

Privatisierung und Liberalisierung öffentlicher Dienstleistungen in der EU-15:

Gesundheit

Mag. Dagmar Hemmer, Dr. Werner T. Bauer
Wien, August 2003

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
1.1. Formen von Privatisierung im Gesundheitssystem	3
1.2. Sozialfürsorgesysteme in der EU	4
1.3. Gesundheitsausgaben in der EU.....	7
2. Erfahrungen in den einzelnen Ländern.....	8
2.1. Belgien	8
2.2. Dänemark.....	8
2.3. Deutschland	9
2.4. Finnland.....	11
2.5. Frankreich	12
2.6. Griechenland	14
2.7. Großbritannien	15
2.8. Irland.....	18
2.9. Italien	18
2.10. Luxemburg	19
2.11. Niederlande	20
2.12. Österreich.....	20
2.13. Portugal	21
2.14. Schweden.....	22
2.15. Spanien	23
3. Schlussfolgerungen.....	24
4. Internetlinks.....	25
4.1. Gesundheitsbehörden.....	25
4.2. Weitere Links.....	25

1. Einleitung

Gesundheitspolitik ist in der Europäischen Union ausschließlich Angelegenheit der einzelnen Mitgliedsstaaten. Eine Harmonisierung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften wird in Artikel 129 des EU-Vertrages ausdrücklich ausgeschlossen. Gleichzeitig wird jedoch auf die besondere Bedeutung von gesundheitspolitischen Maßnahmen hingewiesen. In Artikel 152 heißt es, dass bei der Bestimmung und der Durchführung aller gemeinschaftspolitischen Maßnahmen und Tätigkeiten ein hohes Maß an menschlichem Gesundheitsschutz zu gewährleisten sei. Das bedeutet, dass die potenziellen Auswirkungen sämtlicher politischer Initiativen – einschließlich der Handelspolitik – auf die Gesundheit auszuwerten sind.

Obwohl also kein direkter Harmonisierungsdruck von Seiten der EU besteht, befinden sich auch die einzelnen nationalen Gesundheitssysteme zunehmend in einem internationalen Wettbewerb. Zum einen werden Gesundheitsleistungen und medizinische Erzeugnisse grenzüberschreitend angeboten, zum anderen führen die engen budgetären Vorgaben der EU in vielen Ländern zu Sparmaßnahmen gerade im Sozial- und Gesundheitsbereich. Zudem sind private Versicherungsunternehmen – nicht zuletzt auch als Folge von anhaltenden Akquisitions- und Fusionsprozessen – zunehmend supranational organisiert (z.B. die *Deutsche Krankenversicherung AG* oder das französische Unternehmen *AXA*).

Der Bedarf an Gesundheitsversorgung nimmt in Europa, so wie in den anderen Industriestaaten auch, aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und der höheren individuellen Ansprüche ständig zu. Die demographischen Veränderungen und technologischen Entwicklungen führen allerdings auch zu einer bedenklichen Kostenexplosion im Bereich der Gesundheitsleistungen. Heute stehen die EU-Staaten vor der schwierigen Herausforderung, allen Menschen – unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit oder ihrem Alter – die notwendigen medizinischen Leistungen zur Verfügung zu stellen. In einer Reihe von EU-Mitgliedstaaten, wie z.B. in Großbritannien, herrscht zunehmend Besorgnis über den ungleichen und ungerechten Zugang zu Versorgungsleistungen im Gesundheitsbereich. Langfristig ist zu befürchten, dass Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den sozialen Schichten wieder signifikant zunehmen werden und die gesundheitspolitische Diskriminierung von ohnehin benachteiligten Personengruppen sich verschärfen wird.

1.1. Formen von Privatisierung im Gesundheitssystem

Anders als z.B. in den Bereichen Gas, Wasser oder öffentlicher Verkehr, wo vormals öffentliche Unternehmen unmittelbar an Private übertragen werden, sind unter dem Schlagwort „Privatisierung im Gesundheitssystem“ viele verschiedene Formen eines Rückzugs des Staats zu beobachten:

- Dezentralisierung der Gesundheitsadministration, Übertragung von vormals staatlichen Aufgaben auf die Kommunen (unechte Privatisierung);
- Einführung und Förderung von Privatversicherungen;
- Aufweichen der solidarischen Pflichtversicherung;
- Privatisierung der Herstellung und des Vertriebs von Medikamenten;
- Ausgliederungen im Bereich Krankenhausmanagement und technischer Verwaltung;
- Steigerung der direkten Privatkosten für Gesundheit (Selbstbehalte, Medikamente, Spezialbehandlungen etc)

Viele dieser Maßnahmen werden in der politischen Diskussion von den sattsam bekannten Argumenten der PrivatisierungsbefürworterInnen begleitet. Auch im Bereich Gesundheit wird eine „Effizienzsteigerung“ bei gleichzeitiger „Kostensenkung“ in Aussicht gestellt – die Folge

ist jedoch meist eine reale Kürzung der Gesundheitsbudgets und ein Anstieg der privaten „Selbstbehalte“. Durch Gesundheitsreformen versuchten die meisten Länder der EU in den

letzten Jahren, die Kostenentwicklung auf dem Gesundheitssektor einzubremsen. Rationalisierungen und die Einführung von betriebswirtschaftlichen Steuerungsmethoden standen dabei im Mittelpunkt. In einigen Staaten wurden auch Versuche unternommen, die Gesundheitsaufgaben zu privatisieren und Angebote „an den Markt“ auszulagern.

1.2. Sozialfürsorgesysteme in der EU

Die Gesundheitsversorgung in den Staaten der Europäischen Union hängt eng mit den unterschiedlichen Systemen der sozialen Sicherheit zusammen. Im Bezug auf die Risikoabdeckung, die Zugangsberechtigung, die Struktur der Sozialleistungen, die Finanzierung und die organisatorische Gestaltung lassen sich vier verschiedene Gruppen von europäischen Sozialfürsorgesystemen unterscheiden. Es ist jedoch festzuhalten, dass die Unterschiede zwischen diesen historisch gewachsenen Systeme sich zunehmend verwischen.

In **Skandinavien** gilt die soziale Sicherheit als BürgerInnenrecht. Jede/jeder ist berechtigt, dieselbe „Grundsicherung“ gegenüber den bestehenden sozialen Risiken in Anspruch zu nehmen. Erwerbstätige haben aufgrund ihrer Pflichtversicherung aus der Erwerbstätigkeit Anspruch auf zusätzliche Leistungen. Neben großzügigen Sozialleistungen zur Einkommenserhaltung bieten die skandinavischen Systeme auch eine breite Palette an öffentlichen Sozialdiensten an. Die allgemeine Besteuerung spielt bei der Finanzierung des Wohlfahrtsstaates eine vorrangige (wenn auch nicht die ausschließliche) Rolle. Das Abgaben- und Ausgabenniveau ist – gemessen am internationalen Standard – sehr hoch. Die Sozialhilfe hat eine eher begrenzte, auffangende und wiedereingliedernde Funktion. Die verschiedenen Elemente des sozialen Sicherheitsnetzes sind weitgehend integriert. Der einzige Sektor, der aus diesem Rahmen ausgeklammert bleibt, ist die Arbeitslosenversicherung, die nicht formal verbindlich ist und direkt von den Gewerkschaften organisiert wird.

Das **liberale angelsächsische Modell** basiert auf den Ideen des englischen Politikers William Beveridge (1879-1963) und findet seine Anwendung in Großbritannien und Irland. Es sieht eine beschränkte staatliche Verantwortung für das Sozialsystem vor. Im Bereich des Gesundheitswesens ist die soziale Sicherheit allerdings nur eine sehr eingeschränkte. Die Versicherungsleistungen – es handelt sich um pauschalierte Sätze – sind im Vergleich zu den Leistungen im skandinavischen Modell deutlich niedriger. Gesundheitswesen und Sozialdienstleistungen werden über die allgemeinen Steuern finanziert, sind (mit Ausnahme der Medikamente) kostenlos, bei der Finanzierung von zusätzlichen Leistungen spielen allerdings private Zuzahlungen und Versicherungsbeiträge eine wichtige Rolle. Die Sozialpartner sind nur marginal in Sozialpolitik bzw. -management eingebunden. Die staatlichen Steuer- und Ausgabenniveaus sind aufgrund einer strikten Sparpolitik relativ niedrig. Insgesamt hat das Niveau des Gesundheitssystems – vor allem in Großbritannien – dadurch deutlich gelitten.

In **Kontinentaleuropa**, d.h. in Deutschland, Frankreich, den Benelux-Staaten, Österreich und der Schweiz, herrscht das korporatistische System (auch *Bismarck-Modell* genannt) vor, das von der öffentlich finanzierten Pflichtversicherung geprägt ist. Das Sozialversicherungssystem ist erwerbszentriert und wird durch eigene Träger verwaltet. Gewerkschaften und ArbeitgeberInnenverbände nehmen aktiv an der Gestaltung der Versicherungssysteme teil und genießen eine gewisse (beschränkte) Autonomie gegenüber den Behörden – vor allem im Gesundheitsbereich. Die Bevölkerungsmehrheit verfügt über eine Sozialversicherung durch individuelle und/oder abgeleitete Rechte. Die Pflichtversicherung tritt automatisch mit dem Beginn der Erwerbstätigkeit in Kraft. Wer dennoch durch das Sozialversicherungsnetz fällt, kann in den Genuss anderer Sozialleistungen gelangen.

In **Südeuropa**, d.h. in Italien, Spanien, Portugal und Griechenland, bestehen Mischsysteme: Auf dem Gebiet der Einkommenstransfers folgen diese Länder eindeutig dem korporatis-

tischen Modell (mit z.T. sehr großzügigen Pensionsregelungen); auf dem Gebiet des Gesundheitswesens gehen sie hingegen nach dem *Beveridge-Modell* vor, d.h. es wurden nationale Gesundheitsdienste eingerichtet, die jedoch nur in Italien und Spanien vollständig realisiert sind. Das dem Sozialversicherungssystem unterlegte soziale Sicherheitsnetz ist in

diesen Ländern nicht besonders hoch entwickelt. Unternehmensfonds und Sozialpartner spielen eine wesentliche Rolle in der Einkommenserhaltungspolitik, aber eine sehr viel unbedeutendere Rolle im Gesundheitswesen. Dieses ist weitgehend dezentralisiert (v.a. in Italien und Spanien). Sozialabgaben sind üblich, aber die allgemeine Besteuerung ersetzt nach und nach die Beiträge des Einzelnen als Finanzierungsquelle für Gesundheits- und Sozialdienste. Die Familie hat in Südeuropa nach wie vor eine wichtige Funktion und agiert in vielen Bereichen als „Wohlfahrtsmakler“ für ihre Mitglieder.

Die Unterschiede zwischen diesen vier Modellen werden durch die Aufteilung der Gesundheitsausgaben zwischen Steueraufkommen, Pflichtversicherung und privaten Zahlungen besonders deutlich sichtbar.

Aufteilung der Gesundheitsausgaben in % (1994)¹

EU-Mitgliedsland	Steuern	Sozial- versicherung	Private Zuzahlungen	Privat- versicherungen
Belgien	34,8	40,6	17,8	5,8
Dänemark	86,6	0	12,4	1,9
Deutschland	11,8	66,6	12,5	7,9
Finnland	60	13	25	2
Frankreich	5	66,4	17	9,1
Griechenland	33,9	45	18,2	2,9
Großbritannien	72,5	7,2	15,8	4,5
Irland	70,4	5,8	15,3	8,2
Italien	39,2	33,1	22,3	3,2
Luxemburg	29,1	49,2	19,2	2,4
Niederlande	4,8	73,8	7,3	14,1
Österreich	25,1	53,9	14	7
Portugal	66,1	13,6	17,3	2,6
Schweden	73,1	12,1	13,6	1,2
Spanien	48	33,3	13,6	5,1

Quelle: Schaub, Vanessa Elisabeth, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union. Die gesetzlichen Gesundheitssysteme im Wettbewerb, 2001. (Fehlbeträge auf 100% ergeben sich durch andere nicht näher einzuordnende Finanzierungsquellen)

¹ Aktuellere Länderübersichten mit seriösen Daten sind derzeit nicht verfügbar. Von dieser Tabelle abweichende Daten in den Kapiteln über die einzelnen Länder ergeben sich aus den vorhandenen aktuelleren Zahlen.

Organisationsformen der Gesundheitssysteme in der EU

EU-Mitgliedsland	Ordnungsform des Gesundheitswesens	Private Zuzahlungen, Selbstbehalte, direkte Käufe	Eigentumsrechte von Einrichtungen der medizinischen Leistungserstellung
Belgien	Sozialversicherung mit Subventionierung	Prozentuale Zuzahlung	Ambulant privat; stationär z.T. öffentlich
Dänemark	Nationaler Gesundheitsdienst	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend öffentlich
Deutschland	Sozialversicherung	Gebühren	Ambulant privat; stationär z.T. öffentlich
Finnland	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend öffentlich
Frankreich	Sozialversicherung	Prozentuale Zuzahlung	Ambulant privat; stationär überwiegend öffentlich
Griechenland	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend privat
Großbritannien	Nationaler Gesundheitsdienst, interner Markt	Selbstbehalt bei Medikamenten	Überwiegend öffentlich
Irland	Öffentlich finanzierter Gesundheitsdienst	Gebühren	Überwiegend privat
Italien	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung, interner Markt	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend öffentlich
Luxemburg	Sozialversicherung	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend privat
Niederlande	Sozialversicherung mit Grundversicherung	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend privat
Österreich	Sozialversicherung	Gebühren	Ambulant überwiegend privat; stationär überwiegend öffentlich
Portugal	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung	Prozentuale Zuzahlung	Überwiegend öffentlich
Schweden	Nationaler Gesundheitsdienst, interner Markt	Gebühren	Überwiegend öffentlich
Spanien	Nationaler Gesundheitsdienst mit Beitragsfinanzierung	Keine Zuzahlung	Überwiegend öffentlich

Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen, Berlin 2001.

1.3. Gesundheitsausgaben in der EU

Die Gesundheitsausgaben des öffentlichen Sektors in der EU belaufen sich im Durchschnitt auf knapp 7,9% des BIP. Im EU-Durchschnitt stehen je 1.000 EinwohnerInnen 3,2 ÄrztInnen und 6,8 Krankenhausbetten zur Verfügung.

Die höchsten Gesundheitsausgaben hat Deutschland, die geringsten Luxemburg, die meisten ÄrztInnen hat Italien, die wenigsten Großbritannien, die meisten Spitalsbetten stehen in den Niederlanden, die wenigsten in Schweden zur Verfügung. Durch die demographische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt kommen die Gesundheitssysteme der EU-Staaten immer mehr unter finanziellen Druck. Österreich liegt bei den Gesundheitsausgaben und der Zahl der ÄrztInnen im europäischen Durchschnitt, bei den Krankenhausbetten und den Gesundheitsausgaben pro Kopf jedoch über dem EU-Durchschnitt.

Gesundheitsausgaben, ärztliche Versorgung, Krankenhausbetten in der EU (1998)

Land	Gesundheitsausgaben in % des BIP	Ärzte/Ärztinnen je 1.000 Einwohner	Krankenhausbetten je 1.000 EinwohnerInnen	Gesundheitsausgaben pro Kopf in Prozent (EU = 100%) ¹
Belgien	8,6	3,7	7,3	113
Dänemark	8,3	3,3	4,5	116
Deutschland	10,3	3,4	9,3	131
Finnland	6,9	3,0	7,8	81
Frankreich	9,4	3,0	8,5	11
Griechenland	8,4	4,1	5,0	63
Großbritannien	6,8	1,7	4,2	79
Irland	6,8	2,2	10,1	78
Italien	8,2	5,8	5,5	97
Luxemburg	6,0	3,0	8,0	120
Niederlande	8,7	2,9	11,3	112
Österreich	8,0	3,0	8,9	107
Portugal	7,7	3,1	4,0	67
Schweden	7,9	3,1	3,8	95
Spanien	7,0	2,9	3,9	66
EU Durchschnitt	7,9	3,2	6,8	100

¹Kaufkraft wurde berücksichtigt
Quelle: OECD Health Data, 1998.

2. Erfahrungen in den einzelnen Ländern

2.1. Belgien

Das belgische Gesundheitswesen bietet ein Krankenversicherungssystem, durch das die gesamte Bevölkerung gegen größere Risiken (Krankenhausaufenthalte und technische Versorgungsleistungen) und kleinere Risiken (ambulante Versorgung, Arzneimittel und zahnärztliche Versorgung) pflichtversichert ist. Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt durch Versicherungsbeiträge (36%), Steuergelder (38%) und Direktzahlungen (17%). 9% werden durch Zusatzversicherungen und Verbrauchssteuern finanziert.

Die Rolle des Staates beschränkt sich auf die Regulierung und teilweise auf die Finanzierung, so dass die Leistungsanbieter bei der medizinischen Versorgung und im Management weitgehend unabhängig sind. Die fünf belgischen Krankenversicherungsvereine sind an politische oder konfessionelle Institutionen angebunden. Die größten sind die *Nationale Allianz der Christlichen Krankenkassen*, bei der 45% der Bevölkerung versichert sind, und die *Nationale Union der Sozialistischen Krankenkassen*, bei der 27% der Bevölkerung versichert sind. Versicherte können ihre Krankenkasse zwar frei wählen, der Wettbewerb zwischen den Kassen beschränkt sich allerdings auf die Versicherung zusätzlicher Leistungen, da das Basisversorgungspaket und die Beitragssätze durch ministerielle Verordnungen festgesetzt werden.

Die von privaten und öffentlichen Trägern bereitgestellte stationäre Versorgung wird direkt durch die Krankenkassen finanziert. Die ambulante Versorgung erfolgt in erster Linie durch niedergelassene ÄrztInnen. Diese erhalten ihr Honorar direkt von den PatientInnen, denen ein Großteil der Kosten von ihren Krankenkassen rückerstattet wird. Es besteht eine sehr vielschichtige Regelung für die von den PatientInnen zu leistenden Zuzahlungen (durchschnittlich 25%), die zu den höchsten in der Europäischen Union zählen.

Aufgrund der hohen Arztdichte gibt es praktisch keine Wartelisten und allgemein einen guten geographischen Zugang zu den Versorgungsleistungen. Dies führt – im Vergleich zu anderen europäischen Mitgliedstaaten – zu einer hohen Zufriedenheit der belgischen Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem.

Als Probleme werden die Kosteneindämmung und die Erzielung ausreichender Einnahmen angesehen. Seit Anfang der 80er-Jahre ist die Sozialversicherung Gegenstand von Gesundheitsreformen mit dem Ziel einer signifikanten Kostendämpfung. Die Beitragssätze wurden mehrmals erhöht, feste Budgets für die Ausgaben der Versicherungen wurden eingeführt und der Leistungsumfang reduziert. Der Markt für private Zusatzversicherungen ist dennoch klein, da die großen Versicherungsvereine auch Zusatzversicherungen anbieten.

In diesem Zusammenhang ist ein Rechtsstreit interessant, der im Jahr 2001 zwischen der *Nationalen Allianz der Christlichen Krankenkassen* und dem Berufsverband der Versicherungsunternehmen (*UPEA*) ausgetragen wurde. Die *UPEA* klagte gemeinsam mit den großen Versicherungsgesellschaften *AXA-Royale Belge*, *Fortis AG* und *DKV* wegen Wettbewerbsverzerrung. Die *Nationale Allianz der Christlichen Krankenkassen* hatte mit 1.1.2000 die Krankenhausversicherung *Hospiti Solidaria* eingeführt, die die Selbstbehalte bei stationären Krankenhausaufenthalten größtenteils abdeckt. Alle Versicherten der *Christlichen Krankenkassen* müssen fortan diese Zusatzversicherung bezahlen, ohne Unterscheidung nach Risikogruppen, Alter oder Gesundheitszustand. Das Gericht urteilte schließlich, dass die Vorgangsweise der Versicherung rechtmäßig sei, da sie sich am gestiegenen Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientiere, nicht gewinnorientiert sei und niemanden ausschließe. Weiters wurde ausgeführt, dass Gesundheit nicht als Handelsgut zu bewerten sei. Die Verfechter eines öffentlichen und solidarischen Gesundheitswesens haben mit diesem Urteil in Belgien zumindest einen Etappensieg errungen.

2.2. Dänemark

Seit 1973 ist für die gesundheitliche Betreuung in Dänemark der staatliche Gesundheitsdienst zuständig, dessen Finanzierung, Planung und Leitung fast vollständig in der Hand der Behörden der 14 Verwaltungsbezirke liegt; das Ministerium gibt lediglich die Leitlinien und

Orientierungshilfen vor. Es besteht gleicher Zugang zu den meisten Leistungen, die im wesentlichen aus Steuergeldern finanziert werden und nahezu kostenlos in Anspruch genommen werden können. 1997 wurden 83% der Ausgaben durch öffentliche Mittel finanziert. 15% wurden durch Selbstbeteiligungen (z.B. für zahnärztliche Versorgung oder Arzneimitteln) und weniger als 2 % durch private Krankenversicherungen gedeckt.

Die gesamte Bevölkerung ist durch die staatliche Krankenversicherung (*Sygesikring*) versichert; diese ist die einzige gesetzliche Krankenversicherung des Landes und deckt die medizinische Grundversorgung zur Gänze ab. Die Mitgliedschaft bei der staatlichen Krankenversicherung ist obligatorisch. Etwa 20% der Dänen sind außerdem noch privat krankenversichert, meist in Form einer freiwilligen Zusatzversicherung zur Deckung etwaiger Zuzahlungen.

Die Kosten für die Gesundheitsversorgung blieben im letzten Jahrzehnt nahezu konstant. Meinungsumfragen zeigen, dass die Zufriedenheit mit dem System relativ hoch ist: 90% äußerten sich „sehr“ oder „ziemlich zufrieden“. Wartezeiten bei Operationen treten z.B. kaum auf. Da das dänische Gesundheitssystem offensichtlich gut funktioniert, sind auch in Zukunft nur geringfügige Änderungen geplant, die auf eine Verbesserung des Allgemeingesundheitszustands der Bevölkerung und auf Krankheitsprävention abzielen.

Privatisierungstendenzen sind in Dänemark derzeit keine erkennbar, die solidarische Finanzierung und der freie Zugang zum Gesundheitssystem genießen breite Zustimmung.

2.3. Deutschland

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein Modellsystem für die gesetzliche Sozialversicherung. 1883 von Bismarck gegründet, gab es bis heute keine grundlegenden strukturellen Veränderungen, wohl aber laufende Anpassungen und auch einige tiefgreifende Reformen – unter anderem im Zuge der deutschen Wiedervereinigung. Das dezentral organisierte und solidarische Sozialversicherungssystem Deutschlands gewährleistet einen umfassenden Versicherungsschutz und einen gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Rolle der Bundesregierung beschränkt sich darauf, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu liefern.

Die etwa 600 verschiedenen Krankenkassen umfassende gesetzliche Krankenversicherung erfasst ca. 88% der deutschen Bevölkerung (75% pflicht- und 13% freiwillig Versicherte). 10% der Deutschen sind als öffentliche Bedienstete durch den Staat oder die Länder oder bei einer der rund 45 privaten Krankenversicherungen versichert. Nur etwa 0,5% der Bevölkerung ist nicht versichert. Die deutschen Krankenkassen sind traditionell nach regionalen, nach beruflichen und nach betrieblichen Gesichtspunkten organisiert.

Etwa 60% der Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems erfolgt durch die Pflicht- und freiwilligen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, ca. 21% stammen aus dem allgemeinen Steueraufkommen, 8% werden durch die Privatversicherungen getragen und die restlichen 11% sind durch den Eigenanteil der PatientInnen gedeckt.

Häufigster Kritikpunkt an den gesetzlichen Krankenkassen (*GKV*) sind die steigenden Verwaltungskosten. Jährlich zahlt jedes der 51 Millionen Mitglieder Deutschlands durchschnittlich 132 € für Verwaltungsarbeiten seiner Kasse. Im Jahr 1999 lagen die Verwaltungsausgaben bereits bei 6,7 Mrd. €, was einer Steigerung von insgesamt 52% seit 1989 in den „alten Bundesländern“ entspricht. Die Verwaltungskosten verschlingen damit 5,5% der gesamten Ausgaben der *GKV* – bei den privaten Krankenversicherungen machen die Verwaltungsausgaben allerdings satte 12,7% aus!

Die Versicherten der *GKV* haben für die Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung keine Zuzahlungen zu leisten. Hingegen wurden die Zuzahlungen zur stationären Behandlung in den letzten Jahren stufenweise erhöht. Bei der zahnärztlichen Versorgung liegt der Eigenanteil mittlerweile bei bis zu 100%. Der Zuzahlungssatz für Arzneimittel ist trotz einer stufenweisen Erhöhung immer noch einer der niedrigsten in der EU.

Die Zahl der Krankenhausbetten in Deutschland verteilt sich auf öffentliche Krankenhäuser in staatlicher Trägerschaft (49,8%), gemeinnützige Krankenhäuser, die in erster Linie von Wohlfahrtsorganisationen betrieben werden (34,5%), und gewinnorientierte Privatkliniken (15,8%).

Seit 1996 können ArbeitnehmerInnen (BeamtlInnen, Selbstständige, FreiberuflerInnen sowie unselbständig Beschäftigte mit einem Jahresbruttoeinkommen von 40.500 € ihre Krankenkasse teilweise frei wählen. Bis zu einem monatlichen Bruttogehalt von 3.375 € bzw. einem Jahresbruttoeinkommen von 40.500 € besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wer darüber hinaus verdient, kann entweder freiwillig pflichtversichert bleiben oder in die private Krankenversicherung wechseln.

Zur Sanierung der Krankenkassen und um das deutsche Sozialsystem längerfristig nicht auf die mittleren und unteren Einkommensgruppen zu beschränken, hat sich das Bundesgesundheitsministerium für eine Anhebung dieser Versicherungspflichtgrenze ausgesprochen. Da den privaten Versicherungsunternehmen ein erhebliches KundInnenpotential verloren zu gehen droht, hat der *Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)* bereits angekündigt, dagegen Klage vor dem Bundesverfassungsgericht und beim Europäischen Gerichtshof zu erheben.

Privatisierung von Krankenhäusern

Bei den privaten Spitalsträgern handelt es sich nicht mehr – wie in den vergangenen Jahrzehnten – um einzelne Ärzte oder Unternehmer, sondern um etwa 20 Spitalsketten bzw. -konzerne. Zu den größten Unternehmen in der Akutversorgung gehören *Sana, Asklepios, Helios, Paracelsus* und die *Rhön-Klinikum AG (RKA)*. In Zusammenhang mit der Privatisierung von Krankenhäusern kam es in den letzten Jahren immer wieder zu teils heftigen politischen Auseinandersetzungen. Hier einige Beispiele:

- *Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg (LBK)*

Das *LBK* befindet sich im Besitz der Stadt Hamburg; mit 7 Krankenhäusern und einem Jahresumsatz von mehr als 750 Mio. € ist es eines der größten Gesundheitsunternehmen Europas. Die seit 2001 amtierende Landesregierung aus CDU, Schill-Partei und FDP hat die Absicht bekundet, Teile des Unternehmens zu privatisieren. Gewerkschaften, Bürgerinitiativen und die politische Opposition machen dagegen mobil. Alle weiter oben erwähnten Spitalskonzerne haben bereits ihr Interesse an einer Übernahme des *LBK* bekundet. Derzeit werden auf der Suche nach einem „strategischen Partner“ Verhandlungen mit mehreren Interessenten geführt.

- *Klinikum Kassel*

Bereits 1992 wurden das Klinikum Kassel – das größte kommunale Krankenhaus in Hessen – in eine gemeinnützige GmbH umgewandelt, seither gibt es Gerüchte um eine vollständige Privatisierung. Für die Bereiche Küche und Reinigungsdienst wurde zwischenzeitlich ein privates Management eingestellt; dieses konnte sich allerdings nicht lange halten, nachdem es zu massiven Beschwerden über die Qualität des Essens und der Reinigung gekommen war. Auch in Kassel regt sich massiver Widerstand gegen die Privatisierungspläne. Die Entscheidungsfindung ist noch nicht abgeschlossen.

- *Rhein-Sieg-Klinik*

Am 1. Mai 2001 wurden die TherapeutInnen der privat geführten *Rhein-Sieg-Klinik* in Nümbrecht in die *KSG Klinik-Service-Gesellschaft mbH* ausgegliedert. Die Unternehmensleitung weigerte sich, einen Überleitungstarifvertrag abzuschließen. Die BelegschaftsvertreterInnen

fürchteten um die Sicherheit der Arbeitsplätze und um gerechte Arbeitsbedingungen. Folge war ein 215 Tage dauernder Streik im Jahr 2002, der bislang längste Arbeitskampf im deutschen Gesundheitswesen.

- *Krankenhaus Frankfurt-Höchst*

Auch hier wurde mit der Privatisierung in den nicht-medizinischen Bereichen (Küche, Reinigung) begonnen. Bei den von einer Fremdfirma eingesetzten Arbeitskräften handelt es sich zumeist um schlecht bezahlte ImmigrantInnen. Gegen die geplante Auslagerung der Bettentransporte regte sich jedoch massiver Widerstand sowohl in der Bevölkerung als auch bei den PersonalvertreterInnen.

Eine im Jahr 2000 veröffentlichte Studie bestätigt den Trend zu privat geführten Krankenhäusern. Der Herausgeber, die Unternehmensberatung *Arthur Andersen*, schätzt, dass sich die Zahl der privaten Kliniken bis zum Jahr 2015 auf über 600 fast verdoppeln wird. Derzeit wird über die Privatisierung des Städtischen Krankenhauses in Kiel, der Städtischen Kliniken in Höchst und über eine „Umstrukturierung“ der Kölner Kliniken diskutiert. In der erwähnten Studie heißt es deshalb auch: *Die privaten Träger werden die Gewinner im Markt sein, die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser die Verlierer.*

Gesundheit wird teurer

Mit einem Anteil am BIP von 10,3% gehört das deutsche Gesundheitssystem zu den teuersten der EU. Der Altersdurchschnitt der Bevölkerung bringt das einkommensbezogene System zunehmend unter Druck, weshalb Gesundheitsreformen seit Jahren im Zentrum der politischen Auseinandersetzungen stehen. Mit dem Ziel einer Kostendämpfung wurden in den letzten Jahren zwei grundlegende Mechanismen eingeführt: Zentrale Ausgabenkontrolle und dezentrale Selbstbestimmung der Krankenkassen einschließlich Wettbewerb zwischen den Anbietern. Zusätzlich wurde eine managementorientierte Verwaltung in den Krankenhäusern eingeführt und das Abrechnungssystem reformiert.

Im Sommer 2003 haben sich VertreterInnen der im Bundestag vertretenen Parteien, des Gesundheitsministeriums und der Länder nach zähen Verhandlungen auf eine umfassende Reform des deutschen Gesundheitssystems geeinigt, das die immer dringender werdenden Finanzierungsprobleme lösen soll. Auf die deutschen PatientInnen werden dadurch in den nächsten Jahren hohe Mehrkosten zukommen (so z.B. private Zusatzversicherungen für Zahnersatz ab 2005, noch stärkere Angleichung der gesetzlichen Krankenkassen an die Privatversicherungen durch flexible Tarifgestaltung, Bonussystemen etc.).

Die sukzessive Ausgliederung von Leistungen bedeutet aber auch den Anfang vom Ende des Solidarprinzips bei der Finanzierung der Krankenkassen. Die Kranken werden in Zukunft deutlich mehr zu bezahlen haben, als die Gesunden. Nach jüngsten Umfragen schätzen die deutschen BürgerInnen die weitere Entwicklung der Gesundheitsversorgung deshalb mehrheitlich pessimistisch ein: Nur 15% glauben, dass sich die medizinische Versorgung in den nächsten Jahren verbessern wird, während 59% eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung erwarten. Und 81% der Befragten fürchten, dass sich das deutsche Gesundheitssystem in den nächsten Jahren verstärkt zu einem Zwei-Klassen-System entwickeln werde, bei dem die Qualität der medizinischen Versorgung davon abhängen wird, wie viel sich der Einzelne leisten kann.

2.4. Finnland

Das staatliche Gesundheitswesen in Finnland wird weitgehend durch Steuern finanziert. Das finnische System bietet einen umfassenden Versicherungsschutz für eine große Bandbreite an Gesundheitsleistungen. Bei der Gesundheitsreform 1992 wurde ein System von 250 öffentlichen Gesundheitszentren geschaffen; der staatliche Einfluss ging etwas zurück und die 455 Städte und Gemeinden erhielten im Gegenzug größere Kompetenzen. Die lokalen Einheiten

haben die Befugnis, eine proportionale Einkommenssteuer zu erheben, um die Gesundheitsversorgung zu finanzieren; darüber hinaus erhalten sie staatliche Subventionen, die ca. 30% der Gesamtkosten abdecken. Die gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge decken zusätzlich 13% der Kosten ab, Privatversicherungen lediglich 2%. Private Zuzahlungen (etwa 25% der Gesamtkosten) sind überwiegend für die zahnärztliche Versorgung und für Arzneimittel zu leisten, die Gemeinden können jedoch entscheiden, ob für eine bestimmte stationäre oder ambulante Versorgung bzw. für die Tagespflege Gebühren erhoben werden sollen. Der Anteil der Zuzahlungen bei der Finanzierung der gesamten Gesundheitsversorgung ist im letzten Jahrzehnt gestiegen.

Die lokalen Gesundheitszentren stellen den Großteil der ambulanten medizinischen Grundversorgung bereit. Die Bereitstellung der stationären Versorgung gehört zum Aufgabebereich der Gemeinden. 1995 gab es insgesamt 416 Krankenhäuser, von denen nur wenige unter privater Leitung standen. Die Gemeinden sind befugt, die Leistungserbringer frei zu wählen, was einen größeren Wettbewerb zwischen den Anbietern ermöglichen soll.

Die finnischen Gesundheitsdienste erzielen bei großer allgemeiner Zufriedenheit offenbar gute Leistungen. Umfragen ergaben, dass 54,2 % der Bevölkerung „sehr“ und 35,8% „ziemlich zufrieden“ mit dem Gesundheitssystem waren. Der Anteil der befragten EinwohnerInnen, die „sehr zufrieden“ sind, ist damit der höchste in der EU.

Eine viel diskutierte Frage ist die Forcierung eines tatsächlichen Gesundheitsmarktes. Obwohl die Auswirkungen der Reduzierung der staatlichen Planung und die Einführung von Wettbewerbselementen noch nicht genau erfassbar sind, überlegt man in Finnland bereits, welche Anreize eingesetzt werden könnten, um die Wirtschaftlichkeit des Systems noch weiter zu steigern. Im Jahr 2001 wurde deshalb eine Regierungsresolution zur Gesundheitspolitik bis zum Jahr 2015 beschlossen, die jedoch in aller erster Linie auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der Vorsorgemedizin abzielt. Weitreichende Strukturreformen stehen im finnischen Gesundheitssystem derzeit offenbar nicht an. Der Anteil der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung am BIP liegt seit einigen Jahren konstant bei durchschnittlich 7%.

2.5. Frankreich

Das Gesundheitswesen in Frankreich stützt sich auf eine gesetzliche Krankenversicherung, die durch eine freiwillige Zusatzversicherung ergänzt wird. Das System bietet einen nahezu umfassenden Versicherungsschutz, wobei die Versicherten die Anbieter frei wählen können. Die gesetzliche Sozialversicherung umfasst sowohl unselbständig Beschäftigte wie auch LandwirtInnen und Selbständige, sowie die Angehörigen einschließlich der in Lebensgemeinschaft lebenden PartnerInnen. Dazu kommt, dass die nicht pflichtversicherten Personen sich – so wie in Österreich – freiwillig der gesetzlichen Krankenversicherung anschließen können, sodass mehr als 99% der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert sind.

Im Unterschied zu Österreich kommt der privaten Versicherung auch im ambulanten Sektor eine wesentliche Bedeutung zu. Die gesetzliche Krankenversicherung kennt nämlich umfangreiche Selbstbehalte, sodass in der Regel nur 75% der Arztkosten bzw. etwa 70% der Arzneimittelkosten ersetzt werden. Um diese Selbstbehalte abzudecken, haben 87% der Franzosen eine private Zusatzversicherung abgeschlossen, wobei der überwiegende Teil der Versicherten nicht bei kommerziellen privaten Versicherungen, sondern bei freiwilligen Versicherungsvereinen, den sogenannten *Mutuelles*, versichert ist.

Die Gesundheitsausgaben sind in Frankreich in den letzten Jahren rascher gestiegen als das Wirtschaftswachstum, gleichzeitig sinken die Beiträge aufgrund der Zunahme der Arbeitslosigkeit. Mit über 9% des BIP gehören die Gesundheitsausgaben Frankreichs zu den höchsten in der EU. In den letzten 20 Jahren gab es eine Reihe von politischen Initiativen zur Eindämmung der ständig steigenden Kosten. Keine dieser Maßnahmen – wie z.B. die Einführung von Budgets im Bereich der öffentlichen Krankenhäuser im Jahre 1985 – führte jedoch zu einer längerfristigen Ausgabenstabilität. Maßnahmen zur Kostenreduktion, die auf eine Beschränkung des Angebots und eine Verringerung des Versicherungsschutzes

abzielen, rufen regelmäßig breiten Widerstand in der Öffentlichkeit und den medizinischen Berufen hervor.

Derzeit kommt die gesetzliche Krankenversicherung für 74% der gesamten Gesundheitsausgaben auf – Tendenz fallend. Ersatzkassen decken ca. 6%, private Krankenkassen 5% der Gesundheitsausgaben. Weniger als 3% stammen aus dem allgemeinen Steueraufkommen und der Rest, mehr als 12%, wird durch den Eigenanteil der PatientInnen getragen.

Öffentliche Spitäler, die mehr als 2/3 der Spitalsbetten stellen, sind in der Regel kommunale Einrichtungen. Privatkrankenanstalten befinden sich zumeist im Eigentum von Stiftungen, aber auch von gewinnorientierten Unternehmen, wobei etwa die Hälfte der privaten Krankenanstalten gemeinnützig ist.

Das Schlagwort „Privatisierung“ wird im Gesundheitswesen in zweierlei Hinsicht diskutiert. Zum einen geht es dabei um die Abwälzung der Gesundheitskosten auf Private, um das Ansteigen der öffentlichen Gesundheitsausgaben einzudämmen, und zum anderen um die schlechte Bezahlung der Angestellten im privaten Gesundheitssektor. Anlass zu Besorgnis gibt jedoch auch die Entwicklung der Mortalität innerhalb der verschiedenen sozialen Schichten, die sich durchaus auf die Unterschiede im Zugang zu und in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zurückführen lässt.

Die deutsche *Ärzte Zeitung* berichtet regelmäßig über Missstände im französischen Gesundheitswesen. Am 12.4.2001 war dort zu lesen: *Für dieselbe Arbeit verdienen die Schwestern in Privatkrankenhäusern zwischen 200 und 600 DM (102 bis 306 €) weniger als in den öffentlichen Kliniken. Derzeit sind etwa 6.000 Arbeitsplätze in Privatkrankenhäusern nicht besetzt, weil die Jobs als zu unattraktiv angesehen und abgelehnt werden. Der Dienstag wurde von den Krankenschwestern zum Aktionstag erklärt: Wegen des Streiks mussten Tausende von Operationen und nicht dringenden Behandlungen verschoben werden. Obwohl das Gesundheitsministerium inzwischen Bereitschaft gezeigt hat, die Vergütungen der Hebammen und Schwestern in Privatkrankenhäusern um 250 DM (128 €) monatlich zu erhöhen, haben diese das Angebot als unzureichend abgelehnt.*

Am 22.10.2001 berichtete die *Ärzte Zeitung*: *Mit Besen, Eimer und Putzmittel bewaffnet, säuberten die Doktores Eingangshalle und Treppen des Hauptgebäudes und entfernten Zigarettenkippen und Staub aus den Patientenwartesälen. Seit einigen Jahren hat eine Privatfirma die Reinigung des Krankenhauses übernommen, deren Mitarbeiter wegen schlechter Löhne und Arbeitsbedingungen oft streiken. Entsprechend unzureichend sei das Reinigungspensum der Putzkräfte, beklagen die Ärzte. Die Mediziner warnten, die Hygienebedingungen in jedem Supermarkt seien besser als in ihrer Uniklinik. Verantwortlich für diese Zustände sei die Krankenhausverwaltung, die in diesem Bereich drastisch spart. Die Mitarbeiter der Reinigungsfirma freuten sich über den ungewöhnlichen Beistand der Ärzte. Sie begründeten ihre häufigen Streiks mit den zu knappen Reinigungsbudgets, die das Krankenhaus ihrer Firma zur Verfügung stellt. Ob die Ärzte künftig weiter als Putzkräfte arbeiten werden, ist eher unwahrscheinlich – und wohl auch nicht nötig. Denn die Verwaltung hat versprochen, endlich aktiv nach Lösungen zu suchen. Damit die Klinik zumindest so sauber ist, wie der Supermarkt nebenan.*

Wenige Wochen später, am 8.11.2001, hieß es: *Durch das Gesetz zur Verkürzung der Arbeitszeit werden in öffentlichen Krankenhäusern bis 2004 etwa 45.000 neue Arbeitsplätze geschaffen. Dafür erhalten sie von der Regierung eine Unterstützung von circa 6 Milliarden DM (3,07 Mrd. €). Aus demselben Grund fordern Privatkliniken jetzt 1,8 Milliarden DM (920 Mio. €). Damit sollen nicht nur Arbeitsplätze geschaffen, sondern auch eine Abwanderung der Krankenschwestern zu öffentlichen Kliniken vermieden werden. Dort sind die Löhne und Arbeitsbedingungen besser. Trotz monatelanger Verhandlungen weigerte sich aber bis heute die Regierung, diesen Betrag zu zahlen. Derzeit wird in Frankreich jede zweite chirurgische*

Operation, jede zweite Krebsbehandlung und jede dritte Entbindung in einer Privatklinik vorgenommen. Klinikärzte in den privaten Einrichtungen haben den Eindruck, dass die Sparpolitik der Regierung sie viel härter trifft als ihre Kollegen in den öffentlichen Krankenhäuser. Und dies, obwohl sie die Patienten zu denselben finanziellen und gesetzlichen Bedingungen behandeln müssen.

Im Sommer 2003, als in der französischen Öffentlichkeit noch über die angeblich bereits vorliegenden Geheimpläne der Regierung zur Sanierung des dramatisch defizitären Gesundheitssystems (derzeit 9,5 Mrd. €) spekuliert wurde, kam es in Folge der ungewöhnlichen Hitzewelle zu einem folgenschweren Kollaps der medizinischen Notfallversorgung, der mehreren tausend v.a. betagten Menschen das Leben kostete. Ärzte und Gesundheitsexperten betonten, die teilweise skandalösen Zustände stünden in einem engen Zusammenhang mit dem allgemeinen Abbau des Gesundheitsdienstes in den letzten fünfzehn Jahren. Krankenhäuser seien finanziell regelrecht ausgetrocknet worden, hätten keine Reserven für unvorgesehene Situationen und keine Mittel, um zusätzliches Personal einzustellen. Die Hitzewelle habe, so Bruno Riou, Chef der Notfallaufnahme am Krankenhaus Pitié Salpêtrière in Paris, „auf dramatische Weise einen permanenten Mangel beleuchtet (...) und einen täglichen Skandal sichtbar gemacht, den es auch ohne Epidemie in vielen Krankenhäusern gibt.“ Die Vereinigung der Notfallärzte hatte bereits Ende Juli davor gewarnt, dass die 25–30-prozentigen Kürzungen bei den Krankenhausbetten während der Sommerferienmonate eine gefährliche Situation geschaffen habe. Diese Sommerschließungen wurden durchgesetzt, um das Budget zu entlasten.

2.6. Griechenland

Das Gesundheitswesen in Griechenland wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen und in einem geringeren Maße durch einkommensbezogene Krankenkassenbeiträge (Pflichtversicherung) finanziert. Der Privatsektor spielt sowohl bei der Finanzierung als auch bei der Erbringung der Versorgungsleistungen eine bedeutende Rolle.

Nahezu die gesamte Bevölkerung ist bei einer der etwa 300 Sozialkrankenkassen versichert, die vom Staat subventioniert werden. Größte Sozialversicherungsanstalt ist die *IKA*, die mittlerweile nahezu 50% der griechischen Bevölkerung versichert, da sie die umfassendste Versorgung – einschließlich zahnärztlicher Behandlungen und einem Versicherungsschutz für Sehhilfen – anbietet.

Mit der Einführung eines Nationalen Gesundheitsdienstes (*ESY*) im Jahr 1983 hat sich das griechische System weg vom *Bismarck'schen* Modell und hin zum *Beveridge-System* entwickelt. Ziel dieser Reform war es, durch die Einrichtung von 176 dezentralen Gesundheitszentren den Zugang der ländlichen Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung zu verbessern, das Wachstum des Privatsektors zu drosseln, eine stärkere Betonung auf die Grundversorgung und die Beteiligung der Gemeinschaft zu legen und annehmbare Bedingungen für das in den Krankenhäusern arbeitende Gesundheitspersonal zu schaffen. Allerdings wurden die Reformen nur zum Teil umgesetzt, und die bereits bestehenden Strukturen blieben weitgehend unverändert erhalten. Der Versuch, den Privatsektor einzuschränken, muss als misslungen bezeichnet werden, da immer mehr GriechInnen auf private Gesundheitseinrichtungen im In- und Ausland ausweichen.

Die öffentlichen *ESY*-Krankenhäuser stellen 63,5% aller Krankenhausbetten, die öffentlichen Nicht-*ESY*-Krankenhäuser 7,7%. Die gewinnorientiert ausgerichteten Privatkliniken verfügen über 28,8% der gesamten Bettenkapazität; im Vergleich zu den öffentlichen Krankenhäusern sind sie personell meist nur sehr schlecht ausgestattet. Die öffentlichen Spitäler werden zu 70% aus dem Staatshaushalt und zu 30% durch die Krankenversicherungen finanziert; die privaten Kliniken finanzieren sich durch Rückerstattungen von Seiten der Krankenversicherungen, durch Privatzahlungen der PatientInnen und durch freiwillige Zusatzversicherungen.

Die staatliche Krankenversicherung sieht keinerlei private Zuzahlungen für die stationäre Versorgung vor, allerdings existiert eine umfangreiche Schattenwirtschaft, die auf die chronischen Engpässe bei den öffentlichen Versorgungsleistungen zurückzuführen ist.

„Inoffizielle“ Zahlungen an ÄrztInnen sind im griechischen Gesundheitssystem deshalb an der Tagesordnung.

1996 betrug der öffentliche Anteil an den Gesundheitsausgaben 83%. Für Medikamente müssen durchschnittlich 25% der Kosten von den PatientInnen getragen werden.

Die traditionellen Probleme des griechischen Gesundheitswesens, wie der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Versorgungsengpässe insbesondere in Ballungsräumen, die Ineffizienz bei der Leistungserbringung und der Anstieg der Gesundheitsausgaben, haben weiterhin Bestand. Durch die Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes stiegen die in Griechenland traditionell niedrigen Gesundheitsausgaben mittlerweile auf das durchschnittliche EU-Niveau an. Dementsprechend ist auch der Grad der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ziemlich niedrig. Lediglich 18,4% der befragten Personen waren „sehr“ oder „ziemlich zufrieden“.

Aktuelle Themen der griechischen Gesundheitspolitik sind v.a. die Engpässe im Gesundheitssystem, die durch die Reformen von 1983 nicht behoben werden konnten. Die meisten Reformvorschläge zielen in erster Linie auf eine Effizienzsteigerung bei der Erbringung und Finanzierung der Versorgungsleistungen ab. Zusammenschlüsse von Krankenkassen werden derzeit ebenfalls diskutiert.

2.7. Großbritannien

Die Probleme im britischen Gesundheitswesen sind notorisch. Der *Mannheimer Morgen* berichtete am 28.8.2001 über die herrschenden Missstände: *Genau 1,037.100 Briten stehen zurzeit auf Wartelisten für dringend erforderliche Operationen. Bis zu zwei Jahre muss man ausharren, bis ein Bett frei wird. In vielen Krankenhäusern sieht es aus wie in einem Feldlazarett. Kranke werden tagelang auf den Fluren abgestellt. Gemischte Säle mit männlichen und weiblichen PatientInnen sind Standard. Die Weltgesundheitsorganisation setzte das britische Gesundheitssystem unlängst auf Platz 24 – hinter Jamaika. Deutschland hat doppelt so viele Krankenhausbetten pro Kopf der Bevölkerung, Italien drei Mal so viele Ärzte. Miserable Bezahlung und knochenharter Schichtdienst haben die Moral von Ärzten und Krankenschwestern auf den Nullpunkt sinken lassen. In Großstadtkrankenhäusern müssen inzwischen Leibwächter angeheuert werden, um das Personal vor Übergriffen von Angehörigen verzweifelter PatientInnen zu schützen. Um das System vor dem Kollaps zu bewahren, beugte man sich jetzt dem Druck von EU und empörten Bürgern. 42.000 PatientInnen, die in der Heimat mehr als ein Jahr auf eine Operation warten müssten, dürfen sich ab sofort auf Kosten des Gesundheitsministeriums ein Bett in der Fremde suchen. Prinzipiell ist die Versorgung in allen Mitgliedsstaaten der EU erlaubt, aber Favoriten sind Frankreich und Deutschland.*

Der seit 1948 in Großbritannien bestehende nationale Gesundheitsdienst *National Health Service (NHS)* wird größtenteils durch Steuergelder finanziert und ermöglicht einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung, weil die Leistungen – außer den Medikamenten – grundsätzlich kostenlos sind. Die Finanzierung des britischen Gesundheitssystems erfolgt überwiegend aus öffentlichen Mitteln (ca. 72,5%); knapp 16% werden durch private Zuzahlungen (v.a. für Medikamente) und der Rest (ca. 11,5%) durch private und öffentliche Sozialversicherungen finanziert.

Die Gesundheitsversorgung basiert auf einer Mischung aus privaten und öffentlichen Einrichtungen. Die mehr als 200 privaten Spitäler des Landes nehmen etwa 20% aller Operationen vor. Bei der Betreuung von Behinderten und älteren Menschen ist der private Sektor sogar führend.

Die im Jahr 1991 umgesetzte Gesundheitsreform folgte dem Grundgedanken, den Wettbewerb unter den Anbietern gesundheitlicher Versorgungsleistungen zu steigern und dadurch eine größere Effizienz im Gesundheitssystem zu erreichen. Die öffentlichen Mittel für das *NHS* wurden eingefroren, worauf bei Leistungen und Personal massiv gespart werden musste. Umfragen zeigen, dass die Zufriedenheit der britischen Bevölkerung mit

ihrem Gesundheitssystem sehr gering ist. 1996 gaben 40% an, mit dem Gesundheitssystem unzufrieden zu sein (in Österreich waren es in der gleichen Erhebung nur knapp 5%).²

Die staatlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen sind im europäischen Vergleich mit 6,8% des BIP die zweitniedrigsten – auch wenn die Regierung Blair wieder mehr öffentliche Mittel zuschießt. Im Gegenzug dazu sind die individuellen Kosten für die PatientInnen sehr hoch. In den Jahren 1973 bis 2000 stiegen die privaten Ausgaben für Krankenversicherung und Krankenversorgung beinahe um das 40-fache an! Zusätzlich bestehen lange Wartezeiten bei Operationen oder Spezialuntersuchungen, und im ganzen Land herrscht ein chronischer Mangel an Intensivbetten.

Ausgaben für Gesundheit per Haushalt (in €)	1973	2000
Für private Krankenversicherung und Krankenversorgung	8	317
Für private Medikamente und Gesundheitsprodukte	16	304
Für das National Health Service	246	3.689
Gesamt	270	4.310

Quelle: Office of Health Economics, London 2000.

Durch die unzureichende Grundversorgung setzen immer mehr Menschen auf private Zusatzversicherungen, die in vielen Fällen von den Unternehmen für ihre Angestellten vermittelt werden. Interessant ist dabei, dass 25% der hoch qualifizierten Arbeitskräfte eine solche Versicherung besitzen, jedoch nur 3% der FacharbeiterInnen und nur 1% der ungelernten ArbeiterInnen. Dieser Umstand beweist, wie groß die sozialen Ungleichheiten im britischen Gesundheitssystem sind.

Die folgenden Auszüge aus Artikeln der britischen Tageszeitung *The Observer* illustrieren die Probleme des britischen Gesundheitswesens:

Die Anzahl der Betten in den öffentlichen Krankenhäusern ist in den letzten Jahren ständig zurückgegangen, was zu der grotesken Situation führt, dass das National Health Service Betten in privaten Krankenhäusern zu hohen Preisen für ihre Versicherten anmietet. Dabei ist die Versorgung in den privaten Anstalten bei weitem nicht so gut, wie ihre Marketingbroschüren versprechen. Zum Beispiel ist die Sterberate von schwangeren Frauen in privaten Krankenhäusern fünf mal so hoch wie im Landesdurchschnitt! Die privaten Einrichtungen sind auf Gewinn ausgerichtet, und sind zugleich "Parasiten" des NHS. Sie nutzen die Ausbildungseinrichtungen des NHS und bei schwierigen Operationen schicken sie ihre PatientInnen in staatliche Krankenhäuser. (13.8.2000)

Die Zahl der PatientInnen im privaten Gesundheitssektor ist von 1997 bis 2001 von 700.000 auf über eine Million angestiegen. Gleichzeitig wird an der Versorgung in privaten Krankenhäusern immer wieder Kritik laut. ExpertInnen meinen, dass viele Todesfälle bei intensiverer Betreuung verhindert werden könnten. Die Auslagerung von Reinigungsaufgaben auf externe Dienstleistungsunternehmen etwa wird für das Ansteigen von Infektionen in privaten Krankenhäusern verantwortlich gemacht. (29.5.2001)

Das britische National Health Service kaufte heuer das private Herzzspital Harley Street Hospital und führte damit die erste Wiederverstaatlichung seit seiner Gründung 1948 durch. Das NHS will damit seine Kapazitäten im Bereich Herzchirurgie entscheidend erhöhen und so die langen Wartelisten für Operationen verkürzen. Die Gewerkschaft kritisiert, dass hier ein privates Unternehmen mit Steuergeldern aus der finanziellen Krise geholt wird, die Regierung aber trotz solcher Beispiele von ihrer Privatisierungspolitik im Gesundheitswesen nicht abweicht. (8.8.2001)

² Vgl. Europäische Kommission, Citizens and Health Systems. Main Results from a Eurobarometer Survey, 1996.

Die absehbare Entwicklung des britischen Gesundheitswesens zur Zweiklassen-Medizin beleuchtet auch ein aktueller Bericht der *Neuen Zürcher Zeitung* vom 23.6.2003:

Das britische Gesundheitswesen kämpft mit Engpässen. Zwar gilt die Qualität der ärztlichen Behandlung in der Regel als gut, und unter den britischen Ärzten finden sich viele international anerkannte Spezialisten, um den Komfort und die Pflege ist es jedoch schlecht bestellt. Wilde Schreckensmeldungen mit ungewissem Wahrheitsgehalt reichen von Schwangeren, die wegen überfüllter Kreißsäle im Gang gebären, bis hin zu alten Patienten, die an unhygienischem Essen sterben. Popstar Madonna flog zur Entbindung in die USA, angeblich weil sie den britischen Spitälern nicht traute. Mit Kopfschütteln werden im Ausland ferner die überlangen Wartelisten für Operationen zur Kenntnis genommen. Hier zeichnet sich allerdings eine Wende zum Besseren ab. Die jüngsten Statistiken zeigten im vergangenen Jahr eine rapide Abnahme der Zahl von Personen, die länger als zwölf Monate auf ihre Operation warten müssen. Inzwischen werden 80% der Patienten innerhalb von sechs Monaten behandelt, und länger als zwölf Monate muss nun kaum jemand mehr warten. Dennoch ergänzen mittlerweile 6,7 Mio. oder 11,4% der Bevölkerung das Angebot des staatlichen Gesundheitsdienstes (NHS) durch eine private Krankenversicherung. Damit werden trotz der Vorherrschaft des NHS 16% der Gesundheitskosten privat getragen.

Die privaten Angebote haben zwei wesentliche Vorteile. Zum einen ist bei einem Spitalaufenthalt der Hotelkomfort besser, es gibt Einzelzimmer mit eigenem Bad, Fernsehen und besserem Essen. Mindestens ebenso wichtig ist aber, dass die privaten Policen einen schnelleren Zugang zu den Spezialisten ermöglichen. Die Termine werden nicht einfach zugeteilt, sondern in Absprache mit dem Patienten festgelegt. Damit wird eine ärztliche Behandlung quasi auf der Überholspur ermöglicht. Die private Police erlaubt den Freikauf von den Ärgernissen des staatlichen Dienstes. Da sich die Steuern, mit denen der NHS finanziert wird, durch die private Deckung nicht verringern, sind die privaten Angebote nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung zum NHS-Angebot konzipiert. In der Regel kombinieren sie öffentliche und private Dienstleistungen. So gibt es beispielsweise Policen, die erst dann greifen, wenn die Wartezeit für die Behandlung im staatlichen Spital mehr als sechs Wochen beträgt.

(...)

Wenig erstaunlich ist, dass die reicheren Haushalte häufiger privat abgesichert sind als die armen. Gemäss einer früheren Analyse des Institut for Fiscal Studies haben lediglich 3,7% der 40% ärmsten Haushalte eine Privatversicherung, verglichen mit einem 40%-Anteil bei den oberen 10% der Einkommen. Bei über der Hälfte dieser Personen hat der Arbeitgeber die Deckung abgeschlossen. Die Arbeitgeber sind an einer effizienten Behandlung und schnellen Gesundung ihrer Angestellten interessiert. Krankheitsbedingt fallen in Großbritannien jährlich rund 33 Mio. Arbeitstage aus, was die Firmen mit 12 Mrd. Pf belastet. Die Unternehmen erhalten die Deckung zu vorteilhafteren Konditionen als Einzelpersonen, weil die Risiken bei einer Gruppenversicherung gestreut werden und somit eine Negativselektion verhindert wird. Ihren (Kader-)Angestellten bieten die Unternehmen damit eine willkommene Lohn-Nebenleistung. Aus diesem Grund ist die Zahl der Unternehmens-Policen in fünf Jahren um 27% gestiegen, während die Nachfrage von Privatpersonen weitgehend unverändert blieb. Insgesamt ist die Zahl der Privatversicherten in den letzten beiden Jahren von 6,4 Mio. um 300 000 Personen gewachsen.

2.8. Irland

Der Grundpfeiler des irischen Gesundheitssystems ist der zentral organisierte Nationale Gesundheitsdienst. Die Bevölkerung wird in diesem System in zwei Kategorien eingeteilt. PatientInnen der Kategorie 1 (niedrige Einkommensgruppen = nahezu 35% der irischen Bevölkerung) können eine unentgeltliche Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen. Über die Zugehörigkeit zu dieser Kategorie entscheiden u.a. das Einkommen, die Zahl der Familienangehörigen sowie das Alter. Die PatientInnen der Kategorie 2 (mittlere und höhere Einkommen) müssen für alle Leistungen in der ambulanten Versorgung selbst bezahlen oder sich privat versichern. Die stationäre Versorgung in den öffentlichen Krankenhäusern ist für PatientInnen der Kategorie 1 kostenlos, PatientInnen der Kategorie 2 müssen seit 1987 eine (geringe) Zuzahlung leisten. Von PatientInnen der Kategorie 2 werden außerdem Zuzahlungen für Medikamente erhoben.

1994 war ca. die Hälfte der Kategorie 2-Angehörigen privat versichert, d.h., ihre Ausgaben für Zuzahlungen in der ambulanten und stationären Versorgung und die Leistungen von Privatkliniken wurden abgedeckt. Die gesetzlichen Vorschriften für private Krankenversicherungen sind sehr streng: Demnach müssen diese für jede spezifische Leistung dieselben Kosten für alle Versicherten abrechnen – ungeachtet ihres Alters, ihres Geschlechts oder ihres Gesundheitsrisikos. Außerdem sind sie gesetzlich dazu verpflichtet, mit allen daran interessierten Personen Verträge abzuschließen.

Die Finanzierung des irischen Gesundheitssystems erfolgt überwiegend aus öffentlichen Mitteln (78%); etwa 13,5% entfallen auf Direktzahlungen. Der Hauptanteil der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen und durch einen Gesundheitsbeitrag in der Höhe von 1,5% des Bruttoverdienstes jener Versicherten bestritten, die nicht der Kategorie 1 angehören.

Die irischen Gesundheitsausgaben, die zu den niedrigsten der EU zählen, erwiesen sich in den letzten Jahren als stabil, was z.T. auf die strenge Haushaltskontrolle der Krankenhäuser im öffentlichen Sektor zurückzuführen ist.

Aktuelle gesundheitspolitische Debatten beschäftigen sich weniger mit der Finanzierung des Gesundheitssystems, sondern vermehrt mit Fragen der Planung, der Organisation und der Qualitätssicherung. Es gibt Forderungen nach einer Förderung des Wettbewerbs zwischen den Anbietern und somit nach einer Lockerung der strengen Auflagen für private Versicherungen. Umstritten ist vor allem die geplante Privatisierung der staatsnahen Versicherung *VHI*. Man geht davon aus, dass es künftig einen noch größeren Markt für Privatkrankenversicherungen geben wird, insbesondere da die Wartelisten für PatientInnen ohne Privatversicherung auch in Irland immer länger werden.

Scharf kritisiert wurde die irische Gesundheitspolitik im Jahr 2001 durch die katholische Wohlfahrtsorganisation *St. Vincent de Paul Society*. In ihrem Bericht *Health Inequalities and Poverty* warf sie der Regierung vor, dass sie ihre Gesundheitspolitik nicht an den Bedürfnissen, sondern an der Zahlungsfähigkeit der Bevölkerung ausrichte. Irland habe die niedrigste Lebenserwartung in der Europäischen Union, der Not- und Unfallrettungsdienst stehe am Rande des Zusammenbruchs und es gäbe eine fünf Jahre lange Warteliste für Kinder, die eine kieferorthopädische Behandlung benötigten. Als Reaktion auf diese Missstände leitete die irische Regierung einen breiten Diskussionsprozess unter dem Schlagwort *Quality and Fairness: A Health System for You* ein. Bei den Parlamentswahlen des Jahres 2002, die mit einem Triumph von Bertie Aherns konservativer *Fianna Fail* endeten, spielte das Thema Gesundheitspolitik denn auch eine wahlentscheidende Rolle. Der Ministerpräsident hatte für die nächsten fünf Jahre eine Finanzspritze von 9 Mrd. € für das irische Gesundheitssystem angekündigt und damit offenbar den Nerv der WählerInnen getroffen.

2.9. Italien

Der italienische nationale Gesundheitsdienst *Servizio Sanitario Nazionale (SSN)* wurde 1978 gegründet, um allen BürgerInnen den Zugang zu einer größtenteils unentgeltlichen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt in erster

Linie durch öffentliche Gelder aus dem Steueraufkommen (40,8%) und durch die verpflichtenden Sozialversicherungsbeiträge (37,5%). Der verbleibende Rest wird durch private Beiträge, überwiegend Zuzahlungen zu den Versicherungsleistungen, finanziert. Die Durchführung, Planung, Finanzierung und Überwachung der gesundheitlichen Leistungen ist Aufgabe der Regionen und der 320 lokalen Gesundheitsstellen (*Unità sanitaria locale - USL*).

Die Gesundheitsversorgung erfolgt sowohl durch öffentliche als auch durch private Träger. Obwohl im Krankenhausesektor die Versorgungsleistungen überwiegend von öffentlichen Trägern angeboten werden, ist der *SSN* stark auf die von den privaten Trägern erbrachten Versorgungsleistungen in den Tageskliniken und Diagnosezentren angewiesen. 80% der Krankenhausbetten befinden sich im öffentlichen Sektor, weniger als 20% im privaten. Die PatientInnen können alle Krankenhäuser einschließlich der privaten frei wählen.

Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit diesem System ist im Vergleich zu den anderen EU-Mitgliedstaaten sehr niedrig und nimmt in Bezug auf den öffentlichen Sektor nach letzten Umfragen noch weiter ab, wodurch der Anteil jener, die sich zusätzlich privat versichern, ständig ansteigt. Zusätzlich gibt es große regionale Unterschiede zwischen dem Norden und dem Süden des Landes.

Eine im Jahr 1993 beschlossene Reform des Gesundheitswesens zielte auf eine Lösung des chronischen Problems der Defizite und auf eine Steigerung der Effizienz in der Leistungserbringung ab. Durch diese Reform wurden insbesondere Zusatzversicherungen steuerlich gefördert. Die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen liegen in den letzten Jahren wieder etwas unter dem EU-Schnitt, was v.a. auf zentrale Kostenkontrollmaßnahmen wie dem Einfrierung von Gehältern und Haushaltskürzungen bei Neueinstellungen zurückgeführt wird.

Das *Deutsche Ärzteblatt* berichtete am 20.12.2001 über die aktuellen Reformpläne der italienischen Regierung: *Die neue Regierung Berlusconi strebt an, das Gesundheitssystem binnen der nächsten Jahre von Grund auf zu reformieren. Die 21 Regionen des Landes erhalten neue und weitreichende Kompetenzen, die letztlich darauf hinauslaufen, den Regionen volle Autonomie von der Zentralregierung zu geben. Die Regierung in Rom setzte für die kommenden drei Jahre neue Ausgabenlimits fest. 73 Milliarden Euro im Jahr 2002, 76 Milliarden Euro für 2003 und 78 Milliarden Euro für das Jahr 2004. Gleichzeitig wird die Selbstbeteiligung der PatientInnen erhöht und der Leistungskatalog der jedem Bürger kostenlos zur Verfügung stehenden Gesundheitsleistungen weiter gekürzt. Ärzteverbände sehen die Initiative mit Skepsis und klagen, dass ein Gesundheitssystem nicht von Buchhaltern geführt werden könne.*

2.10. Luxemburg

Die meisten EinwohnerInnen Luxemburgs sind in der gesetzlichen Krankenversicherung *Assurance maladie* versichert, die in 9 Sozialkrankenkassen untergliedert ist. Es handelt sich dabei größtenteils um berufsständische Krankenkassen, die die Versicherten nicht frei wählen können. Das Leistungspaket für die Krankenversicherung ist einheitlich und wird von der Regierung festgelegt. Ein großer Teil der Bevölkerung hat eine Zusatzversicherung bei einer Ersatzkasse (*Mutuelles*) abgeschlossen. Private Versicherungen spielen keine große Rolle.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt überwiegend aus Beiträgen zur Sozialversicherung (60%). Die staatlichen Beihilfen betragen 31,5%, 8,5% werden durch Zuzahlungen und Privatversicherungen finanziert. Private Zuzahlungen von bis zu 10% sind für Medikamente sowie für zahnärztliche und ambulante Versorgung zu bezahlen.

Die Gesundheitsausgaben liegen mit 6% des BIP zwar deutlich unter dem EU-Durchschnitt, aufgrund des hohen Bruttoinlandsproduktes Luxemburgs gehören sie dennoch zu den höchsten in Europa. Durch die letzte größere Gesundheitsreform im Jahre 1992 wurde der Höchstsatz für staatliche Subventionen für die einzelnen Krankenkassen mit 40% begrenzt.

Die Gesundheitsversorgung erfolgt durch private und öffentliche Träger. Privatkliniken werden überwiegend von Wohlfahrtsverbänden betrieben. Versicherte können sich in ein

Krankenhaus ihrer Wahl – auch in anderen EU-Mitgliedsstaaten – begeben. 1994 verfügte Luxemburg über 4.443 Krankenhausbetten, wobei ein deutliches Überangebot an Akutbetten herrschte. In der Langzeitpflege fehlten jedoch ausreichende stationäre Pflegeeinrichtungen, was zu langen Wartelisten führt. Die Erbringung und Finanzierung der Langzeitpflege ist für die Bevölkerung deshalb das größte Problem im Gesundheitsbereich. Wie in Deutschland bereits beschlossen, wird derzeit auch in Luxemburg über die Einführung einer eigenen Pflegeversicherung, aber auch über gewisse Leistungskürzungen diskutiert.

2.11. Niederlande

Das niederländische Gesundheitswesen wird sowohl durch die gesetzliche als auch durch die private Krankenversicherung finanziert. Die gesetzliche Krankenversicherung *Verplichte Ziekenfondsverzekering (ZFW)* wird von nahezu 40 Krankenkassen angeboten, bei denen 60% der niederländischen Bevölkerung versichert sind. Angehörige der mittleren und höheren Einkommensgruppen können sich allerdings nicht gesetzlich versichern, sondern müssen auf eine private Krankenversicherung zurückgreifen (*Particular Verzekering*). Für die öffentlich Bediensteten (ca. 6% der niederländischen Bevölkerung) gibt es eine spezifische Pflichtversicherung, die einen im Vergleich zur *ZWF* umfassenderen Versicherungsschutz bietet. Darüber hinaus bezahlen alle NiederländerInnen Beiträge zu einer Volksversicherung – der *AWBZ*. Diese übernimmt besondere Krankheitskosten und beinhaltet auch die Pflegeversicherung.

Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen können Zusatzversicherungen (*Aanvullende Ziekenfondsverzekering*) gegen weitere Risiken abschließen. Nahezu 90% der Krankenkassenmitglieder besitzen eine solche Zusatzversicherung, um v.a. Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung und für Medikamente abdecken zu können. Die Zuzahlungen für die ambulante Versorgung wurden 1990 abgeschafft.

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert 68% der Gesundheitsausgaben. Der Anteil der Privatversicherungen beläuft sich auf 14% der Ausgaben. Die Finanzierung wird durch direkte Zuzahlungen und staatliche Subventionen ergänzt. Die stationäre Versorgung in den Niederlanden erfolgt überwiegend durch private, gemeinnützige und selbstverwaltete Krankenhäuser. Nahezu 85% der insgesamt 55.000 Aktivbetten befanden sich 1996 in privater Trägerschaft.

Das letzte Jahrzehnt bescherte dem niederländischen Gesundheitswesen einen grundlegenden Wandel durch Reformen, deren Hauptziele Kostendämpfung, Effizienzsteigerung und die Entwicklung eines „regulierten Marktes“ im Versicherungswesen waren – wobei der Wettbewerb in der Privatversicherung im niederländischen Gesundheitswesen eine gewisse Tradition hat. Die Beiträge werden individuell durch die privaten Versicherer festgelegt und sind weitgehend vom Alter des Versicherten abhängig. Besonders erfolgreich war die Kostendämpfung im Arzneimittelsektor; insgesamt blieben die niederländischen Gesundheitsausgaben mit 8,7% des BIP in den 90er-Jahren zwar stabil, innerhalb der EU liegen sie allerdings immer noch über dem Schnitt von 7,9%. Zu Einbußen bei der Qualität oder zu Einschnitten beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen kam es trotz der relativ umfassenden Reformierung des Systems nicht. Das spiegelt sich auch in der Zufriedenheit der NiederländerInnen wider, die sich zu 72,8% als „sehr“ oder „ziemlich zufrieden“ mit ihrem Gesundheitssystem zeigten.

2.12. Österreich

Das österreichische Sozialversicherungssystem stützt sich auf den Grundsatz der allgemeinen Pflichtversicherung, in deren Rahmen 99% der Bevölkerung bei den 24 Krankenkassen (9 Gebiets- = Landeskrankenkassen und 15 Betriebskrankenkassen) versichert sind. Die Leistungskataloge der einzelnen Kassen weisen allerdings erhebliche Unterschiede auf.

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems erfolgt durch die Mitgliedsbeiträge an die Krankenkassen (52,4%), durch Steuern (24%) und Privatversicherungen (ca. 7%). 16,6% werden durch Zuzahlungen zu den erbrachten Leistungen (Rezeptgebühren,

Selbstbehalte, Ambulanzgebühren, Spitalskostenbeitrag usw.) finanziert. Das österreichische Gesundheitssystem ist weitgehend dezentralisiert, wobei von der Verfassung eine Aufteilung der Verantwortung zwischen den Bundesbehörden und den Ländern und Gemeinden vorgesehen ist.

Der allgemeine Gesundheitszustand der ÖsterreicherInnen gehört zu den besten in der EU. Das Versorgungsangebot durch die Krankenversicherung ist umfassend, und die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung ist dementsprechend „sehr“ oder „weitgehend zufrieden“ mit dem System.

Beim Thema Privatisierung im Gesundheitswesen wird in Österreich nicht der Verkauf von Krankenanstalten diskutiert, sondern die „Individualisierung des Krankheitsrisikos“. Die in Österreich bestehende Pflichtversicherung, die keine Wahlfreiheit zwischen den Versicherungsträgern erlaubt, wird von der derzeitigen Bundesregierung in Frage gestellt. Allerdings bergen die Bestrebungen, mehr Wettbewerbselemente ins Versicherungssystem zu bringen, viele soziale Risiken. So wird vielerorts die Entstehung einer „Zweiklassenmedizin“ befürchtet, die nur noch Grundleistungen zu billigen Tarifen, Wahlleistungen aber zu hohen Tarifen anbietet.

Von den derzeit 310 Spitälern des Landes sind knapp die Hälfte öffentliche Krankenanstalten (mit insgesamt 70% der Betten), das heißt, dass mehr als zwei Drittel der österreichischen Spitalsbetten im öffentlichen Versorgungsbereich bestehen. Zusätzlich zu diesen öffentlichen Krankenhäusern gibt es weitere 38 Spitäler, die ebenfalls gemeinnützig – d.h. nicht gewinnorientiert – arbeiten. Insgesamt umfasst der öffentliche und gemeinnützige Spitalsbereich damit knapp 60% der Krankenhäuser mit nicht weniger als 78% der Betten. Allerdings stellt die im internationalen Vergleich sehr hohe Bettenkapazität der österreichischen Spitäler auch einen enormen Kostenfaktor dar, weshalb Gesundheitsministerin Rauch-Kallat (VP) erst kürzlich wieder ihren Wunsch nach „einer kräftigen Reduktion der Spitalsbetten in Österreich“ bekräftigte. Tatsächlich sinkt die Zahl der Betten bereits jetzt laufend. Waren es im Jahr 1999 noch 73.577 – was damals einem Minus von 5% gegenüber dem Jahr 1994 entsprach – so belief sich ihre Zahl im Jahr 2001 auf 71.741.

Stark angestiegen ist in Österreich der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben. Bezogen auf 1995 sind die privat finanzierten Gesundheitsausgaben bis 1999 um 29% gewachsen. Sie betragen 1995 14,1% der Gesundheitsausgaben und 1999 bereits 16,6%. Dazu zählen im geringen Ausmaß private Versicherungen, vor allem aber private Direktzahlungen, unter anderem für Medikamente oder Therapien. Durch die Maßnahmen der jetzigen Regierung wurde diese Entwicklung noch beschleunigt. Zu den neuen Belastungen für die PatientInnen zählen die – mittlerweile wieder aufgehobene – Ambulanzgebühr, die deutliche Erhöhung der Rezeptgebühr (um 44% in nur zwei Jahren), die Erhöhung des Spitalskostenbeitrages, die Beschränkung der beitragsfreien Mitversicherung sowie die Kürzungen des Krankengeldes, der Zuschüsse für Heimbeihilfe und für Zahnregulierungen bei Kindern.

Im Jahr 2002 beliefen sich die gesamten Gesundheitsausgaben auf 17,1 Mrd. € (= 7,9% d. BIP). Der auf die private Haushalte entfallene Anteil ist mittlerweile auf 4,9 Mrd. € gestiegen, das entspricht bereits 28,6% der Gesundheitsausgaben; demgegenüber geht der öffentliche Anteil langsam, aber kontinuierlich zurück (derzeit 68,5%).

2.13. Portugal

In Portugal besteht ein wenig effektives Mischsystem aus staatlicher und privater Gesundheitsversorgung. 75% der Bevölkerung sind über den nationalen Gesundheitsdienst *Systema de Saúde* versichert. Die restlichen 25% sind über ihre ArbeitgeberInnen Mitglieder in spezifischen Versicherungen – in erster Linie Angestellte des öffentlichen Dienstes und Angehörige des Militärs.

Die Finanzierung des staatlichen Gesundheitsdienstes erfolgt überwiegend (zu 60%) aus Steuermitteln. Der Rest wird durch Sozialversicherungsbeiträge, die größtenteils von den ArbeitgeberInnen bezahlt werden, sowie durch erhebliche Selbstbeteiligungen aufgebracht.

Das Gesundheitswesen ist in fünf Regionen und 18 Subregionen lokal unterteilt; die regionalen Gesundheitsdienste sind für die Organisation der ambulanten Versorgung und für die Koordination mit den privaten Versorgern – auf die der staatliche Gesundheitsdienst mangels ausreichender Kapazitäten noch immer angewiesen ist – und den Spitälern (die getrennt verwaltet werden) zuständig. Wegen der ungenügenden Kapazitäten im staatlichen Gesundheitsdienst gibt es eine wachsende Zahl von privaten Ambulatorien, die zum Teil Verträge mit dem staatlichen Gesundheitsdienst besitzen, zum Teil aber privat bezahlt werden müssen.

Der überwiegende Teil der Spitäler wird vom Staat betrieben. Die privaten Spitäler sind etwa zur Hälfte gemeinnützig, zur anderen Hälfte gewinnorientiert. Die gemeinnützigen privaten Spitäler werden von *Misericordias*, einer nationalen karitativen Organisation betrieben, die vor der Einführung des staatlichen Gesundheitsdienstes die meisten Spitäler verwaltet hatte. Die stationäre Versorgung in öffentlichen Krankenhäusern ist kostenlos. Werden Privatkliniken innerhalb der Sozialversicherung in Anspruch genommen, so können die Versorgungsleistungen lediglich bis zur Höhe der Preise für dieselben Leistungen in öffentlichen Spitälern rückerstattet werden; höhere Kosten werden nur dann rückerstattet, wenn die benötigten Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern nicht zur Verfügung stehen. Diese Auflagen führen zu einem variablen Eigenanteil der PatientInnen zwischen 10% und 50%.

Das Hauptziel der Gesundheitsreformen der Jahre 1990 und 1993 bestand darin, private Versorgungsleistungen, die als qualitativ hochwertiger gelten, in das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem zu integrieren. Dabei wird eine „Auslagerung“ von Versorgungsleistungen an private Leistungserbringer angestrebt; dies gilt insbesondere für technologisch hochentwickelte Leistungen, z.B. in Laboratorien und in der Radiologie.

Die Gewerkschaften im Gesundheitsbereich haben in den letzten Jahren immer wieder gemeinsame Proteste gegen die Gesundheitsreformen organisiert. Im Sommer 1997 entstand eine öffentliche Diskussion über die Privatisierung von Krankenhäusern, bei der sich die Gewerkschaften mit lautstarken Protesten zu Wort meldeten. Sie befürchteten Verschlechterungen im Bereich der Dienstverträge und der allgemeinen Arbeitsbedingungen und verwiesen auf die negativen Auswirkungen der Gesundheitsreform in Großbritannien. 1999 kam das portugiesische Gesundheitssystem erneut unter Druck. Diesmal war es die Gewerkschaft des Krankenpflegepersonals, die sich gegen die unterdurchschnittliche Bezahlung im Verhältnis zu den langen Ausbildungszeiten und gegen unbefriedigende Lohnabschlüsse wehrte. In Zuge einer Debatte über die Privatisierung kommunaler Aufgaben kam zuletzt auch die Privatisierung der Gesundheitsversorgung wieder ins Gespräch. Befürchtet wird eine weitere Verschlechterung in der Versorgung für die PatientInnen, zum Beispiel im Bezug auf Wartezeiten für Operationen, aber auch der Verlust des Beamtenstatus für die Angestellten im Gesundheitssektor.

2.14. Schweden

In Schweden hat die gesamte Bevölkerung Zugang zu einem reichhaltigen Angebot an Gesundheitsleistungen. Das Nationale Sozialversicherungsinstitut verwaltet das Sozialversicherungssystem, bei dem die gesamte schwedische Bevölkerung und alle in Schweden ansässigen AusländerInnen pflichtversichert sind. Private Krankenversicherungen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Die Erbringung und Finanzierung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen ist in Schweden überwiegend Aufgabe der öffentlichen Hand. Für die Gesundheitsversorgung tragen die 23 Provinziallandtage nicht nur die Verantwortung, sondern auch den größten Teil (ca. 65%) der Gesundheitsausgaben über die Einkommensteuer. Der Rest wird durch eine Kombination aus staatlichen Beihilfen (10%), der Sozialversicherung mit staatlichen Beihilfen (18%), Privatversicherungen (3%) und Direktzahlungen der PatientInnen für Medikamente und zahnärztliche Versorgung (4%) finanziert. Es besteht keine Möglichkeit, sich ausschließlich privat zu versichern, wodurch der Gedanke der Solidarität besonders stark ausgeprägt ist.

Der BIP-Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben liegt mit 7,9% etwa im europäischen Durchschnitt.

Das schwedische Gesundheitswesen befindet sich derzeit allerdings in einem tiefgreifenden strukturellen und organisatorischen Wandel. Während die politischen Prioritäten früher bei der Dezentralisierung, der Lenkung der Gesundheitsplanung auf Provinzebene und der Stärkung der Grundversorgung lagen, steht nun die Marktorientierung im Vordergrund. Ein interner Markt, der 1993 von den ersten 13 Provinziallandtagen eingerichtet wurde, führte zu einer liberaleren Gesundheitsfinanzierung und zu Leistungsvereinbarungen. Das Hauptziel der Reform bestand in der Effizienzsteigerung bei der Leistungserbringung, einer größeren Auswahl für die VerbraucherInnen und einer Verkürzung der Wartelisten. Negative Begleiterscheinungen blieben jedoch nicht aus: Während viele Jahrzehnte lang größter Wert auf Gleichbehandlung gelegt wurde, gibt es mittlerweile erste Hinweise auf Unterschiede im Gesundheitszustand bei den Angehörigen der verschiedenen sozialen Schichten.

2.15. Spanien

Spanien arbeitet seit 1986 am Aufbau eines staatlichen Gesundheitssystems (*Sistema Nacional de la Salud - SNS*), von dem 1997 bereits 98,5% der Bevölkerung erfasst waren. 93% sind pflichtversichert, 1% (die NiedrigstverdienerInnen) erhält staatliche Beihilfen, und für 4,5% – überwiegend öffentliche Bedienstete – gilt ein spezifisches Versicherungssystem. Etwa 17% der SpanierInnen besitzen eine zusätzliche freiwillige Privatversicherung. Die gesamten Gesundheitsausgaben liegen in Spanien mit 7,7% des BIP etwas unter dem EU-Durchschnitt.

Mit der Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes hat sich die Finanzierung des Gesundheitssystems in Spanien weg vom *Bismarck-Modell* und hin zum *Beveridge-Modell* geändert. Heute erfolgt 80% der Finanzierung durch Steuergelder, 18% stammen aus einkommensbezogenen Sozialversicherungsbeiträgen an die Krankenkassen und der Rest wird durch private Versicherungen finanziert. Innerhalb des SNS sind für Medikamente, zahnärztliche Leistungen und medizinische Geräte Zuzahlungen von bis zu 32% zu leisten.

In Spanien erfolgt die Grundversorgung wie auch die stationäre Versorgung weitgehend durch den öffentlichen Sektor. 1994 befanden sich 69% der Spitalsbetten in Krankenhäusern mit öffentlicher Trägerschaft.

Die Gesundheitsreform von 1986 führte zu weitreichenden Veränderungen bei der Finanzierung und Erbringung von gesundheitlichen Versorgungsleistungen, was zu einem beachtlichen Anstieg der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem führte. Wichtigste Ziele der Reform waren die Ausweitung der gesetzlichen Sozialversicherung auf die gesamte Bevölkerung und die Vollendung des Dezentralisierungsprozesses. Langfristig sollen die öffentlichen Gesundheitszentren zu autonomen öffentlichen Unternehmungen werden. Die Effizienz in der Leistungserbringung gibt jedoch weiterhin Anlass zur Besorgnis. Es gibt lange Wartelisten und die Ausgaben steigen unkontrolliert an. Von ReformkritikerInnen wird insbesondere die Öffnung der Angebotsseite für nicht-staatliche Träger und Anbieter, und damit ein drohender Kontrollverlust des Staates, kritisiert.

Die Entwicklung der Gesundheitskosten bereitet dem spanischen Sozialsystem enorme finanzielle Probleme. Um diese Kosten zu senken, wird auch hier über eine Reduzierung der Leistungen und über die Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Versicherung nachgedacht.

3. Schlussfolgerungen

Die Diskussionen um Gesundheitsreformen in den EU-Staaten bewegen sich im Spannungsfeld zwischen solidarischer Finanzierung und Marktorientierung. Einig ist man sich darüber, dass die demographischen Veränderungen und der technologische Fortschritt die Gesundheitssysteme in den nächsten Jahrzehnten bis zur Unfinanzierbarkeit verteuern könnten. Uneinigkeit herrscht allerdings darüber, wie und im welchem Ausmaß bereits jetzt gegengesteuert werden muss.

In vielen europäischen Staaten lassen sich bei den Gesundheitsreformen ganz ähnliche Muster erkennen. So etwa gehört die Föderalisierung von Finanzierung und Leistungsangeboten zu den gängigsten Rezepten. Immer stärker setzen sich auch die leistungsorientierte Finanzierung der stationären Einrichtungen und moderne Managementstrukturen in der Krankenversorgung durch. Allerdings stecken hinter den meisten Aussagen über „Strukturreformen“ und „Qualitätssicherung“ schlicht und einfach reale Einsparungen, die letztendlich zu Lasten der PatientInnen gehen.

Einige Staaten versuchen, die öffentlichen Haushalte durch – einen meist beschränkten – Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungen und Leistungsanbietern zu entlasten (z.B. Großbritannien, Irland, Niederlande). Als Ergebnis dieser Entwicklung stiegen die Gesundheitskosten der privaten Haushalte in einigen Ländern stark an – besonders im Bereich der Selbstbehalte für Medikamente, stationäre Behandlungen und zahnärztliche Versorgung.

Die europaweit agierenden privaten Versicherungskonzerne profitieren von den nicht enden wollenden Diskussionen um die Finanzierungsprobleme der staatlichen Gesundheitssysteme; gleichzeitig sinkt auch das Vertrauen der PatientInnen in das öffentliche Gesundheitssystem.

4. Internetlinks

4.1. Gesundheitsbehörden

Belgien	www.belgium.fgov.be
Dänemark	www.sum.dk
Deutschland	www.bmggesundheits.de
Finnland	http://www.vn.fi/stm/english/
Frankreich	www.sante.gouv.fr
Griechenland	www.mfa.gr
Großbritannien	www.open.gov.uk/doh/dhhome.htm
Irland	www.doh.ie
Italien	www.sanita.it
Luxemburg	www.gouvernement.lu/gouv/fr/gouv/minist/sant.html
Niederlande	www.minvws.nl
Österreich	www.bmsg.gv.at
Portugal	www.infocid/o_10.htm
Schweden	www.sb.gov.se/infor_rosenbad/departement
Spanien	www.msc.es

4.2. Weitere Links

Gesundheitsseite des <i>Guardian</i>	http://society.guardian.co.uk/health/
The European Public Health Alliance	http://www.epha.org/
UK Public Health Knowledge	http://www.public-health.com/
WHO Regionalbüro für Europa	http://www.who.dk/
The European Public Health Association	http://www.eupha.org/
European Health Management Association	http://www.ehma.or
GESIS - Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen	http://www.social-science-gegis.de/
Österreichische Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften und Public Health	http://www.oeph.at/
Association Internationale de la Mutualité (AIM) – Internationale Vereinigung der sozialen Krankenversicherer auf Gegenseitigkeit	http://www.aim-mutual.org
Österreichische Ärztekammer	http://www.aek.or.at/internationales.html
Klinikkonzerne in Deutschland	www.rhoen-klinikum-ag.com www.helios-kliniken.de www.asklepios.com www.sana.de
MISSOC (Gegenseitiges Informationssystem der sozialen Sicherheit in den Mitgliedstaaten der EU und des EWR)	http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2001/index_de.htm
Institut für Höhere Studien – Health System Watch	http://www.ihs.ac.at/index.php3?id=360