausgestaltung kann festgehalten werden, dass die MSA mit einem ausgereiften Reformkonzept vergleichsweise problemlos als Ergänzung in die deutsche GKV integriert werden und somit ein Finanzierungsvorbild sein können.⁹² Denn wenn die Gesundheitspolitik eine drohende Rationalisierung vermeiden will, wird sie auf mittlere Sicht nicht um eine Modifizierung der bestehenden Form der Mittelaufbringung in der GKV herumkommen.⁹³ Deswegen verdient das Konzept der MSA eine größere Beachtung in der Politik, da es eine Effizienzsteigerung des Gesundheitssystems erwarten lässt und es daher vermutlich nur noch eine Frage der Zeit ist, wann eine Diskussion um eine Anspärlösung in Form von MSA auch in Deutschland Einzug erhält.⁹⁴ Ferner kann über diese Arbeit hinaus diskutiert werden, inwieweit Medical Savings Accounts ein Finanzierungsvorbild für andere Länder sein können.

⁹¹ Vgl. hierzu und im Folgenden Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 543.

⁹² Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 547.

⁹³ Vgl. Schreyögg, J. (2005), S. 67; Spreemann, B. (2004), S. 79.

⁹⁴ Vgl. Daumann, F. / Bornemann, S. (2006), S. 547.

Literaturverzeichnis

Asher, M. G. / Nandy, A. (2006):

Finanzierung des Gesundheitssystems in Singapur: Ein Plädoyer für systemische Reformen, in: Internationale Revue für soziale Sicherheit, 59. Jg., Heft 1, S. 93-117.

Barr, M. D. (2001):

Medical Savings Accounts in Singapore: A Critical Inquiry, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 26. Jg., Heft 4, S. 709-726.

Bornemann, S. / Daumann, F. (2005):

Medical Savings Accounts als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 59. Jg., Heft 3-4, S. 42-46.

Burger, A. (1997):

Rentenversicherung in Singapur: kapitalgedeckte gesetzliche Rentenversicherung in staatlicher Hand, in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Deutsche Rentenversicherung, Heft 5-6, S. 335-344.

Chia, N.-C. / Tsui, A. K. C. (2005):

Medical Savings Accounts in Singapore: How Much is Adequate?, in: Journal of Health Economics, 24. Jg., Heft 5, S. 855-875.

Daumann, F. / Bornemann, S. (2006):

Medical Savings Accounts – Darstellung und Übertragbarkeit auf die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (Wist) – Zeitschrift für Ausbildung und Hochschulkontakt, 35. Jg., Heft 10, S. 542-547.

Dong, W. (2006):

Can Health Care Financing Policy be Emulated? The Singaporean Medical Savings Accounts Model and its Shanghai Replica, in: Journal of Public Health, 28. Jg., Heft 3, S. 209-214.

Eschenfelder, J. (2005):

Auf hohem Niveau – Singapur zählt zu den wohlhabendsten Staaten der Welt, in: Altenpflege: Magazin für Fachkräfte in der Altenpflege, 30. Jg., Heft 7, S. 35-37.

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2011):

Der Gemeinsame Bundesausschuss, URL: <http://www.g-ba.de/#footer> [Stand: 21.03.2011].

Gitter, W. / Oberender, P. (1987):

Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV, Baden-Baden.

Ham, C. (2001):

Commentary – Values and Health Policy: The Case of Singapore, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 26. Jg., Heft 4, S. 739-745.

Heesch, G. / Schuster, J. (2010):

Gesund in Singapur – Der asiatische Stadtstaat als Vorbild, Sparen mit Singapur, in: Focus: das moderne Nachrichtenmagazin, Heft 9, S. 134-136.

Hsiao, W. C. (2001):

Commentary – Behind the Ideology and Theory: What is the Empirical Evidence for Medical Savings Accounts?, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 26. Jg., Heft 4, S. 733-737.

Hsiao, W. C. (1995):

Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore, in: Health Affairs, 14. Jg., Heft 2, S. 260-266.

Klein, R. (2004):

Ansparen von Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung?, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 73. Jg., Heft 4, S. 510-521.

Knappe, E. (2006):

Ein Finanzierungssystem für die Krankenversicherung im Zielkonflikt zwischen Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit, in: Daumann, F. / Okruch, S. / Mantzavinos, C. (Hrsg.), Wettbewerb und Gesundheitswesen: Konzeptionen und Felder ordnungsökonomischen Wirkens, Andrassy Schriftenreihe, Bd. 4, S. 221-239.

Low, L. / Choop, A. T. (1997):

Housing a Healthy, Educated and Wealthy Nation through the CPF, Singapur.

Massaro, T. A. / Wong, Y.-N. (1995):

Positive Experience with Medical Savings Accounts in Singapore, in: Health Affairs, 14. Jg., Heft 2, S. 267-272.

Pollert, A. / Kirchner, B. / Polzin, J. M. (2004a):

Leistungsfähigkeitsprinzip, in: Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) (Hrsg.), Das Lexikon der Wirtschaft, Bd. 414, Bonn, S. 180.

Pollert, A. / Kirchner, B. / Polzin, J. M. (2004b):

Tigerstaaten, in: Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) (Hrsg.), Das Lexikon der Wirtschaft, Bd. 414, Bonn, S. 237.

Pollert, A. / Kirchner, B. / Polzin, J. M. (2004c):

Schwellenländer, in: Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) (Hrsg.), Das Lexikon der Wirtschaft, Bd. 414, Bonn, S. 235.

Prescott, N. / Nichols, L. M. (1998):

International Comparison of Medical Savings Accounts, in: Prescott, N. (Hrsg.), Choices in Financing Health Care and Old Age Security, World Bank Discussion Paper No. 392, Washington D. C., S. 19-32.

Pütz, C. (2004):

Krankensparkonten aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Versicherten – Korreferat zum Beitrag von Ronny Klein: „Ansparen von Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung?“, in: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 73. Jg., Heft 4, S. 522-527.

Puha, K. H. / Teng, Y. M. (1998):

Financing Health Care in Old Age: A Case Study of Singapore, in: Prescott, N. (Hrsg.), Choices in Financing Health Care and Old Age Security, World Bank Discussion Paper No. 392, Washington D. C., S. 33-42.

Reisman, D. A. (2006):

Medisave and Medishield in Singapore: Getting the Balance Right, in: Savings and Development: Quarterly Review, 30. Jg., Heft 2, S. 189-215.

Sauerland, D. (2006):

Gesundheitssystem-Management in Bosnien-Herzegowina: Ordnungspolitische Grundlagen und Implikationen aus den Erfahrungen in Deutschland, in: Braun, H. / Spiric, N. (Hrsg.), Soziale Sicherungssysteme in Deutschland und Bosnien-Herzegowina: Historische Erfahrungen, Problemanalysen, Empfehlungen, Weiden, Regensburg, S. 73-110.

Schreyögg, J. (2005):

Medical Savings Accounts als kapitalgedecktes Finanzierungssystem – eine Chance für die deutsche GKV?, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, 11. Jg., Heft 3, S. 58-68.

Schreyögg, J. / Kin, L. M. (2004):

Health-Care Reforms in Singapore – Twenty Years of Medical Savings Accounts, in: CESifo DICE Report: Journal for Institutional Comparisons, 2. Jg., Heft 3, S. 55-60.

Schreyögg, J. / Busse, R. (2004):

Medical Savings Accounts (MSAs) – Ein Modell auch für Deutschland? Wie Singapur hohe Gesundheitskosten spart, in: Die BKK – Zeitschrift der betrieblichen Krankenversicherung, 92. Jg., Heft 6, S. 230-236.

Schreyögg, J. (2003a):

Medical Savings Accounts – Eine ökonomische Analyse von Gesundheitssparkonten unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitssystems in Singapur, Baden-Baden.

Schreyögg, J. (2003b):

Medical Savings Accounts – Eine internationale Bestandsaufnahme des Konzepts der Gesundheitssparkonten und seine Implikationen für Deutschland, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 92. Jg., Heft 3, S. 507-532.

Singapore Department of Statistics (Hrsg.) (2010):

Key Demographic Indicators, 1970 – 2010, Population Trends 2010, URL: <http://www.singstat.gov.sg/stats/themes/people/popnindicators.pdf> [Stand: 07.03.2011].

Spreemann, B. (2004):

Gesundheitssparkonten – ein Modell auch für Deutschland?, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, 10. Jg., Heft 3, S. 77-79.

Strassl, W. (1988):

Externe Effekte auf Versicherungsmärkten: Eine alloktionstheoretische Begründung staatlicher Regulierung, Tübingen.

von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007):

Gesundheitsökonomik, 2. Aufl., Tübingen.

von der Schulenburg, J.-M. (2005):

Versicherungsökonomik – Ein Leitfaden für Studium und Praxis, Karlsruhe.

von der Schulenburg (1987):

Selbstbeteiligung – Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Tübingen.

Wimmer, A. (2008):

Möglichkeiten der Effizienzsteigerung für die private und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland – Analyse unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit internationaler Krankenversicherungssysteme, Karlsruhe.

World Health Organization (Hrsg.) (2010):

World Health Statistics 2010, URL: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf [Stand: 15.03.2010].



8 Die spezielle Regulierung der Gesundheitsversorgung in Japan – Ein nachhaltiges Modell zur Kostenkontrolle und effizienten Allokation von Gesundheitsleistungen?

Christopher James Hunter



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	240
1 Einleitung.....	241
2 Die Gesundheitsversorgung Japans	242
2.1 Die Historische Entwicklung des Gesundheitssystems.....	242
2.2 Das heutige Gesundheitssystem in Japan.....	244
2.2.1 Die Krankenversicherungen	244
2.2.2 Die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und Vergütungsstrukturen	247
2.2.3 Der Arzneimittelmarkt.....	250
3 Kritische Würdigung des japanischen Gesundheitssystems	252
4 Zukünftige Herausforderungen an das japanische Gesundheits- system.....	258
Literaturverzeichnis	262



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AIDS	Aquired Immune Deficiency Syndrome
Aufl.	Auflage
Bd.	Band
Bio.	Billionen
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
et al.	et alia (und andere)
evtl.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
Jg.	Jahrgang
Nr.	Nummer
OECD	Organization for economic Co-operation and Development
o. O.	ohne Ort
OP	Operation
S.	Seite
u. A.	unter Anderem
usw.	und so weiter
Vgl.	vergleiche
WBI	World Bank Institute
z. B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

1 Einleitung

Seit 1961 bietet das japanische Gesundheitssystem sowohl die Erstattung der Behandlungskosten, als auch monetäre Zahlungen für die gesamte japanische Bevölkerung.¹ Die Kosten der Gesundheitsversorgung in Japan sind im Vergleich zu anderen OECD Nationen trotzdem auf einem unterdurchschnittlichen Niveau.² Allerdings stehen auch dem japanischen System einige Herausforderungen bevor, die es für eine nachhaltige Kostenkontrolle in der Gesundheitspolitik zu bewältigen gilt. Um diesen Problemen zu begegnen hat die japanische Regierung in der Vergangenheit bereits einige Reformen verabschiedet, die zum Einen die Gesundheitskosten auf einem niedrigen Niveau halten, und zum Anderen die Allokation von Gesundheitsleistungen verbessern sollen. Unter Allokation von Gesundheitsleistungen soll im weiteren Verlauf die Spezialisierung auf bestimmte Behandlungsformen mit den gegebenen Ressourcen verstanden werden. Untersucht werden soll dabei, ob die Aufstellung und Spezialisierung von Gesundheitseinrichtungen effizient ausgestaltet ist und den zukünftigen Herausforderungen gerecht wird.

In Zeiten international steigender Gesundheitsausgaben ist es ratsam, die Gesundheitssysteme und Finanzierungswege vermeintlich effizient arbeitender Länder zu analysieren und ggf. vorbildliche Innovationen und Problemlösungsstrategien auch in Staaten mit höheren Gesundheitsausgaben anzuwenden. Das japanische Gesundheitssystem könnte durch seine geringe Kostenlast als Vorbild für andere Nationen dienen. Dazu bedarf es jedoch einer Analyse, ob und inwieweit das japanische Modell eine Vorbildfunktion für andere Nationen darstellt. Im Folgenden wird daher erläutert, wie sich die Gesundheitsversorgung in Japan historisch entwickelt hat und das aktuelle System ausgestaltet ist. Zudem wird dabei auf die zukünftigen Herausforderungen an das Gesundheitssystem, und die Regulierungsmaßnahmen durch die japanische Regierung eingegangen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Ausgestaltung der Regulierung im Bereich der Arzneimittelpreise. Dafür wird in einem vorangestellten Kapitel die ökonomische Theorie zur optimalen Preissetzung auf dem Arzneimittelmarkt erläutert und später, unter dem Oberpunkt der Regulierung,

¹ Vgl. Okamura, S. (2009), S. 3.

² Vgl. Okamura, S. (2009), S. 6.

mit der tatsächlichen Ausgestaltung der Preisfestlegung in Japan verglichen. Zielsetzung dieser Arbeit ist es, zu bewerten ob die regulierenden Maßnahmen des Staates tatsächlich dazu beitragen die Kosten des Gesundheitssystems nachhaltig zu senken und zudem den Bürgern eine Gesundheitsversorgung zu bieten, die den Herausforderungen der Zukunft gewachsen ist. Dabei soll auch auf die Vor- und Nachteile der Regulierungsmaßnahmen eingegangen werden und auf möglichen Verbesserungsbedarf hingewiesen werden.

2 Die Gesundheitsversorgung Japans

2.1 Die Historische Entwicklung des Gesundheitssystems

Die erste verpflichtende Krankenversicherung für Arbeitnehmer im privaten Sektor wurde 1922 durch das Krankenversicherungsgesetz beschlossen.³ Bis zu diesem Zeitpunkt gab es eine Krankenversicherung von Arbeitnehmern in privaten Unternehmen nur auf freiwilliger Basis, und nur wenige Unternehmen boten eine solche Versicherung an. Allerdings war auch das Krankenversicherungsgesetz auf Unternehmen mit mehr als 10 Arbeitern beschränkt, außerdem waren Arbeitnehmer mit einem jährlichen Einkommen von über 1200 Yen von der Pflichtversicherung ausgeschlossen.⁴ Die bedeutendsten Leistungen dieses Gesetzes waren die Übernahme von Behandlungskosten für Krankheiten und Verletzungen bis zu einer Dauer von 180 Tagen. Unternehmen mit mehr als 300 Arbeitnehmern durften eigene Krankenversicherungen gründen und dort ihre Mitarbeiter versichern. Dies war der Beginn einer noch heute etablierten Trennung von privaten und staatlichen Krankenkassen in Japan. Finanziert wurden die Versicherungen durch lohnproportionale Beiträge.⁵ Mitte der 1930er Jahre wuchs der staatliche Einfluss auf das Gesundheitswesen. So führte die Regierung 1938 öffentliche Gesundheitszentren ein, die das Ziel eines gesunden Volkes und gesunder Soldaten sichern sollten. Zudem wurden das Gesundheitsministerium und in jeder Kommune auch eine nationale Krankenkasse für die Selbstständigen, die Fischer und Landwirte eingeführt.⁶ Ab 1939 durften sich auch

³ Die Einführung verzögerte sich bis 1927 aufgrund des großen Kanto-Erdbebens.

⁴ Vgl. Fukawa, T. (2002), S. 1.

⁵ Vgl. Powell, M. / Anesaki, M. (1990), S. 36- 37.

⁶ Vgl. Powell, M. / Anesaki, M. (1990), S. 48.

die Angehörigen⁷ der versicherten Arbeitnehmer freiwillig mitversichern und die Dauer der Leistungen vervierfachte sich von 180 Tagen auf zwei Jahre. Desweiteren wurden nun auch Seeleute und Büroangestellte versichert. Im Jahr 1945 war ein Drittel der japanischen Bevölkerung krankenversichert.⁸

Nach dem zweiten Weltkrieg wurden die Sozialversicherungssysteme in Japan verbessert, und die staatlichen Gesundheitseinrichtungen durch die Besatzungsmächte in privaten Besitz oder in die Hände von Organisationen übergeben.⁹ Im Jahr 1948 wurde ein neues Gesetz verabschiedet, das den Arbeitnehmern eine umfangreichere Versorgung versprach. 1954 gab die Regierung erstmals eine Milliarde Yen zur Subventionierung der staatlich organisierten Krankenversicherung aus. Das erklärte Ziel der japanischen Regierung, die gesamte Bevölkerung zu versichern, wurde schließlich im Jahr 1961 erreicht. Die anfallenden Behandlungskosten wurden für Versicherte in der Arbeitnehmersversicherung vollständig, für deren Angehörige und Versicherte der nationalen Versicherung sowie deren Angehörige je zur Hälfte übernommen. Nachdem sich die Krankenversicherung in den 1960er Jahren etabliert hatte, wurden die Leistungen in den 1970er Jahren nochmals verbessert.¹⁰ Unter anderem wurde für die Selbstbeteiligungen eine Obergrenze festgelegt und der Eigenanteil der Älteren wurde durch öffentliche Mittel bezahlt. Auch die Erstattungssätze erhöhten sich bis auf 80% im Jahr 1980.¹¹ 1982 wurde ein spezielles Zusatzprogramm für die Älteren eingeführt, um den steigenden Kostendruck gerechter verteilen zu können. In den Jahren seit 1984 wurden die Eigenanteile wieder sukzessive erhöht und liegen heute bei 30% in allen Krankenversicherungen.¹²

⁷ Angehörige sind in diesem Sinne Familienangehörige, die wirtschaftlich vom Versicherungsnehmer abhängig sind.

⁸ Vgl. Powell, M. / Anesaki, M. (1990), S. 49- 50.

⁹ Vgl. Powell, M. / Anesaki, M. (1990), S. 49.

¹⁰ Vgl. Fukawa, T. (2002), S. 1- 2.

¹¹ Vgl. Fukawa, T. (2002), S. 3.

¹² Vgl. Fukawa, T. (2002), S. 2.

2.2 Das heutige Gesundheitssystem in Japan

2.2.1 Die Krankenversicherungen

Das aktuell in Japan implementierte System zur Gesundheitsversorgung lässt sich grob in drei Versicherungsmodelle einteilen.¹³ Dies sind die staatlich geführte Arbeitnehmersversicherung, die betriebliche Arbeitnehmersversicherung, und die nationale Krankenversicherung.¹⁴ Die Zugehörigkeit zu einer Krankenversicherung lässt sich nicht frei wählen, sondern richtet sich nach der beruflichen Tätigkeit und nach dem Wohnort.¹⁵

In der Arbeitnehmersversicherung, unabhängig davon ob betrieblich oder staatlichgeführt, sind alle Angestellten, Arbeiter und Seeleute, sowie deren nichterwerbstätige Familienangehörige versichert. Ob ein Versicherungsnehmer innerhalb der Arbeitnehmersversicherung unter in der staatlichen oder einer der 1584 verschiedenen Betriebskrankenkassen versichert ist, hängt davon ab, wie viele Arbeitnehmer sein Arbeitgeber beschäftigt. Unternehmen mit mehr als 700 Arbeitnehmern sind berechtigt eigene Betriebskrankenkassen zu führen.¹⁶ Angestellte kleiner und mittelgroßer Unternehmen, deren Arbeitgeber keine eigene Krankenversicherung anbieten kann, sind über die staatlich geführte Arbeitnehmersversicherung versichert. Bis zum Jahr 2008 wurde diese von der staatlichen Krankenversicherungsagentur betrieben, die bis dahin größter Sozialversicherungsträger in Japan war. Seitdem ist dieses Versicherungsmodell der japanischen Krankenversicherungsvereinigung unterstellt und nicht mehr zentralstaatlich geleitet. Die Seeleute und Tagelöhner hingegen sind unverändert über die staatliche Krankenversicherungsagentur versichert. Beamte und Staatsbedienstete sind durch eigene Versicherungsgesellschaften ihrer jeweiligen Behörde versichert.¹⁷ Kommunal Angestellte dagegen durch Versicherungsträger ihrer jeweiligen Präfektur oder Großkommune.¹⁸ Lehrer an Privatschulen sind

¹³ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 37.

¹⁴ Andere Quellen sprechen auch von zwei Modellen, wobei die Unterscheidung in staatliche und betriebliche Krankenversicherung zusammengefasst als Arbeitnehmersversicherung bezeichnet werden.

¹⁵ Vgl. Jones, R. S. (2009), S. 9.

¹⁶ Vgl. Kasza, G. J. (2006), S. 94.

¹⁷ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 37.

¹⁸ Große Kommunen mit Präfekturstatus.

ebenfalls durch eine gesonderte Kasse versichert. Die Arbeitnehmersversicherung umfasst 59% der japanischen Bevölkerung.¹⁹

Durch die zweite große Versicherung, die nationale Krankenversicherung, sind die Landwirte, die Selbstständigen, Arbeitslosen und Rentner versichert.²⁰ Daraus folgt, dass mit Eintritt des Ruhestandes ein Arbeitnehmer der zuvor über die Arbeitnehmersversicherung versichert war, zur nationalen Versicherung wechselt. Infolgedessen sind große Arbeitgeber mit eigener Krankenkasse nicht mehr für ihre pensionierten Arbeitnehmer verantwortlich. Da sich die Versichertenstruktur in dieser Gruppe somit altersbedingt verschlechtert, sank in der Vergangenheit das Leistungsniveau ab. Um diesen Nachteil auszugleichen wurde 1983 eine eigene Kostenstelle für die Älteren eingeführt, wodurch diese von den anderen Versicherten der nationalen Versicherung abgesondert wurden. Dies hat zur Folge, dass sowohl die Beiträge der Rentner selbst, als auch Beiträge von Krankenkassen aus der Arbeitnehmersversicherung zur Deckung der Kosten für diese Kostenstelle herangezogen werden.²¹ Versicherungsträger der nationalen Versicherung sind die kommunalen Regierungen der einzelnen Städte. Einige werden allerdings auch von Berufsverbänden getragen, die bestimmte Selbstständige versichern. Es existieren 1835 kommunal verwaltete, und 166 von Berufsverbänden getragene Krankenkassen. Auch in der nationalen Krankenversicherung gibt es eine Mitversicherung für Angehörige.²²

Die Arbeitnehmersversicherung und die nationale Krankenversicherung decken zusammen die gesamte Bevölkerung ab. Die Leistungen beider Systeme sind grundsätzlich gleich, allerdings unterscheidet sich die Finanzierung hinsichtlich der Beiträge und staatlichen Zuschüsse.²³

¹⁹ Vgl. Ishii, M. (2007), S. 4.

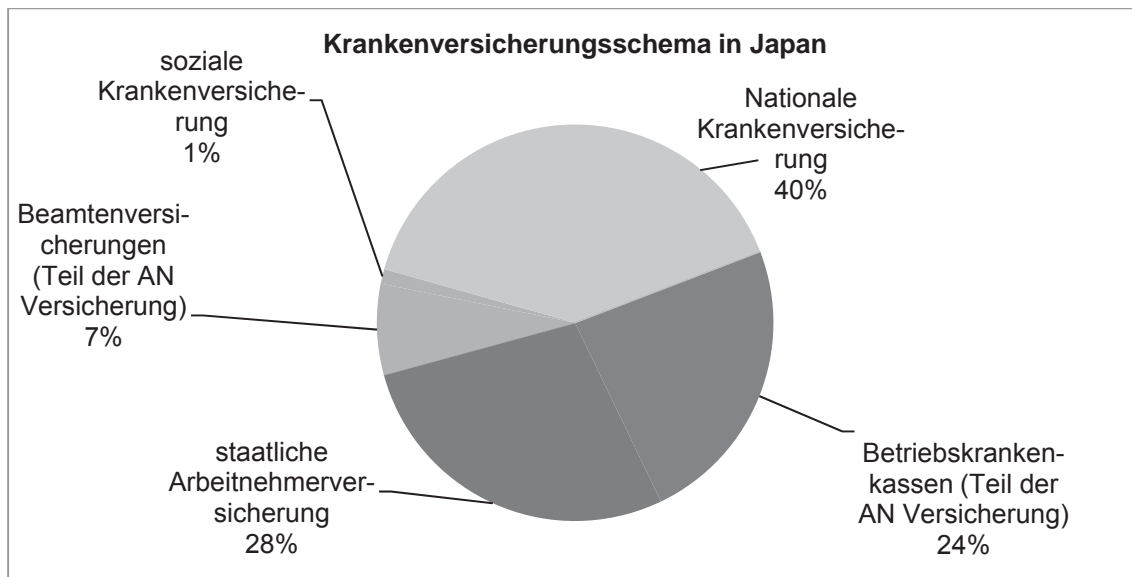
²⁰ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 38.

²¹ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 39.

²² Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 38; Fukawa, T. (2002), S. 5.

²³ Vgl. Fukawa, T. (2002), S. 4.

Abbildung 1: Krankenversicherungsschema in Japan



Quelle: In Anlehnung an Ministry of Health, Labour and Welfare (2007), zit. n. Jones, R. S. (2009), S. 10.

Zusätzlich zu den drei Krankenversicherungsmodellen gibt es, wie bereits erwähnt, noch die Gesundheitsleistungen für die Älteren, ein spezielles Zusatzprogramm für alle Personen ab 75 Jahren, sowie alle ab 65, die bettlägerig sind. Dabei ist es unwichtig, in welcher Krankenversicherung, also Arbeitnehmer oder nationaler Krankenversicherung, sie versichert sind.²⁴ Finanziert wird es, abgesehen von den Selbstbeteiligungen der Patienten, zu 58% durch die Kommunen und zu 42% durch Zahlungen der Krankenkassen.²⁵ Durch dieses Programm sollen die durch ältere Menschen entstehenden Gesundheitskosten ausgeglichener auf verschiedene Krankenkassen verteilt werden.²⁶ So müssen Krankenkassen mit einem geringeren Anteil an älteren Personen als dem nationalen Durchschnitt mehr, Krankenkassen mit mehr Versicherten dieser Altersgruppe weniger zu diesen Gesundheitsleistungen beitragen.²⁷ Außerdem sieht das Programm eine höhere Kostenbeteiligung der Älteren vor. So müssen diese 400 Yen pro Monat für ambulante Behandlungen extra zuzahlen, sowie 300 Yen für jeden Tag im Krankenhaus bei stationärer Behandlung.²⁸ Auch die Selbstbeteiligung der Älteren stieg mit der Gesundheitsreform 2006 auf den gleichen

²⁴ Vgl. Fukawa, T. (2002), S. 5.

²⁵ Vgl. Okamura, S. (2009), S. 3.

²⁶ Vgl. Fukawa, T. (2002), S. 3.

²⁷ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 66.

²⁸ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 112.

Prozentsatz an wie für die übrigen Altersgruppen ab drei Jahren. Menschen ab 70 müssen 20% zahlen.²⁹

2.2.2 Die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und Vergütungsstrukturen

Das japanische Gesundheitssystem ist charakterisiert durch öffentliche Finanzierungsstrukturen und vorrangig private Gesundheitsdienstleister.³⁰ Die Angebotsseite der Gesundheitsversorgung besteht aus zwei parallel zueinander bestehenden Systemen. Einerseits sind dort die Krankenhäuser und kleineren Kliniken, die in Japan eine sehr starke Marktposition einnehmen, und sowohl stationäre, als auch ambulante Dienste anbieten. Sie können entweder staatlich oder privat geführt sein. Zum Anderen gibt es noch die öffentlichen und die kommunalen Gesundheitszentren, die von den Präfekturen bzw. den kommunalen Regierungen und großen Städten betrieben werden. Die Gesundheitszentren auf präfekturaler Ebene dienen dabei in erster Linie nicht der Behandlung von Patienten, sondern nehmen eher administrative und regulatorische Aufgaben wahr.³¹ Anders ist es bei den kommunalen Gesundheitszentren. Diese sind dazu gedacht, den Patienten eine erste Anlaufstelle und nötige Erstbehandlung zu geben. Im Jahr 2005 gab es 2692 Gesundheitszentren dieser Art. Eingerichtet wurden sie als Schlüsseleinrichtungen zur Gesundheitsversorgung auf kommunaler Ebene.³² Patienten haben allerdings die freie Wahl welche Gesundheitsinstitution oder welchen Arzt sie im Krankheitsfall aufsuchen möchten, sie können also auch ohne Konsultation eines allgemein praktizierenden Arztes sofort einen Spezialisten aufsuchen. Zudem sind Ärzte berechtigt auch selbst Medikamente zu verkaufen.³³ Die Tatsache, dass es zwischen Krankenhäusern, Kliniken und kommunalen Gesundheitszentren keine klaren Abgrenzungen gibt, lässt darauf schließen, dass die Allokation von Gesundheitsleistungen in Japan sehr egalitär ist. Die verschiedenen Einrichtungen weisen, gerade im Hinblick auf ambulante Behandlungen, wenn überhaupt nur geringe Unterschiede auf. Zudem ist im Hinblick auf eine effiziente Ressourcenverteilung kein Einfluss der Regierung auf die Allokation festzustellen, da viele Krankenhäuser und Kliniken privat geführt und verwaltet werden.

²⁹ Vgl. Okamura, S. (2009), S. 15.

³⁰ Vgl. Kobayashi, Y. (1994), S. 198.

³¹ In begrenztem Umfang werden dort auch Patientenbehandlungen durchgeführt, bspw. psychiatrische oder AIDS Behandlungen.

³² Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 35- 36.

³³ Vgl. Imai, Y. (2002), S. 6.

Die Zahl der in Japan tätigen Ärzte, inklusive Zahnärzte, ist im internationalen Vergleich mit anderen Industrienationen gering. Die Anzahl an Zahnärzten belief sich im Jahr 2004 auf 74,6 pro 100 000 Einwohner. Die Zahl der Apotheker lag im selben Jahr bei 189 pro 100 000 Einwohner. Einen deutlichen Anstieg erfuhr in den letzten Jahren hingegen die Zahl der Krankenschwestern. Diese vervierfachte sich innerhalb von 30 Jahren auf 934,6 je 100 000 Einwohner. Dennoch ist diese Anzahl im internationalen Vergleich als durchschnittlich zu bewerten. Sämtliche Zahlen liegen unter den Werten, die Deutschland bezüglich der Ausstattung mit medizinischem Personal vorzuweisen hat.³⁴

Finanziert wird das japanische System einerseits durch Beiträge der Bevölkerung zur Arbeitnehmersversicherung bzw. zur nationalen Versicherung, sowie durch einen gewissen Eigenanteil und durch staatliche Subventionen. Der Eigenanteil liegt derzeit bei 30% der insgesamt anfallenden Behandlungskosten, sofern er einen Betrag von 80100 Yen nicht überschreitet.³⁵ Dieser Satz gilt für die gesamte Bevölkerung, die älter als drei, und jünger als 75 Jahre ist.³⁶ Die Beitragssätze zur Krankenkasse allerdings unterscheiden sich zwischen den einzelnen Krankenkassen teilweise stark voneinander. Der Beitragssatz zur staatlichen Arbeitnehmersversicherung liegt derzeit bei einheitlich 8,2%. Die großen Unternehmen, die eine eigene Betriebskrankenkasse führen, können dagegen Beitragssätze zwischen 3% und 9,5% erheben.³⁷ Gezahlt werden diese Beiträge jeweils zur Hälfte vom Arbeitnehmer und dem Arbeitgeber.³⁸ Das impliziert, dass auch die Arbeitgeber ein Interesse daran haben, die Beitragssätze möglichst gering zu halten und überhaupt den Anreiz verspüren eine eigene Betriebskrankenkasse zu führen. Die Prämien zur nationalen Krankenversicherung liegen dagegen bei etwa 2% des monatlichen Einkommens, unterscheiden sich allerdings von Kommune zu Kommune. Dieser verhältnismäßig niedrige Satz beruht auf der Tatsache, dass in der nationalen Krankenversicherung ohnehin schon schwächere Einkommensgruppen wie etwa Rentner und Arbeitslose versichert sind, die sich höhere Beiträge sonst schlicht nicht leisten könnten. Dafür fallen die 2% des

³⁴ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 91 – 92.

³⁵ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 64.

³⁶ Für Kinder bis drei Jahre liegt der Eigenanteil bei 20%, Menschen ab 75 zahlen zwischen 10% und 20%.

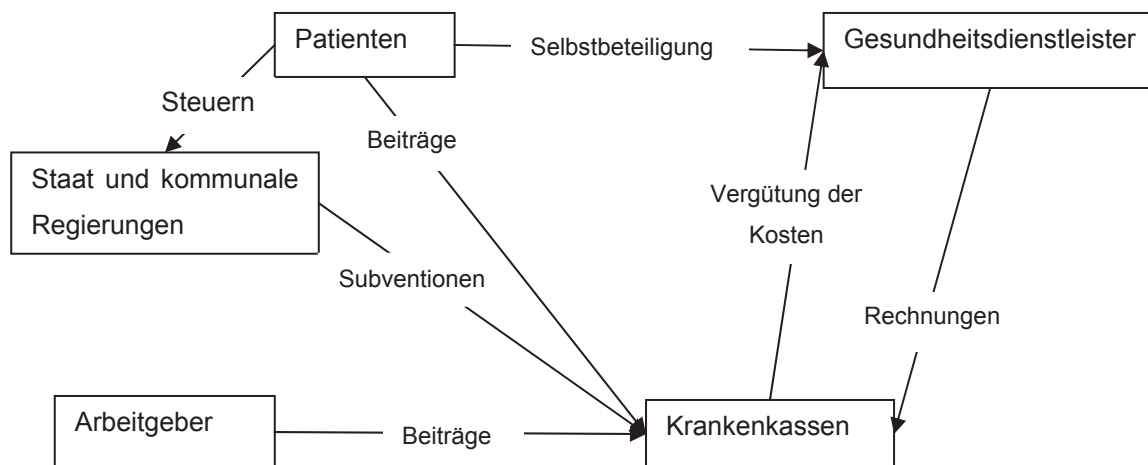
³⁷ Vgl. Okamura, S. (2009), S. 3.

³⁸ Vgl. Jones, R. S. (2009), S. 8.

monatlichen Einkommens bei den evtl. besser verdienenden Selbstständigen in absoluten Zahlen umso höher aus, wodurch es überflüssig und möglicherweise ungerecht wäre, von ihnen einen höheren Beitragssatz zu verlangen. Dadurch unterscheiden sich auch die staatlichen Zuschüsse zu den beiden Systemen. So wird die nationale Krankenversicherung zu 45% bezuschusst, während die staatliche Arbeitnehmersversicherung nur zu 13% subventioniert wird.³⁹ Die Betriebskrankenkassen erhalten keine Subventionierung durch den Staat. Insgesamt wurden die nationalen Gesundheitskosten im Jahr 2009 zu 49,2% durch Krankenversicherungsbeiträge, zu 36,4% durch Steuern, und zu 14,4% durch Selbstbeteiligungen bezahlt.⁴⁰ Eine private Zuzahlung des Patienten über den geforderten Eigenanteil hinaus gibt es dabei nur in seltenen Fällen, etwa für Zusatzleistungen wie Einzelzimmer im Krankenhaus oder Ähnliches.⁴¹ Aus diesem Grund nehmen private Zusatz- Krankenversicherungen in Japan nur einen geringen Stellenwert ein.

Abbildung 2: Die Finanzierung des Gesundheitssystems

Die Finanzierung des Gesundheitssystems



Quelle: In Anlehnung an Ishii, M. (2007), S. 5.

Keine Unterschiede gibt es dagegen bei der Vergütung der Leistungserbringer. Diese werden durch ein gemeinsames Vergütungsschema bezahlt, das vom zentralen me-

³⁹ Vgl. Okamura, S. (2009), S. 3.
⁴⁰ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 60.
⁴¹ Vgl. Liu, X. (2003), S. 41.

dizinischen Sozialversicherungsrat alle zwei Jahre neu festgelegt wird.⁴² Dieses Schema basiert auf Leistungspunkten, wobei jeder medizinischen Dienstleistung eine bestimmte Anzahl an Punkten zugewiesen ist. Diese Anzahl ist in ganz Japan einheitlich, genauso wie der Geldbetrag, der jedem Punkt zugewiesen ist. Derzeit kostet ein Punkt zehn Yen, etwa \$0,086.⁴³ Dieser Preis wird dann mit der Anzahl der Leistungspunkte multipliziert.⁴⁴ Eine Bevorzugung bestimmter Patientengruppen gibt es dadurch nicht. Alle Patienten erhalten dieselbe Leistungsqualität und der Leistungserbringer wird für jeden Patienten gleich bezahlt.⁴⁵ Dabei bezieht sich das Vergütungssystem nicht auf die gesamte Behandlung eines Patienten, sondern lediglich auf jede einzelne Dienstleistung, die mit der Behandlung in Verbindung steht, für sich genommen. Solche Leistungen können bspw. eine OP, eine Diagnose, ein Rezept, eine Untersuchung, Röntgenbehandlung usw. sein.⁴⁶

2.2.3 Der Arzneimittelmarkt

Steigende Arzneimittelausgaben waren bis zum Jahr 1981 ein großes Problem des japanischen Gesundheitssystems. Über Jahrzehnte hinweg stieg die Anzahl verschriebener Medikamente um 10% jährlich. Eine Regulierung zur Einschränkung der daraus resultierenden Kosten wurde 1981 eingeführt. Dadurch sanken die durchschnittlichen Arzneimittelpreise im Jahr 1981 um 18%, danach jedes Jahr um etwa 5%. Erkannte das Gesundheitsministerium ein bestimmtes Medikament als besonderen Kostentreiber, wurde dessen Preis noch stärker gesenkt.⁴⁷ Dazu ist anzumerken, dass lediglich verschreibungspflichtige Medikamente reguliert werden. Nicht verschreibungspflichtige sind in Japan auch in Drogerien zu kaufen und die Preise setzen sich ganz normal über Angebot und Nachfrage zusammen.⁴⁸

Ein gutes Beispiel für den Erfolg dieser Regulierungsmaßnahmen gibt das Breitband-Antibiotikum Cephalosporin ab, das in den 1980er Jahren noch besonders häufig verschrieben wurde. Die Gesamtkosten dieses Medikaments beliefen sich auf 14% des gesamten Arzneimittelmarktes in Japan. In den USA dagegen nur auf 2%. Infol-

⁴² Vgl. Imai, Y. (2002), S. 5.

⁴³ Bei einem Umrechnungskurs von 1\$=116 Yen.

⁴⁴ Vgl. Chino, T. (2007), S. 17.

⁴⁵ Vgl. Ikegami, N. / Campbell, J. C. (1999), S. 58.

⁴⁶ Vgl. Kondo, A. / Zierler, B. K. / Isokawa, Y. et al. (2009), S. 206.

⁴⁷ Vgl. Thomas, L. G. (2001), S.55.

⁴⁸ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 114.

ge der Regulierungsmaßnahmen hatte das Medikament im Jahr 1996 dagegen bereits ein Preisniveau von 27% des Niveaus von 1986 erreicht.⁴⁹ Der Konsum fiel auf 5% der gesamten Arzneimittelkosten.⁵⁰

Die Festlegung der Arzneimittelpreise für neu am Markt befindliche Medikamente findet in Japan mittels zweier verschiedener Methoden statt. Existiert am Markt bereits ein Produkt mit ähnlichen Eigenschaften wie etwa chemischer Zusammensetzung, Wirkstoff oder Indikationsgebiet, so wird die Referenzpreismethode herangezogen. Dabei dient entweder der niedrigste Preis des vergleichbaren Medikaments innerhalb der letzten sechs Jahre oder der Durchschnittspreis der letzten zehn Jahre als Referenzpreis für das neue Produkt.⁵¹ Der aktuelle Marktpreis des Referenzproduktes wird nicht herangezogen, weil dieser im Allgemeinen niedriger als der Durchschnittspreis der letzten Jahre ist und der Preis des neuen Medikaments folglich so gering wäre, dass den Pharmakonzernen keine Anreize gegeben würden neue Produkte zu entwickeln und am Markt zu platzieren. Medikamente werden in Japan im Gegensatz zu anderen Ländern bereits nach kurzer Zeit deutlich billiger.⁵² Dadurch ist der Durchschnittspreis des Referenzproduktes in aller Regel höher als der aktuelle Marktpreis und somit der Referenzpreis für das neue Produkt immer noch höher, bzw. mindestens genauso hoch wie der aktuelle Preis des Referenzprodukts. Zudem gibt es in bestimmten Fällen einen Preiszuschlag von bis zu 100%, wenn das neue Medikament bestimmte Kriterien erfüllt und damit als besonders innovativ angesehen wird.⁵³ Zu diesen Kriterien zählen ein neuer Wirkungsmechanismus, eine Verbesserung der Wirkung und weniger oder schwächere Nebenwirkungen, und wenn das Medikament wesentlich zur Heilung bestimmter Krankheiten beiträgt.⁵⁴ Diese Aufschläge sollen den Pharmaherstellern einen Anreiz zu neuen Innovationen geben.⁵⁵

Liegt am Markt dagegen noch kein Referenzprodukt vor, findet die kostenbasierte Methode Anwendung. Dabei dienen die Entwicklungs- und Herstellungskosten als

⁴⁹ Inflationsbereinigt sank der Preis auf ein Niveau von 50%.

⁵⁰ Vgl. Thomas, L. G., (2001), S.55.

⁵¹ Vgl. Mahlich, J. (2007), S. 113.

⁵² Vgl. Mahlich, J. (2007), S. 116.

⁵³ Vgl. Mahlich, J. (2007), S. 113.

⁵⁴ Vgl. Mahlich, J. (2007), S. 114.

⁵⁵ Diese Aufschläge werden in dieser Höhe allerdings eher selten gewährt.

Grundlage zur Preisberechnung.⁵⁶ Japan importiert viele Medikamente aus den USA. Um transparente Informationen über die Kostenkalkulation des Herstellers zu bekommen hat Japan extra einen Vertrag mit den USA geschlossen, der den japanischen Regulierungsbehörden Informationen zur Kostenentwicklung, und den US-Pharmakonzernen transparente Informationen zur japanischen Preissetzung zusichert.⁵⁷ Die Preise für bereits am Markt verfügbare Arzneimittel werden regelmäßig überprüft und ggf. gesenkt.⁵⁸ Dafür werden die Pharmagroßhändler, die mit den Ärzten und Apothekern teilweise hohe Rabatte aushandeln, nach ihren Verkaufspreisen befragt und somit die Gewinnmargen der Arzneimittelverkäufer, also Ärzte und Apotheker, ermittelt. Sind diese Margen nach Ansicht des Gesundheitsministeriums zu hoch werden die Erstattungspreise von den Krankenkassen gesenkt.⁵⁹ Als annehmbare Gewinnmarge für Arzneimittelverkäufer gilt ein Satz von 2%.⁶⁰ Im Jahr 2000 wurden die Preise für Arzneimittel um durchschnittlich 7%, 2002 um 6,3% gesenkt. Die Preise für Generika orientieren sich an den Preisen des Originalmedikaments und betragen in der Regel weniger als 70% dessen Preises.⁶¹

3 Kritische Würdigung des japanischen Gesundheitssystems

Da die Gesundheitsdienstleister zwar durch ein gemeinsames Vergütungsschema bezahlt werden, können einerseits die Kosten für eine bestimmte Dienstleistung staatlich kontrolliert werden. Andererseits gilt dieses Schema lediglich für eine einzelne Dienstleistung, nicht aber für die gesamte Behandlung. Somit entstehen Anreize für die Leistungserbringer bspw. unnötige Tests durchzuführen oder den Patienten nur kleine Medikamentenpackungen zu verschreiben, damit diese bereits nach kurzer Zeit wiederkommen müssen.⁶² Der Arzt wird dabei für jeden Test bzw. jeden einzelnen Besuch des Patienten extra bezahlt. Einer Untersuchung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft McKinsey zufolge geht jeder Japaner durchschnittlich 14mal im Jahr zum Arzt, teilweise um sich lediglich ein neues Rezept ausstellen zu

⁵⁶ Vgl. Mahlich, J. (2007), S. 114.

⁵⁷ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 114.

⁵⁸ Im Normalfall alle zwei Jahre.

⁵⁹ Vgl. Mahlich, J. (2007), S. 115.

⁶⁰ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 114.

⁶¹ Vgl. Drabinski, T. / Eschweiler, J. / Schmidt, U., (2008), S. 94.

⁶² Vgl. Lewis, W. W. (2004), S. 44.

lassen.⁶³ Da ein Arzt durch die Ausgestaltung des Vergütungssystems einen Anreiz hat möglichst viele Patienten zu empfangen, dauert ein durchschnittlicher Arztbesuch in Japan nur fünf Minuten.⁶⁴ Die Wartezeiten, die die Patienten aufbringen müssen sind dagegen sehr lang, was wiederum zu Opportunitätskosten führt. Dass auch die Ärzte selbst Medikamente verkaufen dürfen führt außerdem dazu, dass sie einen Anreiz haben mehr Medikamente zu verschreiben als notwendig.⁶⁵ Trotz Preisregulierung versprechen Medikamente den Verkäufern teils große Gewinnmargen, wodurch auch Moral-Hazard Konflikte seitens der Ärzte entstehen können.⁶⁶ Auch die langen Krankenhausaufenthalte sind auf das Vergütungsschema zurückzuführen, da ein Krankenhaus für jeden Patienten pro Tag und Leistung vergütet wird. Ein japanischer Krankenhausverwalter sagte Lewis zufolge, dass ein Krankenhaus lediglich dann einen Anreiz hat einen Patienten zu entlassen, wenn dafür ein neuer kommt. Zudem bedeutet ein längerer Krankenhausaufenthalt über das notwendige Maß hinaus keinesfalls eine bessere Genesung des Patienten. Er könnte sich im Krankenhaus sogar noch mit einer infektiösen Erkrankung anstecken.⁶⁷ Allerdings ergab ein Vergleich von Patienten, die nach einer Hüftoperation relativ schnell aus dem Krankenhaus entlassen wurden und eine ambulante Nachbehandlung bekamen oder in ein Reha-Zentrum gingen, mit Patienten die die Nachbehandlung direkt im Krankenhaus erhielten, dass die Kosten aller drei Gruppen für das Gesundheitssystem auf etwa gleichem Niveau waren. Zudem erwies sich in der Studie, dass die Kosten unter Umständen sogar höher ausfielen, wenn ein Patient in ein Reha-Zentrum kam, statt die Nachbehandlung im Krankenhaus durchführen zu lassen.⁶⁸ Ein längerer Krankenhausaufenthalt führt folglich nicht zwangsläufig zu höheren Kosten. Da es in Japan kein Gatekeeper System gibt, und die Patienten somit ohne ärztliche Überweisung auch zu einem Spezialisten gehen können, steigen auch die nationalen Gesundheitskosten an, weil Spezialisten durch das Vergütungssystem besser bezahlt werden als Allgemeinmediziner. Die Preisregulierung auf dem Arzneimittelmarkt führt zudem zu sehr langen Einführungszeiten neuer Medikamente. Im Jahr 2006

⁶³ Vgl. Chhor, H. / Kadonaga, S. / Farrell, D. et al. (2008), S. 10.

⁶⁴ Im Vergleich dazu beträgt ein durchschnittlicher Arztbesuch in den USA 25 Minuten; US-Bürger gehen durchschnittlich vier Mal pro Jahr zum Arzt.

⁶⁵ Vgl. Liu, X. (2003), S.40.

⁶⁶ Vgl. Kobayashi, Y. (1994), S. 198.

⁶⁷ Vgl. Lewis, W. W. (2004), S. 43.

⁶⁸ Vgl. Kondo, A. / Zierler, B. K. / Isokawa, Y. et al. (2009), S. 209.

waren ein Viertel der weltweit meistverkauften Medikamente nicht in Japan verfügbar. Die Hälfte kam erst sechs Jahre nach internationaler Markteinführung auf den japanischen Markt. Im Jahr 2004 waren von den 88 meistverkauften Medikamenten nur 60 auf dem japanischen Markt verfügbar. Dies war die niedrigste Anzahl aller OECD Staaten. Die Einführungszeiten neuer Innovationen und Medikamente in Japan sind damit die höchsten der 40 OECD Nationen.⁶⁹

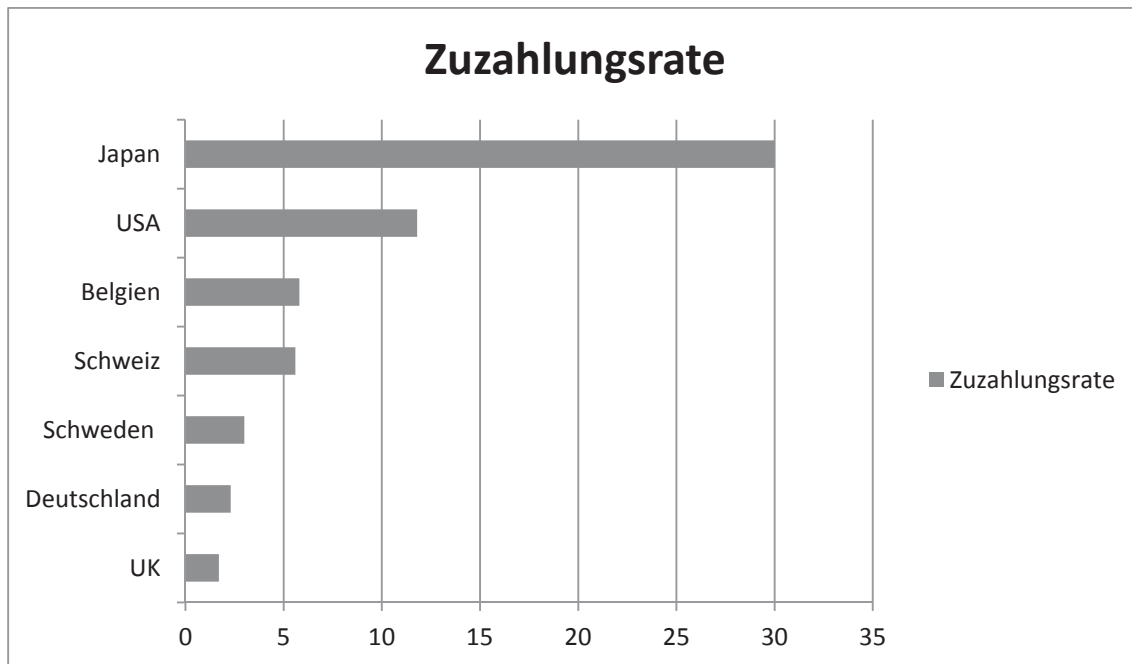
Ein weiterer Kritikpunkt der japanischen Gesundheitsversorgung liegt in der Bandbreite der von den Krankenkassen vergüteten Leistungen. So werden zwar grundsätzlich eher viele Leistungen von den Kassen übernommen, jedoch umfasst das Leistungsangebot kaum präventive Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung oder Früherkennung.⁷⁰ Besonders diese könnten allerdings in Zeiten eines immer ungesünderen Lebensstils eine größere Rolle zur Vorbeugung bestimmter Krankheiten und damit einhergehender Kosten spielen. Allerdings werden die Anreize zur Prävention evtl. auch dadurch geschmälert, dass der Patient 30% der anfallenden Kosten nach dem derzeitigen Kostenmodell selbst tragen müsste. Desweiteren ist die geringe Kostenlast des japanischen Gesundheitssystems keineswegs auf dessen Regulierung allein zurückzuführen. Japan hat im Vergleich zu anderen OECD Nationen geringere Probleme mit AIDS, Kriminalität und u. A. weniger Motorradunfälle. Zudem leben Japaner, trotz des sich einstellenden Lebenswandels, noch immer gesünder als die Bevölkerungen anderer Industrienationen.⁷¹ Auch die relativ niedrigen Beitragssätze erscheinen in einem anderen Licht, wenn auf die Höhe der Selbstbeteiligungen geblickt wird, die höchsten unter den OECD Nationen. Das Maß an Selbstbeteiligungen, das Japaner im Gegensatz zu den Bewohnern anderer Industrienationen zu zahlen haben, verdeutlicht die folgende Abbildung.

⁶⁹ Vgl. o. V. (2009), S. 120.

⁷⁰ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 19.

⁷¹ Vgl. Ikegami, N. / Campbell, J. C. (1999), S. 61.

Abbildung 3: Zuzahlungsrate japanischer Patienten



Quelle: Chhor, H. / Kadonaga, S. / Farrell, D. et al. (2008).

Kann ein Versicherter seine Kassenbeiträge nicht bezahlen verliert er seinen Versicherungsschutz. Zwar kann er im Krankheitsfall die säumigen Beiträge der letzten zwei Jahre nachzahlen um wieder vollen Versicherungsschutz zu bekommen, doch bleibt das Risiko in Japan aufgrund von Finanzierungsproblemen keinen optimalen Versicherungsschutz zu genießen bestehen.⁷² Dies ist, wie auch die hohen Selbstzuzahlungen, in vielen westlichen Staaten undenkbar.

Die Einführung eines zusätzlichen Versicherungsprogramms für die Älteren selbst ist ungeachtet dessen als durchaus positiv zu bewerten. Gerade im Hinblick auf eine gerechte Verteilung der Lasten auf alle Krankenkassen ist dieses Programm sinnvoll, um das Ungleichgewicht in der nationalen Krankenversicherung zu mindern. Ein weiterer Weg zu einer nachhaltigen Gesundheitspolitik sollte aber auch eine Steigerung der Geburtenrate sein. Um dieses Problem zu beheben hat die Regierung bisher nichts getan. So werden Geburtskosten vom Vergütungsschema nur unzureichend berücksichtigt, da Schwangerschaft in Japan nicht als Krankheit eingestuft wird, was

⁷² Vgl. Chhor, H. / Kadonaga, S. / Farrell, D. et al. (2008), S. 11- 13.

notwendig ist um vom Vergütungsschema erfasst zu werden. Stattdessen gibt es einen festen Grundbetrag, unabhängig von den tatsächlichen Kosten.⁷³

Auch die Allokation von Gesundheitsleistungen ist in Japan nicht sehr effizient, da weder Krankenhäuser noch Kliniken sich auf stationäre bzw. ambulante Behandlungen festlegen, die Kliniken aber eher klein sind und damit Größeneffekte nicht genutzt werden können. Lediglich die kommunalen Gesundheitszentren sind auf die ambulante Erstbehandlung von Patienten spezialisiert, doch aufgrund des fehlenden Gatekeeper-Systems werden diese von vielen Patienten gar nicht erst konsultiert. Wie bereits erwähnt ist auch die Verteilung der Ärzte auf die verschiedenen Einrichtungen und Fachrichtungen als unvorteilhaft zu sehen.

Die Regulierungsmaßnahmen haben allerdings auch positive Effekte. So wurde mittels der Preisgestaltung des Vergütungsschemas eine Kostensenkung beobachtet.⁷⁴ Zudem wurde ermittelt, dass die nationalen Gesundheitskosten mit der Einführung des zentralen Vergütungsschemas und der damit einhergehenden Preisregulierung für die einzelnen Dienstleistungen und Medikamente nachhaltig auf einem niedrigen Niveau gehalten werden konnten.⁷⁵ Nichtsdestotrotz besteht in der Ausgestaltung des Systems noch Verbesserungsbedarf.

Betrachtet man die Formen und die Intensität der Regulierungsmaßnahmen im japanischen Gesundheitssystem, so wird deutlich, dass Japan ein hochreguliertes Gesundheitswesen besitzt. Die Regulierung wird auf verschiedenen Ebenen mit unterschiedlich verteilten Verantwortlichkeiten und Befugnissen vollzogen. Oberste Ebene ist dabei die zentrale Regierung, die nicht nur als größter Krankenversicherer im Land agiert, sondern auch die Preisverhandlungen für das national einheitliche Vergütungssystem führt. Auf makroökonomischer Ebene soll das Vergütungssystem zur Kostenkontrolle beitragen, auf Mikroökonomischer dagegen den Gesundheitsdienstleistern neue Anreize zur Entwicklung effizienterer Behandlungen geben. Dieses Ziel wird jedoch durch fehlende Anreize für Ärzte, weniger Medikamente zu verschreiben und Leistungen in Rechnung zu stellen, untergraben, da diese, wie bereits

⁷³ Vgl. Ikegami, N. / Campbell, J. C. (1996), S. 276.

⁷⁴ Vgl. Liu, X. (2003), S. 41.

⁷⁵ Vgl. Liu, X. (2003), S. 40- 41.

erwähnt, einerseits nach einem Punktesystem vergütet werden, sowie selbst Medikamente verschreiben dürfen.

Durch das Aushandeln von Verträgen zwischen Regierung und Gesundheitsdienstleistern und Festsetzung der Preise für die einzelnen Dienstleistungen im Gesundheitsbereich kann die Regierung mit Hilfe dieser Regulierungsmaßnahmen direkten Einfluss auf das Verhalten der Gesundheitsversorger ausüben. So können durch höhere Vergütungen für bestimmte Leistungen vom Staat bevorzugte Therapien und Behandlungen gefördert, durch Preisminderungen dagegen andere Leistungen unattraktiver gemacht werden.⁷⁶ Dies ist als durchaus positiv zu sehen, da für die Dienstleister Anreize entstehen können, effektivere Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Eine Einflussnahme der Regierung auf die Arztwahl der Patienten hingegen fehlt. Diese können, sei es gerechtfertigt oder nicht, durch eigene Entscheidung sofort und ohne Überweisung ein Krankenhaus oder einen Spezialisten aufsuchen. An dieser Stelle wird dabei besonders deutlich, dass es trotz des hohen Regulierungsgrades im japanischen Gesundheitssystem noch immer sehr liberale Ansätze gibt und keineswegs das gesamte System als hochreguliert anzusehen ist.

Verbesserungsbedarf besteht sicherlich besonders im Bereich der Arzneimittelregulierung und der Allokation von Humankapital im Gesundheitswesen. Gerade im Arzneimittelbereich wird deutlich, dass eine Senkung der Kosten allein nicht das Ziel einer Regierung sein, sondern dass auch die Entwicklung neuer Innovationen im Auge behalten werden sollte. Die Frage der Nachhaltigkeit wird vor Allem von der demographischen Entwicklung sowie vom sich ändernden Lebensstil beeinflusst. Um diese Faktoren im Hinblick auf deren Kostenentwicklung besser unter Kontrolle zu behalten hat die Regierung bereits einige vielversprechende Reformen verabschiedet, bspw. die gerechtere Kostenverteilung der Gesundheitsleistungen für die Älteren und die teilweise Einführung von Präventionsmaßnahmen.

Schlussendlich lässt sich feststellen, dass das japanische Modell zur nachhaltigen Kostenkontrolle sicherlich einigen anderen Industrienationen voraus ist, doch im Bereich einer effizienten Allokation noch Defizite bestehen. Besonders eine klare Organisation der Krankenhäuser und Kliniken spielt eine wichtige Rolle für eine effiziente-

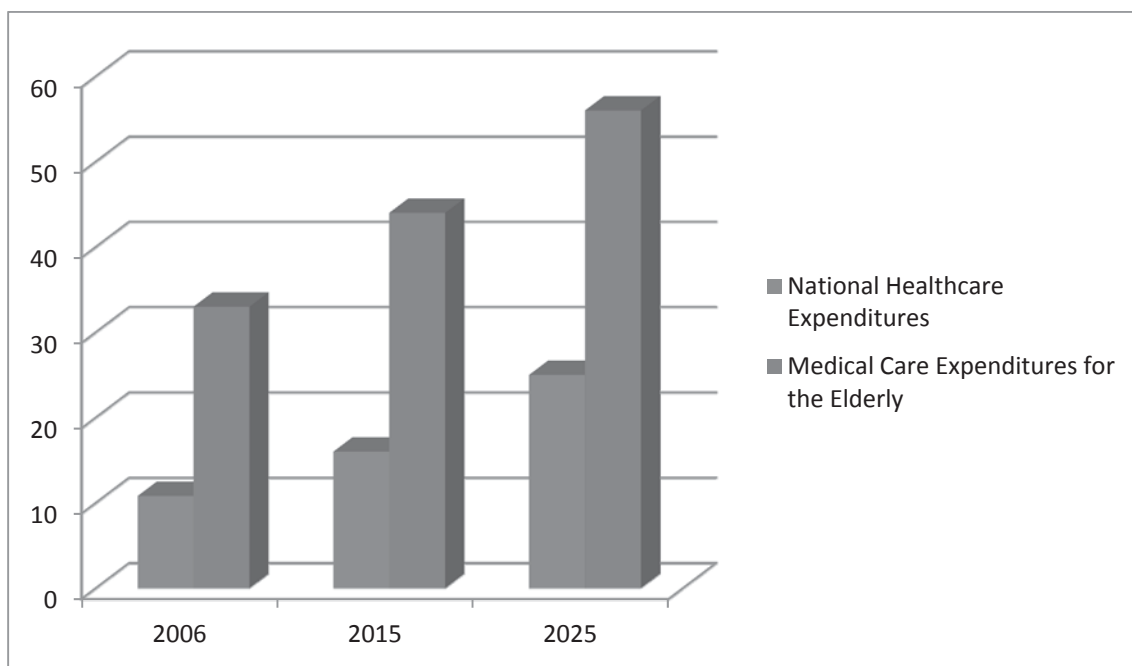
⁷⁶ Vgl. Tatara, K. / Okamoto, E. (2009), S. 75- 76.

re Spezialisierung von Gesundheitsleistungen und Ressourcenverteilung des zur Verfügung stehenden Humankapitals. Eine Vorbildfunktion für andere westliche Staaten kann dem japanischen System nur sehr eingeschränkt zugesprochen werden, da viele in Japan etablierte Maßnahmen in anderen Nationen wie bereits erläutert schlicht undenkbar wären.

4 Zukünftige Herausforderungen an das japanische Gesundheitssystem

Um eine nachhaltige Kostenkontrolle in der Gesundheitspolitik, sowie eine effiziente Allokation von Gesundheitsleistungen zu erreichen, ist es unerlässlich, dass die Regierung die zentralen Problemfelder der Zukunft erkennt und ggf. gegensteuert. Besonders der Kostenentwicklung sollte dabei Rechnung getragen werden. Abbildung 4 verdeutlicht die vom Ministry of Health, Labour and Welfare vorhergesagte Kostensteigerung im japanischen Gesundheitswesen bis zum Jahr 2025. Dabei wird ein signifikanter Anstieg der Kosten sowohl in den Bereichen der Gesundheitsleistungen für die Älteren, als auch im Bereich der nationalen Gesamtkosten ersichtlich.

Abbildung 4: Vorhersage der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem

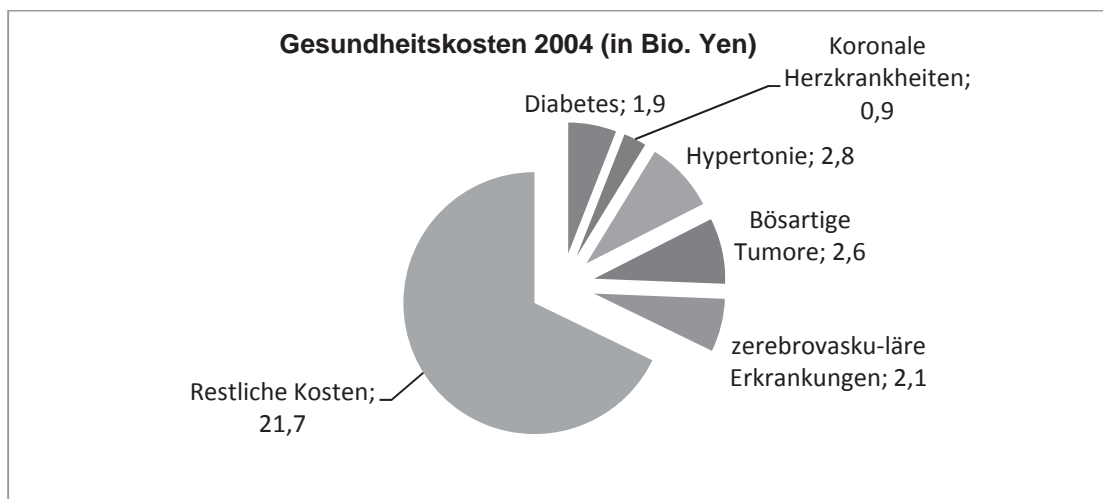


Quelle: In Anlehnung an Ministry of Health, Labour and Welfare, zit. n. Okamura, S. (2009), S.9.

Ein großes Problem dem das Gesundheitssystem zukünftig gewachsen sein muss, sind Krankheiten, die auf einen ungesunden Lebensstil zurückzuführen sind. Dazu

zählt neben dem Konsum von Alkohol und einer immer ungesünderen Ernährungsweise vor Allem das Rauchen, das in Japan besonders verbreitet ist. Waren früher eher Krankheiten wie Tuberkulose und andere infektiöse Krankheiten die Haupttodesursachen, so lässt sich feststellen, dass 60,9% aller heutigen Todesfälle direkt oder indirekt auf einem ungesunden Lebensstil beruhen. Die daraus resultierenden Krankheiten sind unter Anderem Diabetes, Krebs und Tumore, sowie Hypertonie und Herzkrankheiten. Diese Krankheiten verursachen 32% der gesamten nationalen Kosten des Gesundheitssystems.⁷⁷ Daher sind hier Präventionsmaßnahmen angebracht, die in dem derzeitigen Krankenversicherungsmodell jedoch nur eine untergeordnete Rolle spielen. Ein Anfang diesbezüglich wurde aber bereits mit der Reform im Jahr 2006 gemacht, die den einzelnen Präfektoren und Kommunen vorschreibt solche Maßnahmen zu fördern, um die Behandlungskosten der zukünftig älteren Generation zu mindern.⁷⁸

Abbildung 5: Gesundheitskosten 2004 nach Krankheit in Billionen Yen⁷⁹



Quelle: In Anlehnung an Ministry of Health, Labour and Welfare (2007), zit. n. Okamura, S. (2009), S.10.

Neben diesem Problem existieren ebenso organisatorische Mängel, die es zu beheben gilt. Japan hat im Vergleich zu anderen Industrienationen zwar mehr Krankenhausbetten pro Einwohner, dabei aber weniger Ärzte und Krankenschwestern in Relation zur Bevölkerung.⁸⁰ Das führt zu überdurchschnittlich langen Krankenhausauf-

⁷⁷ Vgl. Okamura, S. (2009), S. 9.

⁷⁸ Vgl. Okamura, S. (2009), S. 17.

⁷⁹ Eine Billion Yen entspricht \$8.620.689.655 bei Umrechnungskurs von \$1=116 Yen.

⁸⁰ Auf 1000 Einwohner kommen 2,1 Ärzte und 9,3 Krankenschwestern.

enthalten.⁸¹ So beträgt ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt in Japan 35,7 Tage.⁸² Die langen Liegezeiten beruhen allerdings auch auf der Tatsache, dass Krankenhäuser auch für die Langzeitversorgung chronisch Kranker aufkommen müssen, die in anderen Ländern teilweise von Pflegeheimen übernommen werden. Zudem gibt es organisatorische Probleme zwischen Krankenhäusern und Kliniken und den Gesundheitszentren. Eine medizinische Institution mit 20 Betten oder mehr gilt als Krankenhaus, mit weniger Betten dagegen als Klinik. Manche Krankenhäuser bieten auch ambulante Behandlungen an, manche Kliniken stationäre. Unter dieser unscharfen Trennung von Krankenhaus und Klinik leidet die Spezialisierung der einzelnen Einrichtungen auf bestimmte Fachgebiete, wie es in anderen Ländern häufiger der Fall ist, und effizientere Behandlungsmöglichkeiten bleiben aus.⁸³ Ein weiteres organisatorisches Problem ist, dass Japaner zwar freie Arztwahl haben, aber es kein Informationssystem gibt, das den Patienten die bestmögliche Behandlungseinrichtung nennen könnte. Dadurch kommt es häufig vor, dass Patienten die falsche Einrichtung aufsuchen, weiterverwiesen werden und die Kosten in die Höhe treiben, da jede besuchte Einrichtung durch das Vergütungssystem Geld bekommt. Zudem kann durch das Fehlen eines solchen Informationssystems die Möglichkeit der freien Arztwahl seitens der Patienten nicht voll ausgeschöpft werden, da viele Gesundheitsdienstleister der Bevölkerung nicht bekannt oder vertraut sind. Somit lässt sich feststellen, dass das aktuelle System den Patientenwünschen und –anforderungen nicht gerecht wird.⁸⁴ Allerdings wurden im Bereich des Informationsmanagements bereits einige Fortschritte erzielt.

Außerdem ist das in Japan bestehende Ungleichgewicht zwischen Ärzteangebot und –nachfrage als problematisch einzustufen. Insgesamt ist die Zahl der Ärzte zwar in den letzten Jahren gestiegen, doch deren Verteilung auf Lehr- und Universitätskrankenhäuser, private Krankenhäuser und kleinere Kliniken ist ungünstig. Die Allokation von Ärzten folgte bis vor einigen Jahren noch dem Trend, dass Ärzte nach ihrem Examen in Lehrkrankenhäusern ein Trainingsprogramm mit meist nur einer Fachrichtung absolvierten, dann in private Krankenhäuser wechselten und schließlich, nach

⁸¹ Im Vergleich zu anderen OECD Nationen.

⁸² In den USA dagegen nur 6,4 Tage.

⁸³ Vgl. Okamura, S. (2009), S. 11- 12.

⁸⁴ Vgl. Okamura, S. (2009), S. 12.

einigen Berufsjahren in Kliniken beschäftigt waren. Dies führte dazu, dass kaum noch erfahrenere Ärzte in Lehrkrankenhäusern beschäftigt waren und folglich zu einer ungünstigen Allokation von Humankapital. Seit 2004 hat sich der Trend zwar verändert, da eine neue Form von Trainingsprogrammen eingeführt wurde und nun auch private Krankenhäuser rotierende Trainingsprogramme mit verschiedenen Fachrichtungen anbieten, dennoch besteht weiterhin ein Nettoabgang von Ärzten in Lehrkrankenhäusern.⁸⁵ Zudem bestehen auch Defizite in einigen Fachrichtungen wie etwa Gynäkologie.⁸⁶

Die schwerwiegendste Herausforderung in der Zukunft ist allerdings der demografische Wandel in der japanischen Bevölkerung und die damit einhergehende Steigerung der Behandlungskosten für die ältere Bevölkerung. Es wird erwartet, dass der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre im Jahr 2050 ihren Höhepunkt erreicht und die Kosten der Gesundheitsversorgung in die Höhe schießen. Für das Jahr 2025 wird eine Steigerung der Kosten auf das 1,7-fache des Betrages von 2006 erwartet.⁸⁷ Wie bereits in Abschnitt 3.3 erwähnt, wird die Behandlung der älteren Bevölkerung aus Beiträgen der beiden großen Krankenversicherungssysteme, sowie aus öffentlichen Mitteln und Selbstbeteiligungen der Älteren selbst finanziert. Um eine nachhaltige Kostenkontrolle im Gesundheitswesen zu erreichen, ist es unerlässlich, dass die Regierung die Regulierung des Systems den sich ständig ändernden Anforderungen bezüglich des Alters der Bevölkerung sowie deren Krankheiten anpasst.

⁸⁵ Vgl. Koike, S. / Yasunaga, H. / Matsumoto, S. et al. (2009), S. 244- 245.

⁸⁶ Vgl. Koike, S. / Yasunaga, H. / Matsumoto, S. et al. (2009), S. 248.

⁸⁷ Vgl. Okamura, S. (2009), S. 7.

Literaturverzeichnis

Chhor, H. / Kadonaga, S. / Farrell, D. et al. (2008):

The Challenge of Funding Japan's Future Healthcare Needs, McKinsey&Company (Hrsg.), Tokio.

Chino, T. (2007):

An Economic Analyses of Institutions and Regulations in the Japanese Healthcare System, in: Government Auditing Review, Band 14, o. O., S. 13- 25.

Drabinski, T. / Eschweiler, J. / Schmidt, U. (2008):

Preisbildung von Arzneimitteln im internationalen Vergleich, in: Snower, D. (Hrsg.), Kieler Studien, Bd. 340, Berlin / Heidelberg.

Fukawa, T. (2002):

Public Health Insurance in Japan, in: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank (Hrsg.), WBI Working Papers, o. O.

Ikegami, N. / Campbell, J. C. (1999):

Health care reform in Japan: The virtues of muddling through, in: Health Affairs, 18. Jg., Heft 3, S. 56-75.

Ikegami, N. / Campbell, J. C. (1996):

Containing Health Care Costs in Japan, 4. Aufl., o. O.

Imai, Y. (2002):

Health Care Reform in Japan, in: OECD (Hrsg.), Economic Department Working Papers, Nr. 321, o. O.

Ishii, M. (2007):

Japan's Health Insurance System and Regulations, Japan Medical Association (Hrsg.), http://www.med.or.jp/teireikaiken/20070926_32.pdf.

Jones, R. S. (2009):

Health-Care Reform in Japan: Controlling costs, improving quality and ensuring equity, in: OECD (Hrsg.), Economic Department Working Papers, Nr. 739, o. O.

Kasza, G. J. (2006):

One world of welfare: Japan in an comparative perspective, o. O.

Kobayashi, Y. (1994):

Health care expenditures for the elderly and reforms in the healthcare, in: Health policy: education, health service delivery and regulation, 29. Jg., Heft 3, S. 197-208.

Koike, S. / Yasunaga, H. / Matsumoto, S. et al. (2009):

A future estimate of physician distribution in hospitals and clinics in Japan, in: Health policy: education, health service delivery and regulation, 92. Jg., Heft 2, S. 244-249.

Kondo, A. / Zierler, B. K. / Isokawa, Y. et al. (2009):

Comparison of outcomes and costs after hip fracture surgery in three hospitals that have different care systems in Japan, in: Health policy: education, health service delivery and regulation, 91. Jg., Heft 2, S. 204-210.

Lewis, W. W. (2004):

The power of productivity – wealth, poverty and the thread to global stability, Chicago / London.

Liu, X. (2003):

Policy tools for allocative efficiency of health services, World Health Organization (Hrsg.), o. O.

Mahlich, J. (2007):

Die japanische Pharmaindustrie, in: Moerke, A. / Walke, A. (Hrsg.), Japans Zukunftsindustrien, Berlin / Heidelberg, S. 103- 124.

Okamura, S. (2009):

Japan's Healthcare System and Reform 2006, in: Medicine and law: an international journal dealing with medicolegal issues, 28. Jg., Heft 1, S. 1-23.

o. V. (2009):

OECD Economic Surveys: Japan 2009, OECD Publishing (Hrsg.), o. O.

Powell, M. / Anesaki, M. (1990):

Health Care in Japan, London / New York.

Tatara, K. / Okamoto, E. (2009):

Japan: Health system review 2009, in: World Health Organization (Hrsg.), Health Systems in transition, 11. Jg., Heft 5, S. 1-164.

Thomas, L. G. (2001):

The Japanese pharmaceutical industry: the new drug lag and the failure of industrial policy, o. O.



9 Aktuelle Reformbestrebungen der Versorgungsstruktur im australischen Gesundheitssystem

Irina Schestakov



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	267
2	Das australische Gesundheitssystem	267
	2.1 Historische Hintergründe von Medicare	267
	2.2 Das aktuelle australische Gesundheitssystem.....	269
	2.2.1 Organisation und Aufgabenverteilung	269
	2.2.2 Finanzierung	270
3	Daten zur australischen Bevölkerung und zum Gesundheitssystem	272
4	Probleme im australischen Gesundheitssystem	275
5	Reformbestrebungen	276
	5.1 Strukturelle Veränderungsansätze im Primary Healthcare Bereich	276
	5.2 Zentrale Reformvorhaben im australischen Gesundheitswesen	278
6	Fazit	280
	Literaturverzeichnis	282



Abkürzungsverzeichnis

AGPN	Australian General Practice Network
AHCAs	Australian Health Care Agreements
AHMAC	Australian Health Ministers' Advisory Council
AHMC	Australian Health Ministers' Conference
Aufl.	Auflage
BEACH	Bettering the Evaluation and Care of Health
Bd.	Band
BIP	Brutto Inlands Produkt
bzw.	Beziehungsweise
ca.	zirka
d. h.	das heißt
FFS	Fee-For-Service
GP	General Praktitioner
HIC	Health Insurance Commission
Hrsg.	Herausgeber
Jg.	Jahrgang
LHN	Local Hospital Networks
MBS	Medicare Benefits Schedule
NHHRC	National Health and Hospital Reform Commission
OECD	Organisation for Economic Development and Cooperation
PBS	Pharmaceutical Benefits Scheme
PCO	Primary Care Organisations
PIP	Practice Incentive Programm
RFDS	Royal Flying Doctor Service
u. a.	unter anderem
u. ä.	und ähnliche
URL	Uniform Resource Locators
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil
zw.	zwischen

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Schwächen des australischen Gesundheitssystems und den eingeleiteten Reformen. Der Gesundheitsbereich in Australien gestaltet sich relativ komplex. Das liegt unter anderem daran, dass die gesundheitliche Leistungserbringung über das gesamte Land nicht einheitlich ist. Für viele Australier ist der Zugriff auf Gesundheitsleistungen daher eingeschränkt.

Die aktuellen Reformbestrebungen konzentrieren sich auf die ambulante Basisversorgung im Gesundheitswesen. Dementsprechend wird in dieser Arbeit verstärkt auf diesen Bereich eingegangen. Aber auch der stationäre Sektor steht im Fokus der Reformmaßnahmen, so dass hierauf ebenfalls Bezug genommen wird. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Reformmaßnahmen im australischen Gesundheitssystem aufzuzeigen, die zur Verbesserung der allgemeinen Versorgungsstruktur beitragen sollen.

Zunächst werden die historischen Hintergründe von Medicare sowie das gegenwärtige Gesundheitssystem beschrieben. Im folgenden Kapitel werden Daten zur australischen Bevölkerung und zu den Kosten der Gesundheitsversorgung dargestellt. In den Kapiteln vier und fünf werden die Herausforderungen im australischen Gesundheitssystem aufgezeigt sowie die entsprechenden Reformvorschläge zur nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitssystems diskutiert.

2 Das australische Gesundheitssystem

2.1 Historische Hintergründe von Medicare

Die öffentliche medizinische Grundversorgung der gesamten australischen Bevölkerung erfolgt durch Medicare. Medicare wurde im Oktober 1984 eingeführt, mit der Absicht ein einfaches, kostengünstiges und effizientes Versicherungssystem zu schaffen, das auf dem bereits existierenden Gebührensystem Fee-For-Service (FFS) aufbaut.¹ Der Vorreiter von Medicare war Medibank. Dieses war die erste verpflichtende, allgemeine staatliche Krankenversicherung, die kostenlose ärztliche Behandlungen und kostenlose Krankenhausbehandlungen für alle Australier vorsah. Medibank wurde 1975 eingeführt. Es war ein staatliches Programm, das durch Steuern finanziert wurde. Der Hauptversicherer war die Health Insurance Commission (HIC). Die Kosten des Gesundheitswesens wurden zwischen dem Staatenbund

¹ Vgl. Department of Health and Ageing (2009), S. 14.

(Commonwealth Government) und den Regierungen der Staaten (State Governments) in regelmäßigen schriftlichen Vereinbarungen aufgeteilt. Mit der Zeit durchlief Medibank eine Vielzahl an Veränderungen z. B. durch die Einführung von Gebührenverordnungen und Subventionen in vielen Bereichen. Des Weiteren veränderte sich die Abrechnung der Ärzte und die steuerliche Absetzbarkeit von privaten Krankenversicherungsprämien wurde zur Förderung eingeführt.

Der Hauptunterschied zwischen Medibank und Medicare bestand in der Finanzierung. Medicare erhob eine sogenannte Medicare Abgabe. Hierbei handelt es sich um eine Steuer auf das private Einkommen, die noch heute existiert². Anfänglich lag die Medicare Abgabe bei 1 %, die später auf 1,5 % angehoben worden ist. Darüber hinaus wurden mit Medicare einige geringfügige Veränderungen vorgenommen, wie beispielsweise die Umverteilung von Subventionen im Gesundheitssystem.³

Trotz der Einführung von Medicare stand der Gesundheitssektor weiterhin vor der Herausforderung langfristig steigender Kosten und einer stetig steigenden Nachfrage in der Krankenhausversorgung. Infolgedessen kam es in den späten 1980er und 1990er Jahren zu diversen Reformierungen im australischen Gesundheitssystem. Die „National Health Strategy“ prüfte das Gesundheitssystem mit dem Ziel die Kosteneffizienz im Gesundheitssektor zu erhöhen und stellte diesbezüglich Empfehlungen zur Finanzierung und künftigen Leistungsbereitstellung auf. Beispielsweise sollte der Zugang zu Gesundheitsleistungen vereinfacht und die Qualität verbessert werden. Die Hausärztliche Versorgung sollte gefördert und ein verbessertes nationales Netzwerk zwischen Hausärzten eingeführt werden.⁴ Dementsprechend wurde eine Organisation gegründet – the Divisions of General Practice – in der Hausärzte freiwillig Mitglied sein konnten. Diese Organisation erweiterte sich und wurde in the Australian General Practice Network (AGPN) umbenannt. Sie besteht aus 110 Netzwerken die in ganz Australien tätig sind. Ziel der AGPN ist es, die gängige Praxis in der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung zu unterstützen und zu verbessern. Bspw. wird die AGPN staatlich finanziert, um nationale Initiativen wie Schutzimpfungen zu fördern.⁵

² In Abschnitt 3.2.2 wird auf die Medicare Abgabe näher eingegangen.

³ Vgl. Bloom, A. L. (2000), S.18-20.

⁴ Vgl. Bloom, A. L. (2000), S.21-22.

⁵ Vgl. Donato, R. / Segal, L. (2010), S. 614.

2.2 Das aktuelle australische Gesundheitssystem

2.2.1 Organisation und Aufgabenverteilung

Das gegenwärtige australische Gesundheitssystem besteht aus einem öffentlichen und einem privaten Gesundheitssektor. Das System hat eine Reihe an Finanzierungs- und Regulierungsmechanismen, die nachstehend erläutert werden sollen. Dabei gibt es drei Regierungsebenen: den Bund, die Staaten/Territories sowie die kommunale Ebene.

Die australische Regierung hat die primäre Aufgabe, die nationale Gesundheitspolitik zu lenken, Regulierungsmaßnahmen aufzustellen und die Finanzierung zu steuern. Die Staaten, Territories und die lokalen Regierungen sind in erster Linie für die Bereitstellung und die Verwaltung des öffentlichen Gesundheitsbereiches verantwortlich. Sie sind ebenfalls für die Aufrechterhaltung der Kooperationen zwischen Praktizierenden im Gesundheitsbereich zuständig. Darunter zählt medizinisches Fachpersonal wie Privatärzte, Hausärzte Fachärzte und private Krankenhäuser. Für die öffentlichen Krankenhäuser sind die Staaten und Territories ebenfalls zuständig. Da jeder Staat die Krankenhäuser anders betreibt und führt, variieren die Strukturen stark. Durch diese Divergenz ist das Krankenhaussystem insgesamt sehr unübersichtlich. Allerdings ist die Nutzung der öffentlichen Krankenhäuser für die Bevölkerung unentgeltlich.

Die Staaten und Territories sind auf finanzielle Zahlungen der Regierung angewiesen. Im Durchschnitt stellt die Regierung den Staaten 50 % an Geldern zur Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser zur Verfügung, wobei die Finanzierungsquote fluktuiert. Sie hängt von den Verhandlungsergebnissen zwischen den Beteiligten ab (AHCAs, siehe unten). Im Jahre 2007 lag der Finanzierungsanteil der Regierung bspw. nur bei 38 %. Die Differenz zwischen den erhaltenen Mitteln und dem Finanzierungsbedarf müssen die Staaten durch eigene Einnahmen bzw. Steuern finanzieren.⁶

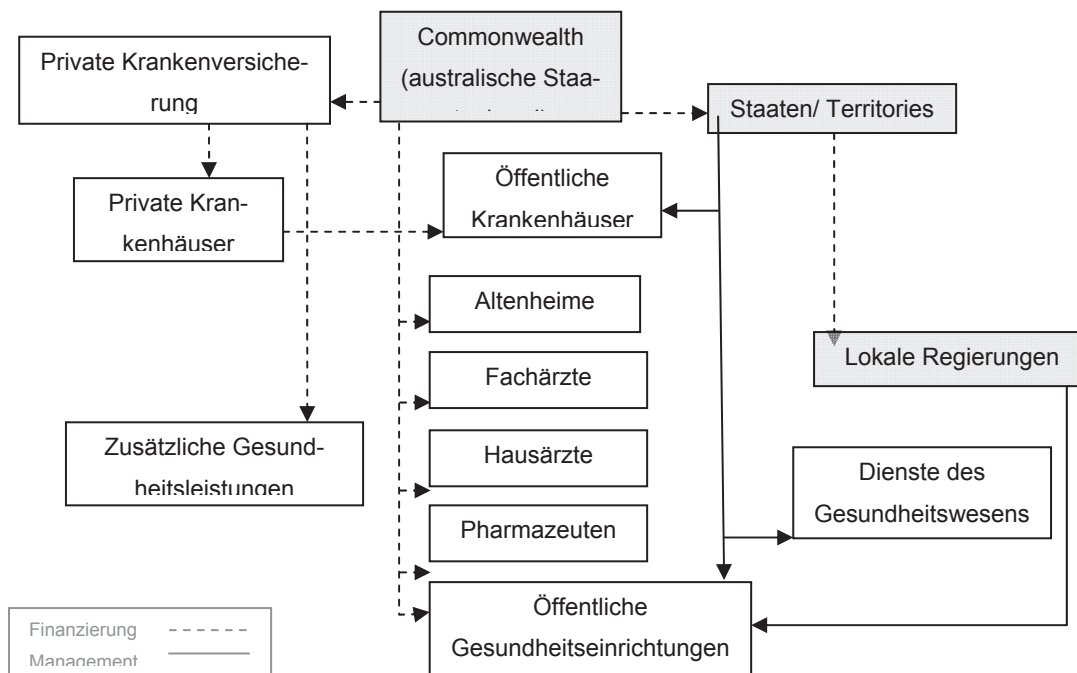
Zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zählen auch zahlreiche spezielle Profit Organisationen, Non-Profit Organisationen und gemeinnützige Einrichtungen. Zu nennen sind hier die über 100 Gesundheitsdienste für Aboriginals und Torres

⁶ Vgl. Hall, J. (2010), S.1259-1260.

Strait Islander⁷. Die Dienste für die Aboriginals und Torres Strait Islander werden auf Gemeindeebene durchgeführt. Finanziert werden die Gesundheitsdienste z. T. von Medicare und durch weitere Unterstützungsgelder des Staatenbundes und der Staaten. Es existiert des Weiteren ein Royal Flying Doctor Service (RFDS). Der RFDS bietet auf Abruf ärztliche Versorgung in ländlichen und abgelegenen Gebieten. Dieser Service wird durch öffentliche Spenden und Gelder des Bundes finanziert.⁸

Die Abbildung 1 veranschaulicht die Finanzierungs- und Managementströme der wichtigsten Akteure im australischen Gesundheitssystem. Die Vielzahl unterschiedlichster Einrichtungen macht das System zunehmend komplexer. Die Trennlinien zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor verschwimmen immer mehr.⁹

Abbildung 1: Organigramm des Gesundheitssystems



Quelle: Healy, J./ Sharmann, E./ Lokuge, B. (2006), S. 26.

2.2.2 Finanzierung

Die Finanzierung des Gesundheitssystems durch die Regierung umfasst drei große Bereiche: Medicare, das Arzneimittel-Zuschuss-Programm (Pharmaceutical Benefits Scheme=PBS) und eine 30 prozentige Förderung privater Krankenkassensysteme.

⁷ In Abschnitt 3.3 wird auf die für Aboriginals und Torres Strait Islander näher eingegangen.

⁸ Vgl. Willis, E. / Reynolds, L. / Keleher, H. (2009), S.8.

⁹ Vgl. Healy, J./ Sharmann, E./ Lokuge, B. (2006), S. 25-26.

Letzteres bedeutet, dass privatversicherte Personen 30 % der Prämie von der Regierung erstattet bekommen. Seit April 2005 werden Personen ab 65 Jahren 35 % erlassen. Wer über 70 Jahre alt ist, erhält 40 % Rabatt auf Prämien privater Krankenversicherungen. Der Grund für diese Subventionierungen ist die Schaffung von Anreizen zur zusätzlich privaten Versicherung, um das öffentliche System zu entlasten. Medicare und PBS umfassen die gesamte australische Bevölkerung, wobei das PBS einen Großteil an verschreibungspflichtigen Medikamenten subventioniert.¹⁰

Seit der Einführung von Medicare werden sogenannte Australian Health Care Agreements (AHCA_s) geschlossen. In diesen, fünf Jahre geltenden, Verträgen werden finanzielle Angelegenheiten geklärt, z. B. die Aufteilung der Krankenhausfinanzierung.¹¹

Medicare ist eine obligatorische, allgemeine Krankenversicherung, die über Steuern und eine progressive Medicare Abgabe finanziert wird. Hierbei werden vom Einkommen der australischen Bürger 1,5 % an das Gesundheitssystem abgeführt. Die Abgabe steigt ab einer bestimmten Einkommenshöhe auf 2,5 % an. Allerdings nur, wenn man nicht privat versichert ist bzw. keine zusätzlichen privaten Krankenhausversicherungen abgeschlossen hat. Den erhöhten Prozentsatz müssen z.B. Alleinstehende ab einem jährlichen Einkommen von 73.000 australischen Dollar zahlen. Für Personen mit niedrigem Einkommen und für Familien gibt es Ermäßigungen. Beispielsweise muss ein normaler Steuerzahler der weniger als 21.750 australische Dollar im Jahr verdient nur einen Teil des 1,5 prozentigen Steuersatzes zahlen. Bei einem Jahresverdienst unter 18.488 australischen Dollar sind keine Medicare Abgabe zu entrichten.¹²

Die Medicare Abgabe finanziert das System nur teilweise, die restlichen Kosten werden durch weitere Steuern abgedeckt. Ziel des Gesundheitssystems ist es, allen Australiern, ungeachtet ihrer persönlichen Lebensumstände, zu erschwinglichen Kosten oder sogar kostenlosen Zugang zur medizinischen Versorgung zu gewährleisten.¹³ Die Gesundheitsleistungen, die von Medicare subventioniert werden, findet man in dem Medicare Benefits Schedule (MBS). Diese Liste wurde über die Jahre

¹⁰ Vgl. Australien Government – Medicare Australia (2010).

¹¹ Vgl. Willis, E. / Reynolds, L. / Keleher, H. (2009), S. 4.

¹² Es gibt noch andere Einkommensschwellen für Medicare Ermäßigungen bei Erfüllung bestimmter Kriterien. Vgl. Australien Government – Australian Tax Office (2011).

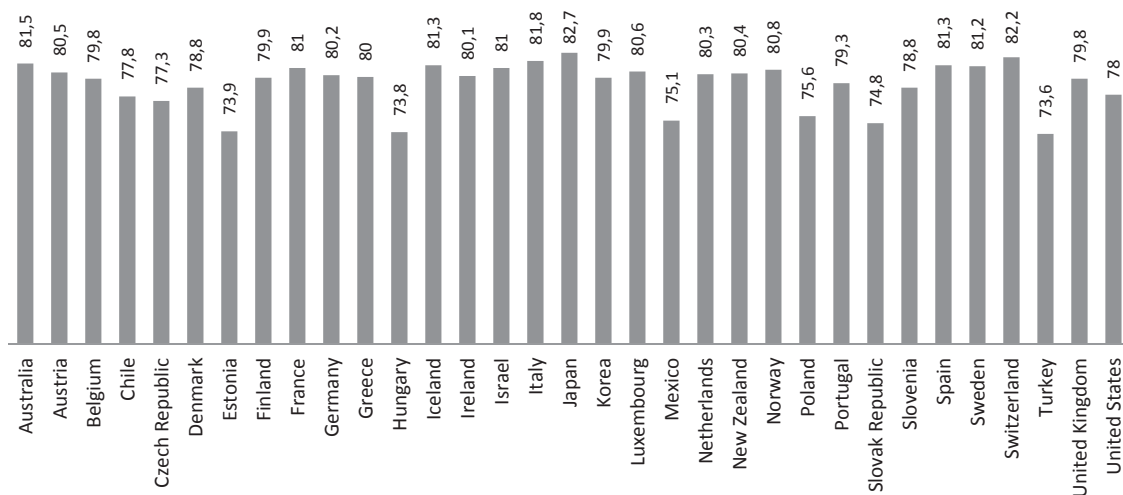
¹³ Vgl. Willis, E. / Reynolds, L. / Keleher, H. (2009), S. 5.

erweitert. Bspw. wurden neue Punkte hinzugefügt, die auf eine verbesserte Behandlung von chronischen Krankheiten oder die Früherkennung von psychischen Störungen und deren effektive Behandlung abzielen.¹⁴

3 Daten zur australischen Bevölkerung und zum Gesundheitssystem

Die Lebenserwartung bei der Geburt ist ein aufschlussreicher Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Eine hohe Lebenserwartung hängt u.a. wesentlich von einer guten medizinischen Versorgung ab. In Australien liegt die durchschnittliche Lebenserwartung bei 79,3 Jahren für neugeborene Jungen in den Jahren 2007 - 2009. Für neugeborene Mädchen im gleichen Zeitraum, liegt die Lebenserwartung bei 83,9 Jahren.¹⁵ Im internationalen Vergleich ist dies ein guter Wert, wie in Abbildung 2 zu sehen ist. Die Abbildung 2 stellt die durchschnittlichen Lebenserwartungen der OECD Länder und anderen ausgewählten Ländern von Männern und Frauen zusammengefasst dar. Australische Bürger, die 2009 geboren worden sind, haben eine Geschlechter unspezifische Lebenserwartung von 81,5 Jahren, nur Japan und Italien liegen höher.

Abbildung 2: Die Lebenserwartung im internationalen Vergleich



Quelle: OECD (2012).

Anzumerken ist, dass die Lebenserwartung innerhalb der australischen Gesellschaft variiert. Dabei lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den drei Bevölkerungsgruppen Aborigines, Torres Strait Islander und der restlichen Population erkennen.

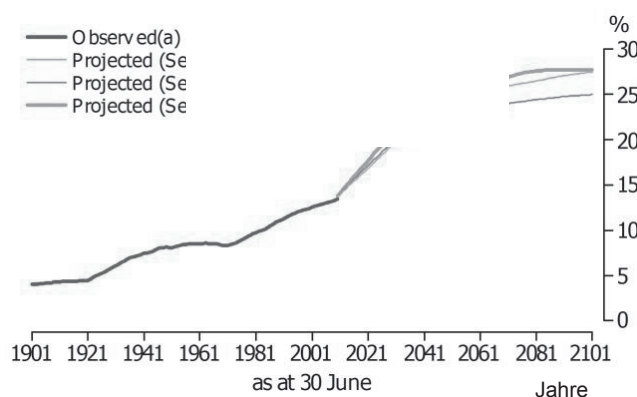
¹⁴ Vgl. Donato, R. / Segal, L. (2010), S. 614.

¹⁵ Vgl. Australian Bureau of Statistics (2011a), S.1.

Die erstgenannten Ureinwohner Australiens haben eine Lebenserwartung, die deutlich unter jener der restlichen Bevölkerung liegt, nämlich für Männer 67,2 Jahre.¹⁶

Insgesamt beläuft sich die australische Bevölkerung zum 30.6.2010 auf 22.342.400 Menschen mit steigender Tendenz.¹⁷ Dies ist auf die ansteigende Geburtenrate und die zunehmende Einwanderung zurückzuführen. Dabei nimmt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stark zu. Dieser Anstieg wird u. a. durch den wachsenden Bevölkerungsanteil der über 65-jährigen hervorgerufen. 2009 lag dieser Anteil bei 13,5 % (siehe Abbildung 1).

Abbildung 3: Anteil der australischen Bevölkerung im Alter von 65 Jahre oder älter



Quelle: Australian Bureau of Statistics (2011a), S. 5.

Nach einer Schätzung des australischen Statistikbüros steigt der Anteil der über 65-jährigen bis zum Jahre 2040 auf ca. 23 % an. Da diese Personen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, wie eine Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH)¹⁸ Untersuchung gezeigt hat, stellt der demografische Wandel eine weitere Herausforderung bei der Finanzierung des Gesundheitswesens dar.¹⁹

Die australischen Staatsausgaben für Gesundheit lagen 2009/2010 bei 4 % des BIP. Aufgrund der Bedürfnissteigerung der gesamten Bevölkerung und kostenintensiver Innovationen im medizintechnischen Bereich werden die Ausgaben auf schätzungsweise 7,1 % des BIP in 2049/2050 anwachsen.²⁰ In den Jahren 2008/2009 wurden in

¹⁶ Vgl. Australian Bureau of Statistics (2011a), S.4.

¹⁷ Vgl. Australien Bureau of Statistics (2010), S.1.

¹⁸ BEACH ist ein Programm, das kontinuierlich Informationen über die Aktivitäten in der allgemeinen medizinischen Praxis erfasst. Eine speziell entwickelte Datenerfassung umfasst ungefähr 1.200.000 Patienten. BEACH analysiert unter anderem Daten in Bezug auf spezielle Themen für externe Organisationen. Vgl. Australian General Practice Statistics and Classification Centre (2011).

¹⁹ Vgl. Department of Health and Ageing (2009), S. 9.

²⁰ Vgl. Australian Bureau of Statistics (2011a), S. 5.

Australien insgesamt \$ 112.800.000.000 für Gesundheit bzw. für Waren und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich ausgegeben. Die Abbildung 4 stellt die Ausgaben des Bundes und der Staaten dar. Den größten Anteil mit \$ 48.7 Milliarden trägt der Staatenbund. Unter dem Punkt „eigene Programme des Commonwealth“ ist die Finanzierung von Gesundheitsleistungen und Medikamenten gemeint, also den MBS und PBS. Aber auch Forschungen und weitere Gesundheitsleistungen fallen unter die Ausgaben der „eigenen Programme“. Unter den Bereich „Sonstige Ausgaben“ fallen Zahlungen an das Department of Veterans Affairs und Subventionierungen im medizinischen Bereich.²¹

Abbildung 4: Finanzierung der Gesundheitsausgaben in 2008-2009

Mittelherkunft		Ausgaben	
		\$ Milliarden	%
Commonwealth	Government	48.7	43.2
eigene	Programme	29.4	26.1
Gelder	an Staate	11.7	10.4
private	Krankenversicherungsrabatte	3.6	3.2
sonstiges		4.0	3.5
Staaten, Territories und lokale Regierungen		29.9	26.5
Weitere nicht staatliche Ausgaben		34.2	30.3
<i>Gesamte Gesundheitsleistungen</i>		<i>112.8</i>	<i>100</i>

Quelle: In Anlehnung an Australian Bureau of Statistics (2011b), S. 1.

In Australien gibt es über 1.300 öffentliche und private Krankenhäuser. Die Zahl der Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner variiert von Gebiet zu Gebiet. Dabei ist die Zahl der Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner in stark besiedelten Gegenden geringer (2,5) als in dünner besiedelten (4,3). Etwa die Hälfte der Bewohner in großen Städten wird privat behandelt. In entlegenen Gebieten ist die Zahl geringer. Trotzdem ist die private Krankenversicherung auch hier von großer Bedeutung.²²

²¹ Vgl. Australian Bureau of Statistics (2011b), S. 1.

²² Vgl. Australian Bureau of Statistics (2011b), S. 3.

Die Krankenhäuser werden stark durch ihre Notaufnahmen belastet, da diese stark frequentiert werden. Dabei ist die hohe Inanspruchnahme der Notaufnahmen in vielen Fällen auf die begrenzten Geschäftszeiten der Praxen zurückzuführen.²³ Dies führt zu einer immer größeren Belastung der australischen Krankenhäuser, so dass effizientere Organisationsstrukturen benötigt werden.

4 Probleme im australischen Gesundheitssystem

Wie bereits erwähnt, steigt die finanzielle Belastung des australischen Gesundheitssystems durch die alternde Bevölkerung. Chronische Erkrankungen werden demnach immer häufiger. Zudem steigen die Kosten durch neue und teure Gesundheitstechnologien.

Die medizinische Grundversorgung variiert in Australien regional. Neben dem Wohnort spielt ferner die Zahlungsfähigkeit und der Gesundheitszustand der Patienten eine wichtige Rolle. Zu den wachsenden Belastungen trägt auch eine allgemein ansteigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in der Bevölkerung bei.²⁴

Aufgrund mangelnder Leistungsfähigkeit wird befürchtet, dass das australische Gesundheitssystem diesen zusätzlichen Belastungen nicht gewachsen ist.²⁵ Die Probleme sind insbesondere in den Strukturen der institutionellen Organisationen begründet. Durch die komplexe Gewaltenteilung, die gemeinschaftliche Finanzierungsbeteiligung und die Regulierung von Gesundheitsleistungen zwischen Bund und Staaten entstehen finanzpolitische Ungleichgewichte und eine Trennung von Verantwortlichkeiten, die zu einer stark zersplitterten, undurchsichtigen und unkoordinierten Struktur im Gesundheitssystem führen.²⁶

Eine besondere Herausforderung stellen die öffentlichen Krankenhäuser dar. Die Staaten können die wachsenden Kosten und die steigende Nachfrage an Krankenhausbetten in Zukunft nicht mehr tragen. Besorgniserregend sind vor allen Dingen die langen Wartezeiten und Stornierungen bei elektiven Operationen, die steigende Nachfrage nach Notdiensten und die Sicherheit und Qualität in den Krankenhäusern. Durch die massenhaften Subventionierungen in anderen Gesundheitsbereichen hat

²³ Vgl. Australian Bureau of Statistics (2011b), S. 3.

²⁴ Vgl. Department of Health and Ageing (2009), S. 8; vgl. Donato, R. / Segal, L. (2010), S. 613.

²⁵ Berichte, die von Ineffizienz im australischen Gesundheitssystem reden: Standing Committee on Health and Ageing (2006); Productivity Commission (2005); Organisation for Economic Development and Cooperation (2006).

²⁶ Vgl. Donato, R. / Segal, L. (2010), S. 614.

die Regierung keine Gelder für Verbesserungen im Krankenhausbereich zur Verfügung. Genau diese unzureichende finanzielle Unterstützung werfen die Staaten der Regierung vor. Die Bedürfnisse der Bevölkerung steigen und die Staaten können die finanziellen Mittel nicht alleine aufbringen. Die Regierung bemängelt hingegen ein schlechtes Management der Staaten.²⁷

5 Reformbestrebungen

5.1 Strukturelle Veränderungsansätze im Primary Healthcare Bereich

Die Reformbestrebungen in Australien konzentrieren sich auf Primary Healthcare.²⁸ Unter Primary Healthcare wird die erste Ebeneder Gesundheitsversorgung verstanden.²⁹ Ein gutes und effizientes Primary Healthcare System bietet das Potential Krankenhausaufenthalte zu reduzieren, Gesundheitsungleichgewichte auszugleichen sowie eine allgemeine Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse zu erzielen.³⁰

Bereits in der Vergangenheit wurden in Australien viele finanzielle Mittel für Primary Healthcare aufgewendet. Durch ein erweitertes und überarbeitetes Primary Healthcare System sollen koordinierte, umfassende und kontinuierliche Gesundheitsleistungen bereitgestellt werden, die die Qualität in der Versorgung sicherstellen. Jedoch wirkten die strukturellen Defizite im Gesundheitssystem wie eine Barriere, die Verbesserungen durch eingeführte Reformen nicht zulassen. Nach Donato und Segal bringen die inkrementellen Veränderungen im Gesundheitssystem keinen weiteren Nutzen mehr, da das Effizienzlimit für schrittweise Reorganisationsmaßnahmen erreicht scheint. Australien benötigt eine fundamentale Reform, die die strukturellen Probleme beseitigt. Die beiden Autoren haben vier Hauptmerkmale aufgestellt, die für ein effektives und effizientes Primary Healthcare Model entscheidend sind. Diese vier Schlüsseleigenschaften basieren auf veröffentlichten Analysen und wissenschaftlichen Arbeiten, sowie auf Erfahrungen anderer Länder.

Der erste Punkt beinhaltet die Dezentralisierung der Steuerung in der Primary Care Organisation. Es umfasst auch die damit verbundene Finanzierung auf der Meso-

²⁷ Vgl. Hall, J. (2010), S.1260.

²⁸ „Primary health care is socially appropriate, universally accessible, scientifically sound first level care.... Comprehensive primary health care includes health promotion, illness prevention, treatment and care of the sick, community development, and advocacy and rehabilitation.“ Australian Divisions of General Practice (2005), S. 20.

²⁹ Vgl. Department of Health and Ageing (2009), S. 22.

³⁰ Vgl. Department of Health and Ageing (2009), S. 8.

Ebene. Unter dezentraler Steuerung wird die Einführung von Organisationsstrukturen auf mittlerer Ebene, den Primary Care Organisations (PCO), verstanden. Den wichtigsten Aspekt stellt dabei eine bedarfsgerechte Pro-Kopf Budgetverteilung auf die PCOs dar. Die Ärzte sind in diese Organisation direkt integriert und verfahren nicht abgeschnitten davon. PCOs sind für vieles zuständig, wie die Leistungsbereitstellung, Koordination und Sicherung der Qualität von Anbietern im Gesundheitssektor. Sie befassen sich nachhaltiger mit Gesundheitsaspekten der Bevölkerung.³¹

Der zweite Punkt betrifft die Vergütungen der Leistungserbringer. Durch die Vergütung auf Basis eines Kopfpauschalens-Modells entstehen Anreize, die sowohl organisationelle Auswirkungen als auch Auswirkungen auf das Leistungsangebot haben. Dieser Sachverhalt wird insbesondere in der Agency-Theorie ausführlich diskutiert³². Leistungserbringer würden für jeden eingeschriebenen Patienten eine fixe Zahlung erhalten, so dass sie die gesamten Kosten und Risiken für ihre Patienten zu tragen haben. Dies könnte allerdings dazu führen, dass zu wenig Leistungen erbracht werden, die Qualität der Leistungen reduziert wird oder eine stärkere Risikoselektion betrieben wird. Eine Einzelleistungsvergütung (FFS) würde hingegen das Gegenteil bewirken, nämlich ein Überangebot an Leistungen. Aus diesem Grund wird in der Literatur häufig ein gemischtes Entlohnungssystem Leistungserbringer favorisiert. Dies kann sich aus Kopfpauschalens, Gebühren und Gehältern zusammensetzen.

Die letzten beiden Faktoren, die zu einer Verbesserung im Primary Care Bereich führen, sind zum einen die Einrichtung eines nationalen Qualitäts- und Leistungsrahmens und zum anderen Investitionen in die Infrastruktur, dazu zählen z. B. qualitativ hochwertige IT-Systeme. Eine gute Infrastruktur fördert den Informationsaustausch im Gesundheitswesen, schafft abgestimmte interdisziplinäre Gesundheitsleistungen und trägt zu einer effektiveren Gesundheitsversorgung bei. Die Einführung von elektronischen Patientenakten sowie eine weitgehende Verknüpfung der medizinischen Informationssysteme mit anderen IT-Systemen sollen u. a. die Patientenaufnahme beschleunigen. Um die Potentiale der IT-Systeme effizient nutzen zu können, ist es erforderlich, die notwendigen Kompetenzen aufzubauen. Deshalb müssen entspre-

³¹ Vgl. Donato, R. / Segal, L. (2010), S. 616.

³² Die Agency-Theorie befasst sich mit Beziehungen zw. Wirtschaftssubjekten bei Vorliegen von Interessenskonflikten und Informationsasymmetrien. Hier handelt der Agent im Interesse des Prinzipals. Dabei wird unterstellt, dass Individuen ihr Eigeninteresse verfolgen d. h. der Agent handelt nicht automatisch im Interesse des Prinzipal. Vgl. Alisch, K. / Arentzen, U. / Winter, E. (2005), S. 53.

chende Aus- und Weiterbildungsangebote entwickelt werden bzw. die neuen Fachkräfte akquiriert werden. Des Weiteren soll der Arbeitskräfteeinsatz mit Hilfe neuer IT-Systeme optimiert werden.³³

Auf Basis der oben vorgestellten Ansätze, haben Donato und Segal folgenden Reformvorschlag aufgestellt: Der maßgebende Faktor für eine strukturelle Reform im Gesundheitssystem ist eine vereinheitlichte Finanzierung. Es soll eine einzige staatliche Finanzierungsebene und politische Verantwortung für die primäre Gesundheitsversorgung geschaffen werden.³⁴ Darauf aufbauen können dann regionale PCOs, die für die Versorgung einer definierten Population zuständig sind. Die PCOs sind demnach Fundholders, d. h. sie verwalten ihr eigenes Budget. Das bereits in Australien existierende Netzwerk der Ärzte, AGPN könnte die Aufgaben der PCOs übernehmen. Die Neustrukturierung der PCOs soll eine umfassende Behandlung garantieren und damit die Versorgung signifikant verbessern. Durch das Monitoring, die Prävention und Behandlung auf lokaler Ebene, soll die Bevölkerung zielgerichteter und effektiver versorgt werden.

Ein weiterer Punkt des Reformvorschlages ist eine Veränderung der Vergütungsstruktur für die Leistungserbringer. Diesbezüglich wird empfohlen, die Honorierung zu gemischten Vergütungssystemen über die vermehrte Einführung von Pauschalen auszubauen. . Nach der Einführung des neuen Finanzierungssystems soll ferner ein nationaler Qualitäts- und Leistungsrahmen implementiert werden.³⁵

5.2 Zentrale Reformvorhaben im australischen Gesundheitswesen

Eine der jüngsten Initiativen im australischen Gesundheitssystem ist die Errichtung umfassender Gesundheitszentren, den sogenannten GP Super Clinics. In den Jahren 2007/2008 wurden bereits 36 GP Super Clinics ins Leben gerufen. Zusätzlich stellt die Regierung für 2010/2011 370.2 Millionen australische Dollar für Medizinische Versorgungszentren bereit. Durch die Bündelung von Gesundheitsleistungen an einem Ort sollen die Patienten einen einfacheren Zugriff auf eine interdisziplinäre Versorgung erhalten. Weiterhin wird mit einer Effizienzsteigerung aufgrund einer besseren Koordination im öffentlichen Gesundheitswesen gerechnet. Ein spezielles

³³ Vgl. Donato, R. / Segal, L. (2010), S. 617.

³⁴ Vgl. Hall, J. (2010), S. 1260; vgl. Donato, R. / Segal, L. (2010), S. 618.

³⁵ Vgl. Donato, R. / Segal, L. (2010), S. 618-619.

Ziel ist hierbei, die Versorgungsqualität von chronisch Kranken zu steigern, um dem steigenden Anteil langwieriger Erkrankungen Rechnung zu tragen.³⁶

Die National Health and Hospital Reform Commission (NHHRC), ein Ausschuss des Commonwealth of Australia³⁷, hat ein Bericht veröffentlicht, der sich mit den strukturellen Problemen im Gesundheitswesen beschäftigt. Beispielsweise schlägt die NHHRC vor, dass der Staatenbund die volle Verantwortung für die Finanzierung und die strategisch politischen Entwicklungen im Primary Healthcare Sektor übernimmt. Dabei dienen die Staaten und Territories als Manager und Anbieter der Leistungen im Gesundheitssektor, d. h. dass die Verantwortlichkeit für alle gesundheitlichen Managementaufgaben auf einer Ebene zentralisiert werden.

Die aktuelle Regierung hat mit dem National Health and Hospital Network einen Plan vorgelegt, bei dem die die Local Hospital Networks (LHN) im Mittelpunkt stehen. Darunter wird eine geographische Gruppierung von Krankenhäusern verstanden, die von einem Referenzkrankenhaus koordiniert werden. Daneben sollen spezielle Dienste wie Fachkliniken für Kinder landesweit organisiert werden. Ungefähr 50 solcher LHN sind in ganz Australien geplant. Hierfür soll eine eigene gesetzliche Behörde geschaffen werden. Diese staatliche Gesundheitsbehörde managt und plant das LHN-System. Unter anderem bestimmt sie die Anordnung der lokalen Netzwerke, legt die Kapitalinvestitionen fest und schließt Verträge bezüglich des Leistungsumfangs. Jedes LHN wird über einen eigenen Rat, der von den jeweiligen Staatsministern ernannt wird. In die lokalen Krankenhausnetzwerke sollen Vertreter von Universitäten, Medizinschulen und Forschungseinrichtungen mit eingebunden werden. Den LHNs werden gewisse Spielräume bei der Gestaltung der Leistungserbringung eingeräumt, um den Wettbewerb zwischen den Netzwerken zu fördern.

Das oben beschriebene Vorhaben zielt auf eine national konsistentere Gestaltung im Krankenhausbereich ab.³⁸ Die Finanzierung soll künftig über eine festgelegte Kapitalbasis geregelt werden, die die AHCA's ablöst, da die Verhandlungen häufig nicht effizient verlaufen sind. Dabei soll der künftige Finanzierungsanteil des Staatenbundes 60 % betragen. Die Finanzierung ist folgendermaßen geplant: Eine unabhängige Einrichtung bestimmt zunächst, anhand von gewichteten Durchschnittskosten wie

³⁶ Vgl. Donato, R. / Segal, L. (2010), S. 614; vgl. Department of Health and Ageing (2011).

³⁷ National Health and Hospital Reform Commission (2009).

³⁸ Vgl. Hall, J. (2010), S. 1260-1261.

hoch der Mittelbedarf bei den LHNs insgesamt ist. Die benötigten Finanzierungsmittel werden dann neu eingerichteten staatlichen Behörden übertragen, von denen die Gelder auf Case-Mix Basis an die LHN verteilt werden. Der Case-Mix ist eine Bewertungsgröße, die anhand des Ressourcenaufwands für behandelte Krankenhausfälle gewichtet wird. Bestimmte Leistungen, wie bspw. die Notfallversorgung werden durch den Bund über zusätzlich vergütet.³⁹

Der Zuständigkeitsbereich der LHNs soll weitgehend mit den in Abschnitt 5.1 beschriebenen PCOs⁴⁰ übereinstimmen. Durch Kooperationen zwischen den LHNs und PCOs soll der Wechsel zwischen Hausarzt und Krankenhaus erleichtert werden.⁴¹

6 Fazit

Ein zentrales Merkmal des australischen Gesundheitssystems ist das Medicare-System, in dem jeder australische Bürger zu relativ geringen Abgaben eine primäre Gesundheitsversorgung erhält. Allerdings ist die staatliche Versorgung oft ungenügend, so dass sich ein gut ausgebauter und staatlich subventionierter Privatversicherungsbereich entwickelt hat. Dabei nehmen die zusätzlichen privaten Versicherungen eine immer bedeutendere Rolle im australischen Gesundheitswesen ein.

Die größte Herausforderung im australischen Gesundheitssystem ist die defizitäre Struktur sowie die geteilten Verantwortungen und ein Mangel an Kooperationen, die zu einer ineffizienten Ressourcenallokation führen. Aus diesem Grund wurden in der Vergangenheit einige Reformen durchgeführt, die auf Verbesserung der Versorgungsqualität abzielten. Fortschritte wurden hiermit jedoch nicht erreicht, da sie die strukturellen Probleme nicht lösten und die Finanzierung der Gesundheitsleistungen im Primary Healthcare Bereich sogar noch komplizierter und intransparenter gestalten.

Das wichtigste Ziel ist daher die Reformierung des Finanzierungssystems im australischen Gesundheitswesen. Künftig soll der Staatenbund mehr finanzielle Mittel bereitstellen und Hauptfinanzier der Gesundheitsleistungen werden, um die Einzelstaaten und Territories zu entlasten. Gleichzeitig soll auch die Organisation des Primary Healthcare Bereichs zentralisiert werden. Um die Versorgung der Bevölkerung zu op-

³⁹ Vgl. Hall, J. (2010), S. 1261-1262.

⁴⁰ Siehe Abschnitt 5.1.

⁴¹ Vgl. Hall, J. (2010), S. 1262.



timierten und effizienter zu gestalten, werden nationale Rahmenbedingungen vorgegeben.

Literaturverzeichnis

Alisch, K. / Arentzen, U. / Winter, E. (2004):

Agency-Theorie, Gabler Wirtschafts Lexikon, 16. Auflage, Wiesbaden, S. 53.

Australian Bureau of Statistics (Hrsg.) (2010):

Australian Demographic Statistics – June Quarter 2010, Nr. 3101.0, Sydney.

Australian Bureau of Statistics (Hrsg.) (2011a):

Australian Social Trends March 2011, Life expectancy trends — Australia, Nr. 4102.0, Sydney.

Australian Bureau of Statistics (Hrsg.) (2011b):

Australian Social Trends March 2011, Health services: Use and patient experience, Nr. 4102.0, Sydney.

Australian Bureau of Statistics (Hrsg.) (2011c):

Health Services: Use and Patient Experience, URL:

<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4102.0Main+Features20Mar+2011> [Stand 28.03.2011].

Australian Divisions of General Practice (Hrsg.) (2005):

Primary Health Care Position Statement.

Australian General Practice Statistics and Classification Centre (Hrsg.) (2011):

Bettering the Evaluation And Care of Health – What is the BEACH program? URL: <http://www.fmrc.org.au/beach.htm> [Stand 21.03.2011].

Australian Government (Hrsg.) (2011):

About Australia, URL: <http://australia.gov.au/about-australia> [Stand 08.03.2011].

Australian Health Ministers' Advisory Council (Hrsg.) (2011):

The Australian Health Ministers' Conference (AHMC), the Australian Health Workforce Ministerial Council (AHWMC) and the Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC), URL: <http://www.ahmac.gov.au/site/home.aspx> [Stand 20.03.2011].

Australian Tax Office (Hrsg.) (2011):

Medicare levy, URL: <http://www.ato.gov.au/individuals/pathway.asp?pc=001/002/030> [Stand 15.03.2011].

Bloom, A. L. (2000):

Health Reform in Australia and New Zealand, Oxford, New York.

Department of Health and Ageing (2009):

Primary Health Care Reform in Australia – Report to Support Australia's First National Primary Health Care Strategy, Nr. P3-5480.

Department of Health and Ageing (Hrsg.) (2011):

GP Super Clinics – 2010-11 GP Super Clinic Commitments,

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/pacd-gpsuperclinics-budgetcommitments> [Stand 24.03.2011].

Donato, R. / Segal, L. (2010):

The economics of primary healthcare reform in Australia – towards single fundholding through development of primary care organisations, in Australian and New Zealand Journal of Public Health, 34. Jg., Heft 6, S. 613-619.

Hall, J. (2010):

Health-Care Reform in Australia: Advancing or Side-Stepping?, in: Health Economics, 19 Jg., Heft 11, S. 1259-1263.

Healy, J./ Sharmann, E./ Lokuge, B. (2006):

Health Systems in Transition. Australia: Health System Review, Padstow, Cornwall.

Klein, C. (2007):

Leben und Arbeiten in Australien, Frechen.

Medicare Australia (Hrsg.) (2011):

The Australian Health System, Commonwealth of Australia, 20.08.2010, URL: <http://www.medicareaustralia.gov.au/about/whatwedo/health-system/index.jsp> [Stand 18.03.2011].

National Health and Hospitals Reform Commission (2009):

A Healthier Future For All Australians – Final Report, Canberra.

OECD (2012):

Health Status: Life expectancy, URL: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT [Stand 10.01.2012].

Organisation for Economic Development and Cooperation (2006):

Economic Surveys – Australia, Paris.

Prime Minister of Australia – The Hon Julia Gillard MP (Hrsg.) (2011):

A better deal for patients, Press Office , 13.02.2011, URL: <http://www.pm.gov.au/press-office/better-deal-patients-0> [Stand 07.03.2011].

Productivity Commission (2005):

Review of National Competition Policy Reforms, Inquiry, Commonwealth of Australia, Bericht Nr. 33, Canberra.

Schölkopf, M. (2010):

Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitsvergleich und die europäische Gesundheitspolitik, Köthen.

Standing Committee on Health and Ageing (2006):

The Blame Game: Report on the Inquiry into Health funding, House of Representatives, Commonwealth of Australia, Canberra.

Willis, E. / Reynolds, L. / Keleher, H. (2009):

Understanding The Australian Health Care System, Chatswood.





