

**IVSS-Initiative  
Forschungsergebnisse  
& Standpunkte  
Nr. 15**

**Auf dem Wege zu tragfähigen  
Gesundheitssystemen  
Aktuelle Strategien der  
Krankenversicherungssysteme in Deutschland,  
Frankreich, Japan und den Niederlanden**

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke  
und Dr. Jonas Schreyögg  
Technische Universität Berlin, Deutschland

August 2004

# **Auf dem Wege zu tragfähigen Gesundheitssystemen Aktuelle Strategien der Krankenversicherungssysteme in, Deutschland, Frankreich, Japan und den Niederlanden**

**Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke und Dr. Jonas Schreyögg  
Technische Universität Berlin  
Deutschland**

In Deutschland, Frankreich, Japan und den Niederlanden steigen die Gesundheitsausgaben, während die Einnahmen auf dem gleichen Niveau bleiben oder sogar rückläufig sind und der medizinische Fortschritt, der Alterungsprozess und andere Faktoren die entstehende Lücke im Laufe der Zeit noch ausweiten. Das Konzept des Umlageverfahrens erreicht seine Grenzen, in den von Bismarck geprägten Systemen aufgrund steigender Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge und in den von Beveridge geprägten aufgrund höherer Steuern. Keines dieser Systeme ist in der Lage, sich quasi automatisch selbst zu regeln. Politische Interventionen werden immer häufiger nötig sein. Umfassendere Reformen sind entweder zu schwierig oder in diesem besonders sensiblen und komplexen Bereich der Gesundheitsversorgung politisch nicht durchsetzbar. Dies erklärt, warum die Öffentlichkeit in Europa und Japan grundlegendere und dauerhaftere Reformen fordert.

Die Lösung des Problems ist relativ einfach. Staaten mit Finanzierungslücken können Folgendes tun:

- Verringerung der Ausgaben durch Haushaltskürzungen, Ausschluss von Leistungen und Diensten oder beiden.
- Steigerung der Einnahmen durch höhere Beitragssätze, eine breitere Finanzierungsgrundlage, höhere Kostenbeteiligung und Eigenausgaben oder eine Kombination dieser Mechanismen.
- Durchführung umfassender Strukturreformen zur Schließung der Finanzierungslücke. Diese Reformen können nach dem Prinzip der Zahlungsfähigkeit, dem Leistungs- oder Versicherungsprinzip umgesetzt werden.

Alle vier der in diesem Bericht untersuchten Staaten setzen diese theoretischen Konzepte zu dem einen oder anderen Zeitpunkt um, aber es bestehen Unterschiede in der Art und Weise, in der dies geschieht. Ein Vergleich ihrer Ansätze könnte für sie selbst nützlich sein, da sie weiterhin vor der Herausforderung stehen, die Finanzierungslücke zwischen Gesundheitsausgaben und –Einnahmen zu schließen.

## **Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme**

Die Gesundheitsausgaben stiegen in den letzten zehn Jahren in allen vier untersuchten Ländern erheblich. Zwischen 1992 und 2001 stiegen die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben insgesamt um 3,48 Prozent in Japan, 3,75 Prozent in Deutschland und 3,98 Prozent in Frankreich, wobei diese in den Niederlanden im gleichen Zeitraum sogar um durchschnittlich 6,18 Prozent jährlich zunahmen. Der Anteil der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung am Bruttoinlandsprodukt (BIP) erhöhte sich im letzten Jahrzehnt ebenfalls in allen vier Ländern, wobei Japan den größten Anstieg auswies, von 6,2 Prozent im Jahre 1992 auf 7,6 Prozent im Jahre 2000.

### **Demografische Merkmale**

Demografische Veränderungen sind eine der Hauptursachen für die Ausgabensteigerung der letzten Zeit in allen vier Ländern. Eine höhere Lebenserwartung und niedrigere Geburtenraten führten zu einem Alterungsprozess in der Bevölkerung in den meisten Industrieländern. In Japan stieg der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung von 5,7 Prozent im Jahre 1960 auf 17,4 Prozent im Jahre 2000. In den drei europäischen Ländern waren die Veränderungen weniger dramatisch, aber die Zahl der über 65 jährigen nahm im gleichen Zeitraum deutlich zu: von 11,6 Prozent auf 16,4 Prozent in Deutschland, von 11,6 Prozent auf 16,1 Prozent in Frankreich und von 9,0 Prozent auf 13,6 Prozent in den Niederlanden.

### **Veränderte Krankheitsbilder**

Die veränderten Krankheitsbilder stehen teilweise in Zusammenhang mit den demografischen Veränderungen, die sich direkt auf die Gesundheitsversorgung und damit auch auf die Gesundheitsausgaben auswirken. Zum einen ist eine Zunahme der chronischen Krankheiten zu beobachten. Allergien, Asthma und Diabetes sind immer weiter verbreitet. Zum anderen macht der verbesserte Lebensstandard das Übergewicht zu einem weitverbreiteten Gesundheitsproblem. So stieg die Zahl der Übergewichtigen in Frankreich von 5,8 Prozent im Jahre 1990 auf 9 Prozent im Jahre 2000 (laut Körpermasse-Index). Die Niederlande und Japan haben ähnliche Probleme. Es handelt sich um eine alarmierende Entwicklung, da aufgrund dieser Zunahme der Übergewichtigen vermehrt Krankheiten des Skeletts, der Muskulatur und des Blutkreislaufs erwartet werden. Nichtsdestoweniger stiegen die Lebenserwartung und der gesund verbrachte Lebenszeitraum in allen vier Ländern in den letzten 40 Jahren. Im Jahre 2000 hatte Japan mit 81,3 Jahren die höchste Lebenserwartung bei der Geburt, gefolgt von Frankreich mit 79,0 Jahren und den Niederlanden mit 78,0 Jahren. Deutschland hatte 30 Jahre lang die geringste durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt unter den vier Ländern.

### **Technologischer Fortschritt**

Neue Technologien haben die Effektivität der Gesundheitsdienstleistungen erheblich verbessert, indem sie die Behandlungsdauer verkürzten, die Ergebnisse verbesserten und zuvor unheilbare Krankheiten heilten. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung verringerte sich ebenfalls. Zwischen 1990 und 2000 sank die Durchschnittsverweildauer im Krankenhaus in Frankreich und Deutschland um 26 Prozent, von 2,4 Tagen pro Person und Jahr auf 1,9. Zudem hatte der technische Fortschritt Auswirkungen auf die Langlebigkeit. Zwischen 1975 und 1995 wurde die Zahl der durch Krankheit verlorenen Lebensjahre in Japan um 40,5 Prozent, in Deutschland um 45,3 Prozent, in Frankreich um 34,8 Prozent und um 31,3 Prozent in den Niederlanden reduziert.

### **Wirtschaftslage**

In allen vier Ländern geht der Anstieg des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP teilweise auf den Rückgang des Wirtschaftswachstums zurück. Japan erfuhr einen Einbruch der durchschnittlichen Wachstumsrate des BIP, die von 4,5 Prozent zwischen 1970 und 1990 auf 2,2 Prozent im Jahre 2000 und -0,8 Prozent im Jahre 2001 fiel. Deutschland steht

ebenfalls vor einer Rezession, mit einem Rückgang der Wachstumsrate des BIP von 2,9 Prozent im Jahre 2000 auf 0,8 Prozent im Jahre 2001 und 0,2 Prozent im Jahre 2002. Im gleichen Jahr lag die Wachstumsrate des BIP in Frankreich bei 1,2 Prozent und nahm in den Niederlanden nur um 0,2 Prozent zu. Da Gesundheitssysteme Bismarckscher Prägung, wie sie alle vier in diesem Beitrag untersuchten Länder haben, ihre Beiträge meist auf Löhne und Gehälter beziehen, trugen hohe Arbeitslosenraten zu den finanziellen Problemen der Krankenkassen bei. Während die Arbeitslosigkeit zwischen 2000 und 2002 in Japan (von 4,7 auf 5,4 Prozent) und Deutschland (von 7,8 auf 8,6 Prozent) deutlich zunahm, fiel diese in Frankreich leicht von 9,3 auf 8,8 Prozent, und die Niederlande konnten ihr niedriges Arbeitslosigkeitsniveau halten.

### **Veränderte Bedürfnisse und Nachfrage**

Veränderte Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung und neue Formen der Nachfrage können allgemein als positive Entwicklungen gewertet werden, da sie ein neues Angebot schaffen und damit das Wirtschaftswachstum begünstigen. Da viele dieser neuen Dienstleistungen und Produkte von den Krankenkassen in den vier Ländern erstattet werden, zieht diese gesteigerte Nachfrage allerdings auch höhere Gesundheitsausgaben nach sich und damit höhere Beitragssätze in den sozialen Krankenversicherungssystemen.

### **Strukturschwächen des Systems**

Alle sozialen Krankenversicherungssysteme haben grundlegende Strukturschwächen und entbehren entsprechender Anreize, wie die Trennung der ambulanten und der stationären Behandlung in Deutschland zeigt. Diese Mängel wirken sich direkt auf die Gesundheitsausgaben aus und führen zu höheren Versicherungsbeiträgen. Im Falle des Missbrauchs droht eine zunehmende Umverteilung der Versicherungsfonds von jenen, die diese nicht nutzen, auf die Nutzer.

## **Institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen**

Die institutionellen Rahmenbedingungen der sozialen Krankenversicherung und ihre Organisation in den vier Ländern entwickelten sich entsprechend den nationalen und kulturellen Bedürfnissen und sind bisweilen ziemlich weit vom ursprünglichen Konzept der Systeme der sozialen Sicherheit zu Bismarcks Zeiten entfernt. Angesichts der Komplexität der verschiedenen institutionellen Strukturen erleichtern die untenstehenden Kategorien Vergleiche zwischen den vier Ländern.

## **Mitgliedschaft, Aufnahme und Deckung**

Alle verglichenen Länder haben ein soziales Krankenversicherungssystem, das auf mehreren Krankenkassensystemen aufbaut, welche der Mehrheit der Bevölkerung den Schutz einer Krankenversicherung bieten. Die Mitgliedschaft in den Krankenkassen ist obligatorisch; nur in Deutschland und den Niederlanden sind Teile der Bevölkerung von dieser Pflichtversicherung befreit.

### **Leistungen**

Der Umfang der gewährten Dienstleistungen ist von Land zu Land unterschiedlich. Obwohl die Krankenkassensysteme in Japan und Frankreich fast die ganze Bevölkerung abdecken, sind die übernommenen Dienstleistungen in Japan umfassender. Aus diesem Grunde hat fast 90 Prozent der französischen Bevölkerung eine private Zusatzversicherung, während die Japaner keine private Versicherung benötigen, was den Marktanteil der privaten Kranken-

versicherung in Japan niedrig hält. In Deutschland ist die soziale Krankenversicherung so umfassend wie in Japan, deckt aber nur 89 Prozent der Bevölkerung ab.

Die Leistungen der Krankenkassen in den Niederlanden unterscheiden sich grundlegend von jenen in den anderen drei Ländern, da sie ein System für langfristige Pflege und mit hohen Kosten verbundene Behandlungen haben (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ), das die gesamte Bevölkerung abdeckt. Ein anderes System für die normale medizinische Behandlung (Ziekenfondswet, ZFW) deckt 63 Prozent der Bevölkerung ab. Immerhin 30,2 Prozent der Niederländer ersetzen das Krankenversicherungssystem (ZFW) durch eine umfassende private Krankenversicherung.

### **Eigentum der Krankenkassen und Wahlfreiheit**

Die Eigentumsverhältnisse bei den Krankenkassen in den vier Ländern reichen von staatlich bis fast rein privat. In Frankreich trägt allein der Staat das finanzielle Risiko der Krankenkassen, während der japanische Staat allein die Defizite bestimmter Systeme trägt und die Möglichkeit privat finanzierter Krankenkassen eröffnet. In den Niederlanden tragen die Krankenkassen des ZFW (normale medizinische Behandlung) zunehmend das finanzielle Risiko selbst. Sie können sich auch um die Verwaltung des AWBZ in einer Region bewerben.

Was die Wahl der Versicherung angeht, so bestimmt sich in Frankreich die Mitgliedschaft in einer der drei großen Krankenkassen allein durch die Form der Beschäftigung. In Japan ist dies ähnlich geregelt, so dass die Beschäftigten in größeren Unternehmen in von diesen verwalteten Krankenkassen versichert sind, die oft der Firma selbst gehören. Die Beschäftigten kleinerer Unternehmen sind in einer der berufsspezifischen Krankenkassen oder in einem staatlich verwalteten System versichert. Alle anderen Bürger sind in einem Pflichtversicherungssystem auf Gemeindeebene, der Nationalen Krankenversicherung, Mitglied. Im Jahre 2000 gab es in Japan 5,192 verschiedene Krankenkassen. In Deutschland können alle Bürger zwischen einer Reihe von Krankenkassen wählen, die auf regionaler oder nationaler Ebene organisiert sind. Im Jahre 2003 gab es 319 solche Krankenkassen in Deutschland. Diese stehen aufgrund unterschiedlicher Beitragssätze miteinander im Wettbewerb. Da das AWBZ-System der Niederlande für langfristige Pflege und mit hohen Kosten verbundene Behandlungen nur aus einer Krankenkasse pro Region besteht, haben die holländischen Bürger in diesem Bereich keine Wahlmöglichkeit. Im ZFW-System für die normale medizinische Behandlung können sie zwischen 25 verschiedenen Kassen wählen.

### **Wettbewerb und Risikostrukturausgleich**

Um die finanziellen Risiken auf die verschiedenen Kassen zu verteilen und einen fairen Wettbewerb zu ermöglichen, haben drei Länder Ausgleichsfonds für die Risikostruktur geschaffen. Japan hat kein solches System, an seiner Stelle subventioniert der Staat die Krankenkassen auf Gemeindeebene, da Japan mehr Personen im Ruhestand hat und damit eine schlechtere Risikostruktur. In Deutschland werden nach Ablauf jedes Kalenderjahrs die Standardausgaben nach Einkommen, Alter, Geschlecht und Invalidität berechnet. Auf dieser Grundlage zahlen bestimmte Krankenkassen in das System ein, während andere Mittel aus dem Fonds erhalten. Im Jahre 2001 führte Deutschland einen an der Krankheitshäufigkeit orientierten Risikostruktur-Ausgleichsfonds ein, der bis zum Jahr 2007 wirksam ist.

In den Niederlanden kompensiert der Risikostruktur-Ausgleichsfonds Mittel der ZFW. Er enthält eine im Voraus und eine rückwirkend berechnete Komponente. Erstere wird pro Kopf an die Krankenkassen gemäß Risikoanpassungsfaktoren wie Alter, Geschlecht, Beschäftigungs-/Sozialversicherungsstatus und Region überwiesen. Die rückwirkende Komponente besteht aus zwei verschiedenen Mechanismen. Zum einen teilen die Krankenkassen bis zu einem bestimmten Prozentsatz, der als Ausgleichsprozentsatz bezeichnet wird, jegliche Differenz zwischen dem vorgesehenen Haushalt und den tatsächlichen Kosten unter sich

auf. Zweitens werden die Krankenkassen für einen bestimmten Prozentsatz aus der Differenz zwischen dem allen Krankenkassen zugewiesenen Haushalt und den tatsächlichen Ausgaben, die durch Kostenfaktoren verursacht werden, auf die die Krankenkassen keinen Einfluss haben, entschädigt. In Frankreich differenziert ein Risikostruktur-Ausgleichsfonds zwischen den allgemeinen und kleineren Systemen nach den Kriterien Alter und Einkommen. Ein weiterer Ausgleichsfonds kompensiert die Differenzen zwischen den drei Hauptsystemen auf der Grundlage des Alters. Obwohl die Einführung des Wettbewerbs in Deutschland und den Niederlanden auch darauf zielte, die Verwaltungskosten der Krankenkassen zu senken, sind diese sogar höher als in Frankreich und Japan, wo es keinen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gibt.

## **Finanzierung**

Als Bismarck die ersten Sozialversicherungssysteme einführte, waren diese dazu vorgesehen, Gesundheitsleistungen und eine Primärversorgung für die Bedürftigen zu gewähren. Im Laufe der Jahre wurde die Primärversorgung auf die Mehrheit der Bevölkerung ausgedehnt. Obwohl es zunehmend unter Druck gerät, wurde das Prinzip des Umlageverfahrens in allen vier Ländern nicht in Frage gestellt. Stattdessen haben die Länder die gewährten Leistungen ausgedehnt, die Grundlagen für die Beitragsberechnung geändert und die Finanzierungsstruktur der Gesundheitsversorgung neu gestaltet.

### **Beitragsraten, Einkommensgrenzen und Beitragsberechnungsgrundlagen**

In den Niederlanden wurde der Beitragssatz für das AWBZ auf 12,3 Prozent festgesetzt und wird von den Beschäftigten, deren Jahreseinkommen die Obergrenze von 27,009 € (2003) überschreitet, in voller Höhe getragen. Der Beitragssatz von 8,45 Prozent für das ZFW wird vom Arbeitgeber (6,75 Prozent) und von den Arbeitnehmern (1,7 Prozent) entrichtet. Die Einkommensobergrenze für das ZFW lag 2003 bei 28,188 €. In Deutschland ist diese Obergrenze mit 41,850 € (2003) höher angesetzt. Der durchschnittliche Beitragssatz von 14,3 Prozent (2003) ist in Deutschland niedriger als in den Niederlanden und wird zu gleichen Teilen von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen. Während der durchschnittliche Beitragssatz in Japan in den von der Firma verwalteten Krankenkassen (8,6 Prozent im Jahre 2003) und den staatlichen (8,5 Prozent im Jahre 2003) fast der Gleiche ist, weisen die Sätze in den Kassen auf Gemeindeebene erhebliche Unterschiede auf. Wie in Deutschland wird der Beitrag zu den staatlich verwalteten japanischen Krankenkassen zu gleichen Teilen vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen, während in den von den Unternehmen getragenen Krankenkassen die Arbeitgeber 4,8 Prozent und die Beschäftigten 3,8 Prozent ihres Einkommens zahlen. In Frankreich liegt der Beitragssatz für die Krankenversicherung der Arbeitnehmer (CNAMTS) gegenwärtig bei 13,55 Prozent der Löhne und Gehälter und damit höher als in Japan. Der Arbeitgeber trägt 12,8 Prozent; die Beschäftigten zahlen nur 0,75 Prozent. Zusätzlich zahlt jeder Beschäftigte eine Steuer von 5,25 Prozent im Rahmen des CSG (Allgemeiner Sozialbeitrag), einem staatlichen Fonds mit einer unterschiedlichen Beitragsberechnungsgrundlage, der an die Krankenversicherungssysteme überwiesen wird.

### **Beitrag der Rentner**

Jedes Land verfolgt seine eigene Strategie im Umgang mit der wachsenden Zahl der Rentner und der zunehmenden Nachfrage nach langfristiger Pflege. In Japan müssen die Rentner den Kassen auf Gemeindeebene beitreten, die für höhere Ausgaben aufgrund der Altersstruktur einen Ausgleich erhalten. In den anderen Ländern verbleiben die Rentner in ihrer früheren Krankenkasse, aber bisweilen unter veränderten Bedingungen. In Frankreich zahlen sie einen reduzierten CSG-Beitrag von 3,95 Prozent, während die Niederlande eine niedrigere Einkommensobergrenze von 19,550 € für Krankenkassen im Rahmen des ZFW

für Rentner vorsehen. In Deutschland zahlen Rentner die Hälfte des Durchschnittsbeitrags aller Krankenkassen; die andere Hälfte wird vom Rentensystem getragen.

### **Trennung von Gesundheitsversorgung und langfristiger Pflege**

Um der wachsenden Nachfrage nach Langzeitpflege zu begegnen, haben Deutschland und Japan eine getrennte Finanzierung für die Gesundheitsversorgung und langfristige Pflege institutionalisiert. In beiden Ländern wird die Langzeitpflege von einer Pflegeversicherung abgedeckt, die sich aus vom Lohn abgezogenen Beiträgen finanziert. In den Niederlanden deckt das AWBZ diese Form der Pflege ab; in Frankreich ist sie im Rahmen der normalen sozialen Krankenversicherung angesiedelt, obwohl eine Pflegeversicherung bald eingeführt wird.

### **Lastenteilung nach Einkommenshöhe und zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern**

Mit Beitragssätzen von 18,8 Prozent und keiner Einkommensgrenze zahlen die Einwohner Frankreichs die höchsten Beiträge, wobei man bedenken muss, dass die französische soziale Krankenversicherung einen höheren Beitrag zu den gesamten Gesundheitsausgaben leistet. Während in Frankreich die Sozialversicherung 76 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben trägt, übernimmt sie in Deutschland nur 57 Prozent und in Japan 45,2 Prozent. In den Niederlanden ist ihr Beitrag zu den Gesamtausgaben im Gesundheitsbereich mit dem französischen vergleichbar (79 Prozent), aber die Einwohner Hollands zahlen einen noch höheren Beitrag von 20,75 Prozent und es gibt in den Niederlanden im Gegensatz zu Frankreich eine Einkommensgrenze. Im niederländischen System zahlen Personen mit Einkommen bis zu 30,000 € höhere Beiträge als in Frankreich, aber jene mit höherem Einkommen zahlen weniger. Japan hat bis zu einem Einkommen von 67,500 € die niedrigsten Beitragssätze, aber das japanische Sozialversicherungssystem trägt weniger zu den gesamten Gesundheitsausgaben bei als in den anderen drei Ländern. Deutschland hat die zweithöchste Beitragslast für Personen mit niedrigem Einkommen bis zu einer Obergrenze von 41,850 € und hohem Einkommen ab 70,000 € und darüber.

Die Beschäftigten in den Niederlanden zahlen die höchsten Beiträge bis zu einem Einkommen von rund 65,000 € (2003). Bei höheren Einkommen sind die französischen Beiträge stärker progressiv ausgerichtet. Die japanischen Beschäftigten zahlen die niedrigsten Beiträge bei den niedrigeren Einkommen und die Deutschen zahlen die niedrigsten bei Einkommen, die über 80,000 € liegen.

### **Staatliche Subventionen für Krankenkassen und Eigenbeteiligung**

Die soziale Krankenversicherung wird in jedem Land teilweise vom Staat subventioniert. Der japanische bezahlt die Verwaltungskosten des staatlichen Krankenversicherungssystems, subventioniert teilweise die Verwaltungskosten der betrieblichen Krankenkassensysteme und unterstützt diese bei finanziellen Schwierigkeiten. Letztere wiesen 2002 ein Defizit von 2.4 Milliarden € auf. Im Gegensatz zu Japan deckt der deutsche Staat die finanziellen Defizite der Krankenkassen nicht ab, obwohl diese 2002 Defizite von 3.1 Milliarden € hatten, subventioniert aber außergewöhnliche Ausgaben (z.B. für Langzeitarbeitslose) mit 4.06 Milliarden €. Frankreich und die Niederlande subventionieren ihre Krankenkassen ebenfalls: im Jahre 2000 tat dies Frankreich mit 6.2 Milliarden € und im Jahre 2002 die Niederlande mit 6,9 Milliarden €. Der Prozentanteil der Erstattung von Eigenausgaben variiert in den vier Ländern stark, wobei die Niederlande den niedrigsten und Japan den höchsten ausweisen.

## **Erbringen und Kauf von Gesundheitsdienstleistungen**

Die Ausgaben für jede Form von Dienstleistung sind je nach Gestalt des Systems der Gesundheitsversorgung unterschiedlich. Es ist schwierig, die Gesamtausgaben für stationäre und ambulante Behandlung zu vergleichen, aber bei einigen Kategorien ist dies möglich. Es fällt auf, dass Dienstleistungen, die in einigen Ländern von den Krankenkassen oder anderen Trägern erstattet werden, stärker nachgefragt werden und daher einen größeren Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben haben als in Ländern, die sie nicht in ihrem Leistungskatalog einschließen. Die Niederlande geben z.B. wesentlich weniger (3.8 Prozent im Jahre 2001) ihrer gesamten Gesundheitsausgaben für Zahnbehandlungen aus als die drei anderen Länder, da die Erstattung zahnärztlicher Leistungen auf präventive Dienstleistungen für Kinder und Zahnchirurgie für Erwachsene beschränkt ist. Ein anderer wichtiger Unterschied besteht bei der Langzeitpflege. Die ambulante (7.3 Prozent im Jahre 2001) und stationäre Behandlung (9,5 Prozent 2001) haben in den Niederlanden einen wesentlich höheren Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit als in den anderen Ländern.

### **Krankenhausversorgung**

#### ***Eigentumsverhältnisse***

Wie bei der institutionellen Organisation der sozialen Krankenversicherung nehmen die Niederlande auch eine Führungsrolle bei der Privatisierung der Krankenhausinfrastruktur ein. Mehr als 90 Prozent der Krankenhausbetten in den Niederlanden sind privat oder in nicht gewinnorientierten Einrichtungen (private gewinnorientierte Einrichtungen sind in den Niederlanden nicht zugelassen). In Deutschland nimmt der Anteil der Betten in privaten gewinn- und nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern ständig zu (von 37,2 Prozent im Jahre 1990 auf 46,8 Prozent 2001). In Japan ist der Anteil der privaten nicht-gewinnorientierten Krankenhausbetten geringer als in den Niederlanden, aber im Vergleich zu Frankreich und Deutschland aufgrund der Einrichtungen privater "medizinischer Versorgungsunternehmen", die als nicht-gewinnorientierte Organisationen verwaltet werden und 48,8 Prozent aller Krankenhausbetten repräsentieren, immer noch hoch. Im Vergleich zu anderen Ländern ist der Bettenanteil der staatlichen Krankenhäuser mit 64,8 Prozent aller Betten in Frankreich relativ groß. In Frankreich sind aber immerhin 21,8 Prozent der Betten in privaten Krankenhäusern – ein höherer Prozentsatz als in Deutschland, wo private nicht gewinnorientierte Krankeneinrichtungen historisch stärker vertreten sind als Privatkliniken.

#### ***Zugang zu Dienstleistungen***

Trotz unterschiedlicher Eigentumsverhältnisse in den vier Ländern haben die sozialversicherten Patienten in der Regel Zugang zu allen Krankenhausformen. Obwohl alle Patienten Zutritt zur ambulanten Behandlung in Krankenhäusern haben, regulieren einige Länder den Zugang durch Überweisungssysteme. In den Niederlanden wird die Sekundär- und Tertiärversorgung vorrangig von Fachärzten im ambulanten Krankenhausbereich erbracht. Die Patienten müssen von einem Hausarzt an diese Einrichtungen überwiesen werden. Deutschland kennt auch ein Überweisungssystem, aber Fachärzte außerhalb der Krankenhäuser erbringen ebenfalls Behandlungen im Sekundär- und bisweilen sogar im Tertiärbereich. Japan und Frankreich haben kein Überweisungssystem für ambulante Dienstleistungen in Krankenhäusern; die Patienten können daher ambulante Einrichtungen in den Krankenhäusern unmittelbar aufsuchen. Die Niederlande sind das einzige Land, in dem Wartelisten für bestimmte Diagnoseverfahren und Behandlungen in Krankenhäusern gemeldet werden.

#### ***Krankenhausplanung und Vertragsgestaltung***

Die Planung der Kapazitäten für die Krankenhausversorgung erfolgt in Deutschland auf regionaler Ebene durch die Bundesländer, in Japan durch die Präfekturen und in den Niederlanden durch die Zentralregierung. In Frankreich sind regionale Krankenhaus-



behörden für diese Planung zuständig. Krankenhäuser, die Bestandteil der regionalen oder nationalen Krankenhausplanung sind, haben gewöhnlich Verträge mit den Krankenkassen bezüglich der Kostenerstattung abgeschlossen. Was die Krankenhausinfrastruktur angeht, so hat sich die Zahl der Beschäftigten pro Bett erhöht und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ging in allen vier Ländern zurück.

### ***Kostenerstattung und Ausgabenkontrolle***

Was die Kostenerstattung von Krankenhausdienstleistungen angeht, so scheinen Diagnose-Gruppen (DG) die zukünftig vorherrschende Erstattungsmethode zu werden. Ein DG-System wurde bereits in Deutschland eingeführt; in den Niederlanden und Frankreich ist die Einführung für 2004 geplant. In Japan wurde 2003 für Krankenhäuser ein auf kombinierten Diagnoseverfahren (KDV) beruhendes Pro-Kopf-System mit genau festgelegten Funktionen geschaffen, das eine fortgeschrittene medizinische Versorgung und andere Dienstleistungen umfasst.

### ***Selbstbeteiligung des Versicherten***

Japan verlangt von seinen Bürgern mit 30 Prozent für Personen unter 70 Jahren, 20 Prozent für die über 70 jährigen (aber nur 10 Prozent für Personen über 70 mit niedrigem Einkommen) die höchste Kostenbeteiligung bei Krankenhausbehandlungen. Frankreich verfolgt eine andere Strategie, mit Kostenbeteiligungen von 20 Prozent für die ersten 31 Tage der Krankenhausbehandlung und einer Obergrenze von 200 € sowie zusätzlichen 10,67 € pro Tag für die Unterbringung. Die Deutschen zahlen mit 10 € pro Tag die niedrigsten Benutzungsgebühren im Krankenhaus, aber dieser Betrag ist begrenzt auf ein Maximum von 28 Tagen pro Jahr. Die Niederlande sind das einzige Land, das überhaupt keine Kostenbeteiligung an der Krankenhausbehandlung verlangt.

## **Ambulante Behandlung**

### ***Beschäftigungsstatus und Organisation***

In Deutschland und Frankreich sind die meisten Ärzte selbständig und arbeiten allein in einer Praxis. In den Niederlanden gibt es je nach medizinischem Dienstleistungsbereich Unterschiede bezüglich des Eigentums und der Organisation der Praxen. Die Hälfte der Generalisten sind selbständig und arbeiten allein in einer Praxis, die andere Hälfte ist in Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren tätig. Fachärzte arbeiten in den Niederlanden in der Regel in ambulanten Behandlungszentren der Krankenhäuser. Im Gegensatz zu den anderen Ländern, praktizieren japanische Ärzte in allen Organisationsformen. Sie werden von Krankenhäusern beschäftigt und praktizieren in ambulanten Behandlungszentren oder sind als selbständige Ärzte in Einzelpraxen bzw. Kliniken tätig, denen in anderen Ländern die Gesundheitszentren gleichkämen.

### ***Personalplanung***

Alle vier Länder begrenzen die Zulassung von Medizinstudenten durch Quoten. Im Gegensatz zu Frankreich und Japan haben Deutschland und die Niederlande die Zahl der ambulant behandelnden Ärzte nach medizinischem Fachgebiet und Region begrenzt. Abgesehen von Japan, definieren alle Länder den Bereich von medizinischen Dienstleistungen, den Ärzte im Rahmen der ambulanten Behandlung abdecken dürfen. In Japan können sich Ärzte frei jeden medizinischen Dienstleistungsbereich auswählen, in dem sie tätig sein möchten. Wie Frankreich und Deutschland, kennt auch Japan kein Gatekeeper-System: Die Patienten haben die freie Wahl zwischen Allgemeinmedizinern und allen Formen von Fachärzten. Die Niederlande sind das einzige Land unter den vier, das ein obligatorisches Gatekeeper-System institutionalisiert hat.

### ***Vertragsgestaltung***

In Japan, Deutschland und Frankreich sind die Krankenkassen verpflichtet, Kollektivverträge mit allen ambulanten Behandlungsträgern abzuschließen. Die Niederlande hingegen haben 1994 ein System selektiver Verträge eingeführt. Die Krankenkassen haben heute die Wahl, ob sie mit bestimmten Leistungsträgern kontrahieren oder nicht.

### ***Erstattungsleistungen***

In allen vier Ländern werden die von den Ärzten erbrachten Dienstleistungen auf unterschiedliche Weise erstattet. In Japan und Deutschland reichen die Ärzte ihren Zahlungsanspruch bei institutionalisierten Stellen ein, welche die Zahlungen an sie verwalten. In Deutschland bearbeiten die kassenärztlichen Verbände der Krankenkassenärzte die Ansprüche und erstatten den Ärzten die Kosten auf regionaler Ebene. Im Gegensatz zu Japan erstatten die deutschen Krankenkassen den kassenärztlichen Verbänden die Aufwendungen nicht aufgrund des einzelnen Anspruchs, sondern nach ausgehandelten Pro-Kopf-Sätzen, die je nach Krankenkasse sehr unterschiedlich ausfallen. Die Niederlande kennen keine administrative Einrichtung zur Bearbeitung der Ansprüche, aber die Ärzte können diese direkt bei AWBZ, ZFW oder den freiwilligen Krankenversicherungen geltend machen. Die französischen Ärzte verlangen ihre Honorare in der Regel im Rahmen der Kostenerstattung direkt vom Patienten.

### ***Erstattungsmethode***

Obwohl die meisten davon überzeugt sind, dass eine Einzelhonorar-Erstattung zu einem Überangebot an Dienstleistungen führt, benutzen alle vier Länder diese Erstattungsmethode zumindest teilweise weiter. Japan und Deutschland kombinieren die Einzelhonorar-Erstattung mit einem Punktesystem, bei dem der Arzt für jede Dienstleistung eine bestimmte Zahl von Punkten gutgeschrieben bekommt. In Frankreich werden die Dienstleistungen wie in Japan auf der Grundlage von Einzelhonoraren erstattet; bei einigen von ihnen geschieht dies allerdings pro Kopf. In den Niederlanden unterscheiden sich die Erstattungsmethoden zwischen Generalisten (Pro-Kopf-Abrechnung) und Fachärzten (Einzelhonorare).

## **Langzeitpflege**

### ***Planung***

Die Planung der Langzeitpflege-Kapazitäten erfolgt in den vier Ländern auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene. Im allgemeinen wird die Ressourcenplanung vor allem im institutionellen Bereich durchgeführt. In Japan bestimmen Städte und Gemeinden die Pflegeplanung unter Aufsicht der Präfekturen (Provinzebene). In Frankreich obliegt die Planung der Langzeitpflege-Kapazitäten den lokalen Gemeinschaften, während dies in Deutschland die Bundesländer übernehmen. In den Niederlanden obliegt auch die Planung der institutionellen Pflege der Zentralregierung.

### ***Leistungen***

Die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland und Japan zahlt für institutionelle und zu Hause erbrachte Pflegedienste. In den Niederlanden werden beide Dienstleistungsformen ebenfalls voll vom AWBZ abgedeckt. Im Gegensatz zu den drei anderen Ländern hat Frankreich keine getrennte Versicherung für die Langzeitpflege; hierfür kommen daher die Krankenkassen auf. In Frankreich wird jedoch bald eine Pflegeversicherung eingeführt.

# **Lehren für eine tragfähige soziale Krankenversicherung**

## **Wettbewerb vs. Regulierung von Krankenkassen**

Seit mehreren Jahren zeigt sich in den Niederlanden und Deutschland ein Trend, den Wettbewerb zwischen Krankenkassen durchzusetzen. In beiden Ländern haben sich die Krankenkassen geöffnet und ihre Risikostruktur-Ausgleichsfonds wurden Schritt für Schritt weiterentwickelt, um einen fairen Wettbewerb zwischen ihnen sicherzustellen. Es ist schwierig, die Auswirkungen des Wettbewerbs in diesen Ländern empirisch zu messen. Bisher waren die Krankenkassen in beiden Ländern nicht ausreichend in der Lage, die entscheidenden Wettbewerbs-Parameter wie Beitragssätze, erbrachte Dienstleistungen und deren Qualität zu beeinflussen. So blieb der Beweis dafür, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erfolgreicher ist, bisher aus.

## **Trennung von Langzeitpflege und mit hohen Kosten verbundenen medizinischen Behandlungen**

Angesichts des Alterungsprozesses in der Gesellschaft, der steigenden Nachfrage nach Langzeitpflege und den sich daraus ergebenden Problemen für die Systeme der sozialen Krankenversicherung sind alle Länder zunehmend an unterschiedlichen Strategien zur Finanzierung der langfristigen Pflege interessiert. Abgesehen von Frankreich haben alle Länder ein von der sozialen Krankenversicherung getrenntes Pflichtversicherungssystem im Bereich der Langzeitpflege eingeführt. In Deutschland und Japan erstattet die Pflegeversicherung allein langfristige Pflegeleistungen, insbesondere für ältere Menschen. Die Niederlande haben einen umfassenderen Ansatz gewählt. Ihre Langzeitpflegeversicherung (AWBZ) ermöglicht einen fließenden Übergang von der Krankenhaus- zur Langzeitpflege und verringert so die Dauer der Krankenhausaufenthalte. Da sie auch mit hohen Kosten verbundene medizinische Behandlungen und die langfristige Pflege von der normalen Gesundheitsversorgung trennt, könnte sie als Beispiel für die zukünftige Organisation der sozialen Krankenversicherung dienen.

## **Private Krankenversicherung**

Mit Ausnahme Japans vertrauen die hier verglichenen Länder zunehmend auf die Integration der privaten Krankenversicherung in die Sozialversicherungssysteme. Sie erhält entweder die Funktion einer Zusatzversicherung, die bestimmte, von der sozialen Krankenversicherung nicht abgedeckte Dienstleistungen versichert oder ersetzt letztere in einer komplementären Funktion. Eine komplementäre private Krankenversicherung wäre eine Möglichkeit, um mehr Dienstleistungswillen und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durchzusetzen, obwohl im Falle Deutschlands die Verwaltungskosten in der Privatversicherung höher sind. Eine Zusatzkrankenversicherung könnte eine wichtige Rolle bei der Gestaltung tragfähiger sozialer Krankenversicherungssysteme spielen, da sie sofort von den Krankenkassen ausgeschlossene Dienstleistungen übernehmen könnte. Sie würde auf diese Weise der Sozialversicherung dabei helfen, sich auf ihre Hauptaufgabe, die Risikoverteilung, zu konzentrieren und so zu verhindern, dass Bürger finanziellen Risiken ausgesetzt werden.

## **Selbstbeteiligung des Versicherten**

Der Vergleich der vier Länder zeigt deutliche Unterschiede bei der Selbstbeteiligung. Japan verlangt eine solche eher im Krankenhausbereich und bei der ambulanten Behandlung; in den Niederlanden gibt es keine Selbstbeteiligung des Versicherten. Da die Höhe der Selbstbeteiligung in Japan vom Einkommen abhängt, hat sie ähnlich wie Beiträge eine progressive Wirkung. Es sollte hier allerdings angemerkt werden, dass die Selbstbeteiligung so eingesetzt werden kann, dass sie ökonomische Anreize setzt (z.B. auf der Grundlage des Patientenkontakts) und eine überzogene Nutzung der Dienstleistungen verhindert. Aus diesem Grunde sind Selbstbeteiligungen, wie sie in Japan gelten, wohl die beste Lösung, um Einnahmen zu schaffen und gleichzeitig wirtschaftliche Anreize zu setzen.

## **Erstattung der Krankenhausbehandlung mit Diagnose-Gruppen**

Alle vier Länder sind dabei, ein System der Erstattung bei Krankenhausbehandlungen einzuführen, das dem der Diagnose-Gruppen (DG) gleichkommt. Obwohl Japan in dieser Hinsicht am weitesten fortgeschritten zu sein scheint, planen die Niederlande das umfassendste DG-System für die ambulante und die stationäre Versorgung. Ein derart umfassendes Erstattungssystem würde beide Sektoren nicht nur institutionell, sondern auch finanziell integrieren. Ein solches System würde den Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung erleichtern und in einem gewissem Umfang Kosteneinsparungen ermöglichen. Es würde somit die Einführung einer integrierten Versorgung, insbesondere von Krankheitsbehandlungsprogrammen (*disease management programs*) fördern, die angesichts der schnell alternden Bevölkerung immer wichtiger werden.

## **Weitere Entwicklungen**

Bestimmte Zukunftsentwicklungen können in den Sozialversicherungssystemen im Gesundheitsbereich vorweggenommen werden. Die meisten Länder möchten ein integriertes System der Gesundheitsversorgung einführen und entsprechende Prioritäten im Gesundheitswesen setzen. Diese Frage kommt immer wieder auf und ist die Grundlage für die laufenden Anpassungen in allen vier Berichtsländern. Im Zuge dieser Korrekturen und umfassender Ansätze zu einem Netzwerk der Gesundheitsversorgung werden die Gesundheitsdienste vielleicht anders als in der Vergangenheit finanziert werden müssen. Für diese neuen Konzepte gibt es verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten. Sie können den Gewohnheiten und historischen Erfahrungen der Systeme Frankreichs, Deutschlands, Japans und der Niederlande entsprechend gestaltet werden. Schließlich muss die Zukunft des europäischen Wohlfahrtsstaates innerhalb der Europäischen Union mit ihrer wachsenden Bedeutung für die nationale und europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik berücksichtigt werden.