

Sommerakademie: Krankenversicherungen und Gesundheitssysteme in
Europa

Diploma Hochschule
07. Juli 2022
Dozent: Dr. Thomas Schneider, M.A., M.E.S.

Inhalt

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

2.1. Gesundheitssysteme im Vergleich

2.1.1 Arten von Gesundheitssystemen

2.1.2. Vergleichsindikatoren

2.2. Die Schwedische Krankenversicherung

2.2.1. Die Geschichte

2.2.2. Die Struktur

2.2.3. Die Finanzierung

2.2.4. Die Zukunftsaussichten

2.3. Die Niederländische Krankenversicherung

2.3.1. Die Geschichte

2.3.2. Die Struktur vor 2006

2.3.3. Die Struktur nach 2006

2.3.4. Die Finanzierung

2.3.5. Die Zukunftsaussichten

2.4. Die europäische Gesundheitspolitik

2.4.1. Die Geschichte

2.4.2. Die offene Methode der Koordinierung in der EU

2.4.3. Die Zukunftsaussichten

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

- man versteht unter dem Wohlfahrtsstaat in Europa seit dem Ende des 19. Jahrhunderts einen **staatlichen Akteur, der durch regulierende und gestaltende Eingriffe in das wirtschaftliche und gesellschaftliche Leben** versucht soziale Sicherheit zu schaffen und auf die Verteilung von individuellen Lebenschancen Einfluss zu nehmen
- die Wohlfahrtsstaaten bestehen in der Regel aus zwei Gruppen von sozialpolitischen Instrumenten. Zum einen aus dem **Systemen der sozialen Sicherung** und zum anderen aus den **individuellen und kollektiven Arbeitnehmerrechten**
- die sozialen Sicherungssysteme in der Europäischen Union (EU) der 28 Mitgliedsstaaten unterscheiden sich im wesentlichen durch die **Art der Finanzierung, dem Prinzip der Leistungsgewährung, dem Ausmaß der Geschlechtergleichheit und der Höhe der Leistungen**
- aufgrund der **verschiedenen soziökonomischen Strukturen und Interessenlagen** haben sich in den einzelnen europäischen Mitgliedsstaaten **unterschiedliche Wohlfahrtssysteme herausgebildet**

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

- besonders bei den **individuellen und kollektiven Arbeitnehmerrechten** weisen die 28 europäischen Mitgliedsstaaten ein **sehr differenziertes Regulierungsniveau** aus
- insgesamt muss in der Wohlfahrtspolitik immer die Balance zwischen der Ökonomie und der Politik gefunden werden
- es gibt in allen **28 EU-Mitgliedsstaaten** ein **öffentliches soziales Sicherungssystem, das durch private Elemente ergänzt wird**
- diese **privaten Akteure** sind meistens im Bereich der **Leistungsanbieter** zu finden, die **Absicherung individueller Risiken** erfolgt somit **überall kollektiv**
- allerdings lassen sich überall auch **Elemente der privaten Vorsorge** finden, da das **öffentlich angebotene Leistungsniveau in vielen EU-Staaten nicht sehr hoch ist**
- in allen **28 EU-Staaten ist ein breiter Bereich an Sozialpolitikfeldern abgedeckt**, dazu gehören die Absicherung bei dem Einkommensverlust aufgrund vom Alter, Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Arbeitslosigkeit, der Geburt von Kindern, die Pflege, aktive Arbeitsmarktpolitik, Rehabilitation und Kuren, die Bildung und viele Leistungen in der Familienpolitik

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

- die **Unterschiede zwischen den Wohlfahrtssystemen überwiegen** bei weitem ihre Gemeinsamkeiten und machen eine zukünftige Europäische Sozialpolitik sehr schwierig
- wenn man die **Ausgaben** der einzelnen europäischen Mitgliedsstaaten für die soziale Sicherung betrachtet, konnte man im Jahre 2004 feststellen, dass in Deutschland 23% aller **Sozialausgaben** der EU-25 ausgegeben wurden
- seit 1994 kann man bei sehr vielen **EU-Staaten eine Absenkung der Sozialausgaben am BIP feststellen**. Das hing vor allem mit den ökonomischen Problemen in einigen EU-Mitgliedsstaaten zusammen
- die **höchsten Ausgabenanteile innerhalb der Sozialausgaben** entfallen bei dem meisten EU-Mitgliedsstaaten auf die **Bereiche Alterssicherung und Gesundheit**
- in Großbritannien, Belgien, Tschechien, der Slowakei und Dänemark ist hingegen die **Arbeitsmarktpolitik sehr stark**
- in Polen, Litauen, Lettland und Portugal kann man zusätzlich auch noch eine sehr **große Ungleichverteilung der Einkommen** feststellen

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

- bei der **Finanzierung** kann man im wesentlichen zwei **Konzepte** unterscheiden:
 1. wenn eine **umfassende Einbeziehung der gesamten Bevölkerung** in die sozialen Sicherungssysteme geplant ist, wird die **Finanzierung der Einnahmen meistens über Steuermittel sichergestellt**
 2. wenn allerdings nur die **Umverteilung innerhalb der jeweils betroffenen Bevölkerungsgruppe angestrebt** wird, findet man eher das **Versicherungsprinzip** vor
- das **Versicherungsprinzip über Beiträge** wird vor allem in Spanien, Österreich, Deutschland und Lettland angewendet
- in Finnland und Frankreich ist der **Arbeitgeberbeitrag zu der jeweiligen Versicherung deutlich höher als der Arbeitnehmeranteil**
- die rumänische und bulgarische Sozialversicherung ist stark an das deutsche Modell angelehnt
- zu den **hauptsächlich steuerfinanzierten Systemen** zählen Irland, Dänemark und Zypern, auch in Malta sowie in Irland gibt es eine Steuerfinanzierung

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

- in **Griechenland** haben wir eine **Mischfinanzierung** aus jeweils einen Drittel Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen sowie aus allgemeinen Steuermitteln
- in Italien, Polen, Schweden, Finnland und Großbritannien finden wir eine Mischfinanzierung vor
- in **Schweden** besteht sie aus **Steuern und Beiträgen**
- in den **meisten europäischen Mitgliedsstaaten** ist der **Staat der wichtigste Akteur** und die nationale Ebene die wichtigste Entscheidungsinstanz
- besonders in Deutschland, Österreich, Tschechien, Frankreich, Großbritannien, Irland, Portugal und Griechenland ist der Nationalstaat in der Wohlfahrtspolitik der entscheidende Akteur
- in den **Niederlanden und Belgien** ist der **Einfluss des Nationalstaates eher im mittleren Bereich**
- in Spanien setzt der Nationalstaat sogar nur den Rahmen
- in Österreich und Frankreich hat der Nationalstaat die Verwaltung der Sozialkassen an die unteren Ebenen delegiert

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

- in Norwegen ist alleine die nachgeordnete Ebene für die Wohlfahrtspolitik zuständig
- in Schweden, Finnland, Polen gibt es sogar eine gemeinsame Verantwortung vom Nationalstaat und den nachgeordneten Ebenen in der Wohlfahrtspolitik
- in Schweden hat sogar die Gewerkschaft die Kompetenz für die Arbeitslosenversicherung
- die nachgeordneten Ebenen sind vor allem für die Bereiche Armut, Sozialwesen, Gesundheit und Bildung zuständig
- im Gesundheitswesen wird durch diese Ebene meistens die Grund- und Erstversorgung hergestellt
- in Polen, Dänemark, Spanien und Belgien sind die nachgeordneten Ebenen sogar alleine für die Bildungspolitik zuständig
- die Privaten Akteure werden vor allem in Malta, den Niederlanden und der Slowakei sehr aktiv

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

- in Tschechien, Litauen, Zypern, Spanien und Frankreich haben die privaten Akteure eher einen mittleren Einfluss
- die **privaten Akteure bieten meistens Zusatzangebote in den Bereichen Rente und Gesundheit an**
- in Österreich gibt es auch im Bereich des Sozialwesens private Anbieter
- auch die Familien sind in Griechenland, Irland, Österreich, Portugal, Spanien, Litauen und Tschechien wichtige Akteure im Wohlfahrtssystem
- in allen 28 EU-Staaten ist ein gewisses Maß an kollektiver Verantwortung gerade im Finanzierungsbereich ersichtlich
- dabei lassen sich besonders zwei generelle Leitmotive in den einzelnen EU-Staaten finden:
 1. das ist zum einen das Motiv **nachsorgend-kollektiv** zu sein, wie wir es zum Beispiel Deutschland kennen und
 2. das Motiv **vorsorgend-individuell** zu sein

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

- das **erste Motiv** finden wir auch noch in Frankreich, Österreich, Italien, Griechenland und Portugal
- das **zweite Motiv** ist hingegen eher in Polen, Griechenland, Ungarn und Irland
- auch bei den Leitmotiven finden wir wieder **Mischformen** wie zum Beispiel in Schweden, Finnland, Dänemark, Belgien und Lettland, wo das Leitmotiv vorsorgend-kollektiv ist
- in **Spanien** ist das Leitmotiv eher **individuell-nachsorgend**
- im Bezug auf die Leistungsniveaus kann man die beiden Ziele **Statuserhalt oder nur Mindestabsicherung** unterscheiden
- gerade in Deutschland, Österreich, Italien, Griechenland, Portugal, Irland, Lettland, Malta und Zypern wird versucht den Status bei der Leistungsgewährung zu erhalten
- eine **universelle Mindestsicherung** gibt es hingegen eher in Spanien und Großbritannien

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

- in Schweden, Finnland und Frankreich wird hingegen ein **universeller Stuserhalt** angestrebt
- in **Polen** finden wir sogar eine **bedürftigkeitsgeprüfte Mindestabsicherung** vor
- man sieht in der Tabelle auf der nächsten Seite, dass sich in **Europa die meisten Wohlfahrtsstaaten über eine Sozialversicherung finanzieren**, der **Nationalstaat der wichtigste Akteur ist** und die meisten **Systeme nachsorgend-kollektiv sind**

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

	Finanzierung	entscheidender Akteure	Leitmotive
Belgien	Sozialversicherung	nachgeordnete Ebene	nachsorgend-kollektiv
Bulgarien	Sozialversicherung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv ⁴⁵
Dänemark	Steuerfinanzierung	Nationalstaat	vorsorgend-kollektiv
Deutschland	Sozialversicherung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv
Estland	Sozialversicherung	Nationalstaat	individuell-nachsorgend
Finnland	Mischfinanzierung	beides	vorsorgend-kollektiv
Frankreich	Sozialversicherung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv
Griechenland	Mischfinanzierung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv
Großbritannien	Mischfinanzierung	Nationalstaat	vorsorgend-individuell
Italien	Mischfinanzierung	nachgeordnete Ebene	nachsorgend-kollektiv
Irland	Steuerfinanzierung	Nationalstaat	vorsorgend-individuell
Litauen	Mischfinanzierung	Nationalstaat	individuell-nachsorgend
Lettland	Sozialversicherung	beides	vorsorgend-kollektiv
Luxemburg	Mischfinanzierung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv
Malta	Steuerfinanzierung	nachgeordnete Ebene	individuell-nachsorgend
Niederlande	Sozialversicherung	nachgeordnete Ebene	vorsorgend-kollektiv
Österreich	Sozialversicherung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv

1. Der Wohlfahrtsstaat in Europa

Polen	Mischfinanzierung	beides	vorsorgend-individuell
Portugal	Mischfinanzierung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv
Rumänien	Sozialversicherung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv ⁴⁶
Schweden	Mischfinanzierung	beides	vorsorgend-kollektiv
Slowakei	Sozialversicherung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv
Slowenien	Sozialversicherung	beides	nachsorgend-kollektiv
Spanien	Sozialversicherung	nachgeordnete Ebene	individuell-nachsorgend
Tschechien	Sozialversicherung	Nationalstaat	individuell-nachsorgend
Ungarn	Mischfinanzierung	beides	vorsorgend-individuell
Zypern	Steuerfinanzierung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv
Insgesamt	13 Sozialversicherung 10 Mischfinanzierung 4 Steuerfinanzierung	16 Nationalstaat 6 beides 5 nachgeordnete Ebene	13 nachsorgend-kollektiv 5 vorsorgend-kollektiv 5 individuell-nachsor- gend 4 vorsorgend-individuell
Dominantes Modell in EU	Sozialversicherung	Nationalstaat	nachsorgend-kollektiv

Quelle: selbst erstellt auf dem Daten des Buches: Schubert, Klaus, Hegelich, Simon, Bazant, Ursula, Europäische Wohlfahrtssysteme, Ein Handbuch, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008, S. 637, S.636, S. 642.

2.1. Gesundheitssysteme im Vergleich

2.1.1. Arten von Gesundheitssystemen

1. Private Krankenversicherungssysteme (z.B. in der USA und den Niederlanden)
2. Staatliche Krankenversicherungssysteme („Beveridge Modell“) z.B. in Großbritannien, Schweden
3. Soziale Krankenversicherung („Bismarck Modell“) z.B. in Deutschland, Frankreich, Österreich, Japan

2.1.1. Arten von Gesundheitssystemen

	„Beveridge“ - Modell: Natio- naler Gesund- heitsdienst	„Bismarck“ - Mo- dell: Soziale Kran- kenversicherung	Privatversicherung
(1) Verwaltung	Prinzip der staat- lichen Verwaltung	Prinzip der Selbst- verwaltung	Prinzip freier unter- nehmerischer Betäti- gung
(2) Prämien- bzw. Bei- tragskalkula- tion	Versorgungsprin- zip	Versicherungs- und Solidaritätsprinzip	Versicherungsprinzip (Äquivalenzkalkulati- on)
(3) Finanzierung	Steuerfinanzie- rung	Beitragsfinanzie- rung	Überwiegend private Finanzierung
(4) Anspruch	Sachleistungs- prinzip	Sachleistungs- oder Kostenerstattungs- prinzip	Überwiegend Kosten- erstattungsprinzip
(5) Leistungs- erbringung	Öffentliche Leis- tungserbringung	Private /öffentliche Leistungserbrin- gung	Überwiegend private Leistungserbringung

2.1.2. Vergleichsindikatoren

- Input in ein Gesundheitssystem lässt sich anhand des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP feststellen
- noch aussagekräftiger sind die Gesundheitsausgaben eines Landes pro Kopf der Bevölkerung
- der Gesundheitszustand der Bevölkerung lässt sich durch die „invaliditätsbereinigte durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren“ messen
- neben dieser In- und Outputanalyse sollte man sich auch immer die demographischen Rahmenbedingungen des jeweiligen Landes genau anschauen
- als Vergleichsindikatoren dienen dabei die Bevölkerungszahl, die Alters- und Geschlechterstruktur, die Zahl der Geborenen und Verstorbenen und die Arbeitslosenrate

2.1.2. Vergleichsindikatoren

- zu den weiteren zentralen Analyseparametern eines Ländervergleichs zählen:
- die Grundstruktur des Gesundheitssystems
- die Mittelaufbringung im Gesundheitswesen
- die Leistungserbringung und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung
- die Mittelverwendung und Vergütung der Leistungserbringer
- die Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung
- der Wettbewerb
- die Eigenverantwortung der Patienten
- die Zufriedenheit der Bevölkerung

2.2. Die Schwedische Krankenversicherung

2.2.1. Die Geschichte

- es gab **1955** zum ersten mal in Schweden einen **Krankenversicherungspflicht**
- im Jahre **1970** wurden dann die Krankenhausärzte durch die **Sieben-Kronen-Reform** zu öffentlichen Angestellten
- es folgte 1985 die **Dagmar-Reform**, dadurch konnte die Landstring Verträge mit dem in einer eigenen Praxis tätigen Ärzten abschließen
- durch die **Ädel-Reform von 1992** sollte die Fehlbelegung von Krankenhausbetten eingedämmt werden
- in den **90er Jahren** wurden in Schweden auf nationaler Ebene **Priorisierungen** vorgenommen.
- im **Oktober 2002** folgte eine **Pharmaceutical Benefits Reform**
- die Regierung führte Ende **2005** eine **Behandlungsgarantie** ein

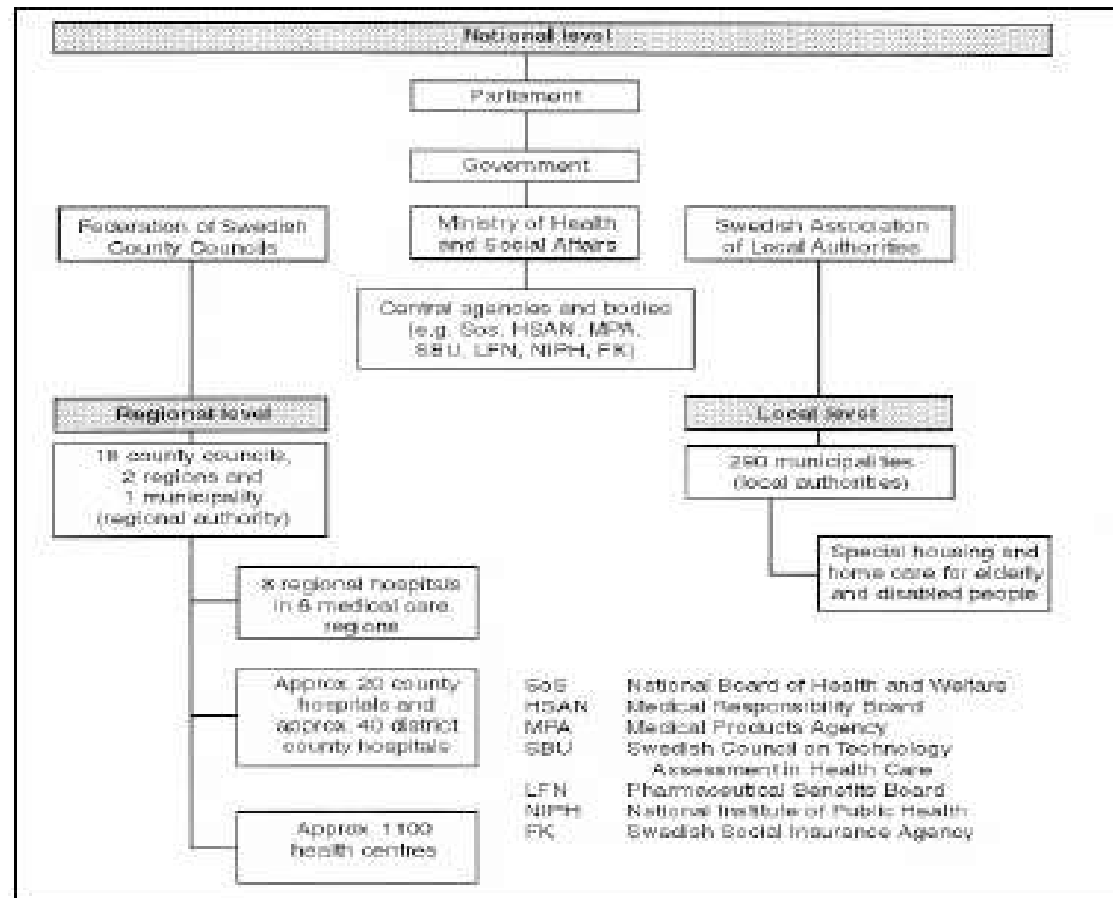
2.2.2. Die Struktur

- Schweden zeichnet sich durch ein **rein staatliches Gesundheitssystem** aus
- der **Staat legt** in Schweden **nur die Grundsätze** für die Gesundheitsversorgung **fest**
- das zentrale Beratungs- und Aufsichtsorgan der Regierung im Gesundheits-bereich ist das **Zentralamt für Gesundheits- und Sozialwesen**
- die **Medical Products Agency (MPA)** ist für die **Arzneimittelzulassung** zuständig
- die neuste Behörde ist die **Swedish Association of Local Authorities and Regions**
- in Schweden gibt es eine **allgemeine Krankenversicherung für alle Bürger**
- es wird für **alle Einwohner die gleiche Grundabsicherung** angeboten
- alle Leistungen werden als **Sachleistungen** erbracht

2.2.2. Die Struktur

- lediglich **3% der schwedischen Bevölkerung** nutzen die **privaten Versicherungen** zur zusätzlichen Risikoabdeckung
- die **Gesundheits- und Krankenpflege** erfolgt über **3 Ebenen**, der **primären Krankenpflege, der Provinzial und Regionalkrankpflege**
- alle schwedischen **Unternehmen mit mehr als 150 Beschäftigten** sind dazu **verpflichtet** einen **betriebsärztlichen Dienst** aufzubauen
- für die **ambulante und stationäre Versorgung** sind die **Provinziallandtage** **verantwortlich**
- es gibt in **Schweden 65 Krankenhäuser** von denen **9 Regionalkrankenhäuser** sind
- im Jahre **2005 gab es 27.000 Ärzte** in Schweden
- am **1. Januar 1971** wurden dann die **schwedischen Apotheken verstaatlicht**

2.2.2. Die Struktur



Quelle: Glenngard, H. Anna, Hjalte, Frida, Svensson, Marianne, Anell, Anders, Bankauskaite, Vaida, Health Systems in Transition: Sweden, Kopenhagen 2005, S. 19.

2.2.2. Die Struktur

- es existiert eine **Positivliste** die etwa **6000 Arzneimittel** umfasst
- es **gibt in Schweden eine Versicherung** gegen die **negativen Folgen von Medikamenten**
- die **Patienten sind in Schweden durch eine verschuldungsun-abhängige Patientenschadenversicherung abgesichert**
- es gibt in **Schweden ein Zentralamt für Patientenbeschwerden**, was gerichtsähnliche Züge hat

2.2.3. Die Finanzierung

- in Schweden werden ungefähr **9% des Bruttoinlandproduktes (BIP)** für die **Gesundheitsversorgung ausgegeben**
- die **Totalkosten** für das schwedische Gesundheitswesen betragen **2003 etwa 226 Milliarden SEK** (dass entspricht etwa **24 Milliarden Euro**)
- die **Gesamtausgaben für Gesundheit** werden zu **71% aus Steuern**, zu **16% aus staatlichen Beihilfen**, zu **3% aus Patientengebühren** sowie der Rest aus anderen Beiträgen finanziert
- die **Provinziallandtage** tragen etwa **70% aller Gesundheitsausgaben**
- die **Provinziallandtage** decken ihre Kosten durch die Erhebung von direkten Einkommensteuern in Höhe von momentan **10% des Gehaltes**
- für einen **Arztbesuch** in einem **Gesundheitszentrum** werden etwa **100 bis 150 SEK** fällig
- **jeder Patient** muss in Schweden **80 SEK pro Krankenhaustag** zuzahlen

2.2.4. Die Zukunftsaussichten

- gerade auch die **Wahlmöglichkeiten** sollten für die einzelnen **schwedischen Bürger verbessert** werden
- die **Erhöhung der Effizienz** und die **Verbesserung der Qualität** gehören damit zu den Kernzielen des schwedischen Systems
- da das **schwedische System sehr stark staatlich geprägt** ist lässt es sich **einfacher steuern** als das deutsche System
- bis **2013** werden die **Gesundheitskosten auf 13 Prozent des BIP ansteigen**
- wenn die **Dezentralisierung im Gesundheitswesen** auch in Zukunft erhalten bleiben soll, muss die **Anzahl der Country Councils auf fünf oder sechs reduziert werden**

2.3. Die niederländische Krankenversicherung

2.3.1. Geschichte

- **1941** wurde von den deutschen Besatzern eine **Pflichtkrankenversicherung** in den Niederlanden **eingeführt**
- im Jahre **1964** wurde das **Ziekenfondswet** (Zfw) beschlossen
- **1968** wurde dann das Allgemeine Gesetz über besondere Krankheitskosten (**AWBZ**) erlassen
- **1986** wurde die **Rentner** in den Niederlanden zu **freiwilligen Mitgliedern** in der **Krankenversicherung**, es wurde eine **Ausgleichsabgabe für die Privatversicherten** eingeführt
- im Zuge des „**Simons-Plan**“ von **1992** wurde auch die freie Kassenwahl möglich
- am **1.1.2006** wurde in den Niederlanden durch das **Gesundheitsversicherungsgesetz** (ZVW) die gesetzliche und private Krankenversicherung zu einem einheitlichen System zusammengelegt

2.3.2. Die Struktur vor 2006

- seit **1991** gibt in den Niederlanden **eine Positivliste** von Präparaten
- seit **1994** wurden durch die Zfw **keine Kosten mehr für anthroposophische Arzneimittel, Brillen, kosmetische Operationen und Kuren übernommen**
- die **niederländischen Krankenversicherer** haben seit **1994** das **Recht Selektivverträge mit Ärzten und Apothekern abzuschließen**
- seit dem 1. Januar 1995 wurde die **zahnmedizinische Versorgung der über 19-jährigen nicht mehr durch die Krankenversicherung bezahlt**
- in den Niederlanden ist der **Internethandel von Medikamenten** erlaubt, seit **2000** bei der Firma **DocMorris** Medikamente im Internet bestellen
- es gibt in den Niederlanden etwa **1750 Apotheken**
- im Jahre **2002** gab es **27.100 Ärzte** in den Niederlanden
- am **31. Dezember 2005** waren **15,8 Millionen Personen** in den Niederlanden **krankenversichert**

2.3.2. Die Struktur vor 2006

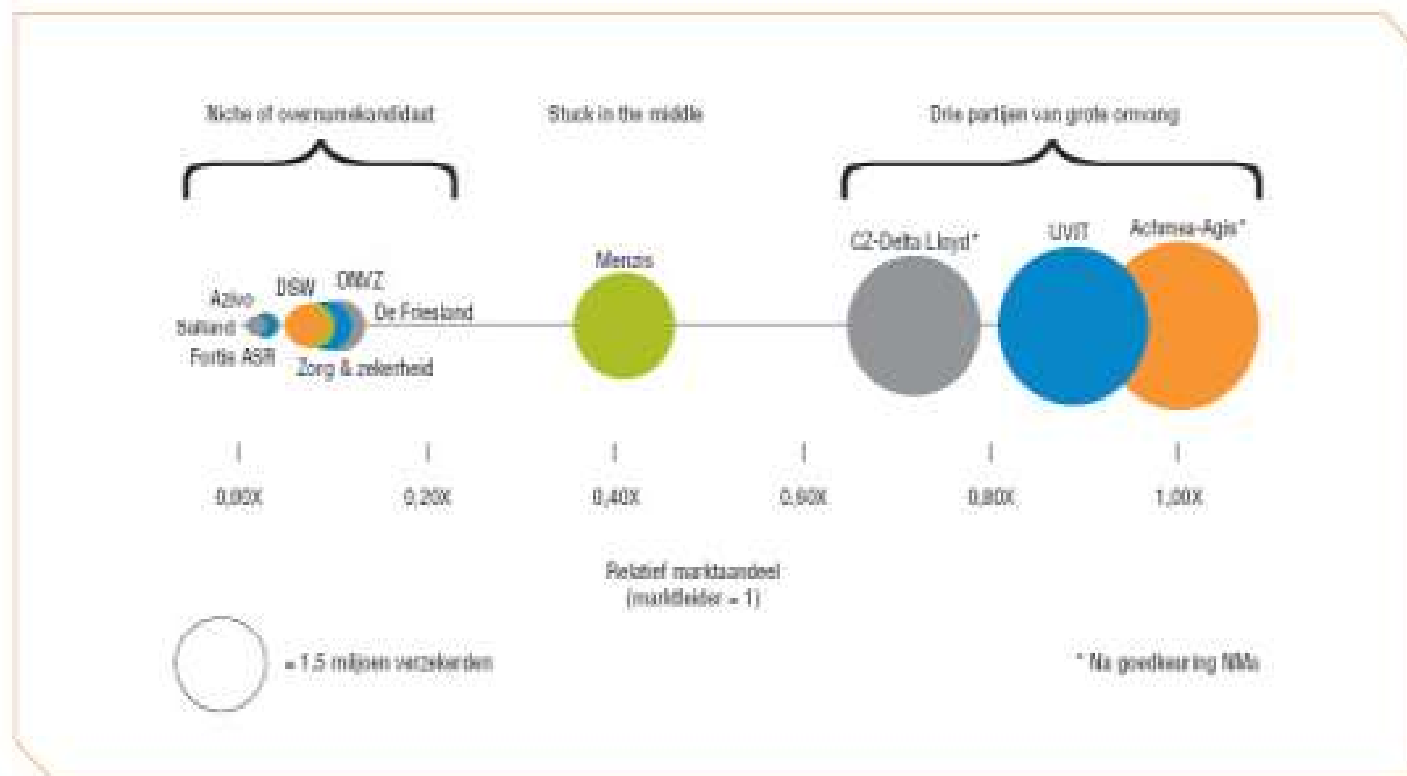


Quelle: Greß, Stefan, Manouguian, Maral, Wasem, Jürgen, Krankenversicherungsreform in den Niederlanden: Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland?, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Essen 2006, S. 7.

2.3.3. Die Struktur nach 2006

- seit dem **1. Januar 2006** wurde für die **gesamte Wohnbevölkerung eine Pflichtmitgliedschaft in der Basisversicherung** eingeführt, Zusammenlegung ZFW und PKV
- nach der Reform von **2006**, wo das System fast vollständig privatisiert wurde, ist die **Regierung** jetzt nur noch für die **Regelung des Zugangs zu den Leistungen**, den **Leistungskatalog** und die **Sicherstellung der Qualität zuständig**
- die **Krankenversicherer** sind letztendlich für die **Sicherstellung der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten** da
- die **privaten Versicherungsgesellschaften dürfen Gewinne erwirtschaften** und der **Markt für neue Anbieter ist jederzeit offen**
- im **niederländischen Krankenversicherungsmarkt von 2008** existierten noch **vier große Konzerne** und **10 kleine Krankenversicherer**

2.3.3. Die Struktur nach 2006



Quelle: Atos-Consulting (2007): De Zorgverzekeraar: Als een vis in't water?! White paper: Onderzoek naar die toekomstscenario's van de zorgverzekeringsmarkt, Abb 3

2.3.3. Die Struktur nach 2006

- durch die **AWBZ** sind die **großen Risiken** wie z.B. die Kosten für eine schwere oder chronische Krankheiten **abgesichert**
- **2007** gab in den Niederlanden **etwa 90 Krankenhäuser**
- gerade die **Prävention** wird in den Niederlanden zum Beispiel durch Reihenvorsorgeuntersuchungen stark gefördert
- es existiert ein **Health Insurance Disputes Board**
- genauso wie in Deutschland gibt es auch in den **Niederlanden** eine **soziale Ungleichheit bei der Krankheitsgefährdung**
- nicht nur in Schweden sondern auch in den **Niederlanden** gibt es **Wartezeiten**

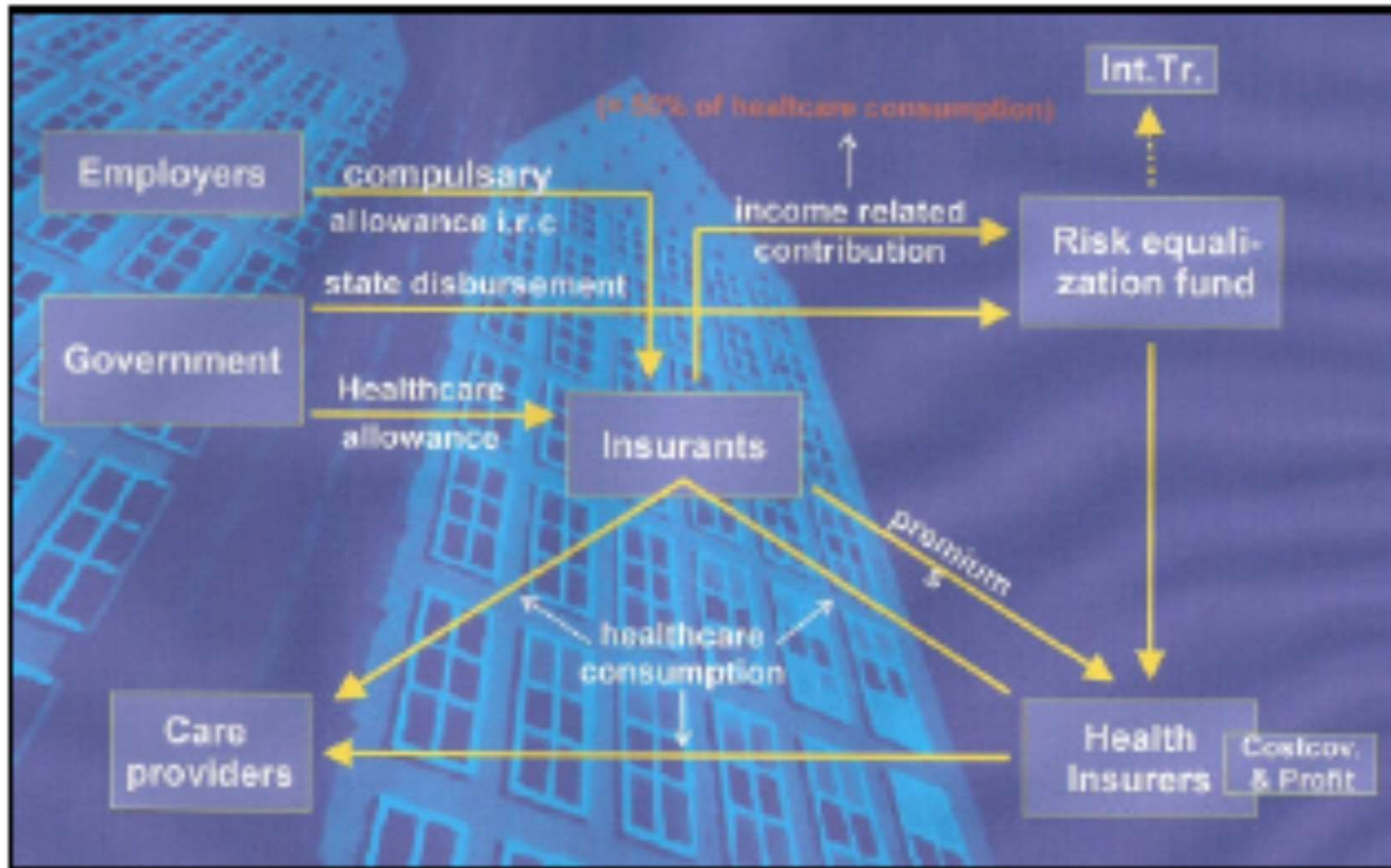
2.3.4. Die Finanzierung

- im Jahre **2002** betragen die **Gesundheitskosten in den Niederlanden** etwa **9,1%** des **BIP**
- **2006** wurde in den Niederlanden etwa **48 Milliarden Euro** für die **Gesundheit** **ausgegeben**
- davon entfielen 40% der Kosten auf die AWBZ, 37% auf die Zfw, 14% auf die Privatversicherung, 5% auf dem Staat und 4% auf die Patienten
- die **Finanzierung** des ab dem **1. Januar 2006** in Kraft getretenen neuen Systems erfolgt über **Pauschal- und einkommensabhängige Versicherungsbeiträge** sowie einen **Staatszuschuss**
- durch die neue **Fifty-Fifty-Regel** wurde das **Verhältnis zwischen Pauschal- und einkommensabhängigen Versicherungsbeiträgen** neu geregelt
- die **Prämie** wird einkommensunabhängig und **ohne** eine **Risikoselektion** erhoben
alle **Kinder unter 18 Jahren brauchen die Prämie nicht zahlen**, ihre Prämie wird **aus Steuermitteln** bezahlt

2.3.4. Die Finanzierung

- falls ein Bürger Sie nicht bezahlen kann, erhält er vom Staat einen monatlichen **Gesundheitszuschuss**
- etwa **60% aller niederländischen Haushalte** haben einen Anspruch auf den **Gesundheitszuschuss**
- im Jahre **2006** betrug der **jährliche Pauschalbetrag zwischen 990 und 1.122 € pro Jahr**, **2007** ist die Prämie um etwa **9% angestiegen**
- der Rest des Beitrages wird über **einkommensabhängige Versicherungsbeiträge** finanziert
- dabei mussten im Jahre **2006 Arbeitnehmer mit einem Einkommen bis zu 30.000 € einen Beitrag von 6,5% bezahlen**
- der **Staatszuschuss** für das neue Krankenversicherungsgesetz betrug **2006 etwa 3,6 Milliarden Euro**

2.3.4. Die Finanzierung



Quelle: Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport

2.3.5. Die Zukunftsaussichten

- ein großes Problem in den Niederlanden sind die **Strukturunterschiede zwischen der Zfw und der AWBZ**
- insgesamt gesehen ist das **Finanzierungssystem** aber durch die **Staatsbeteiligung** und die **hohen Rücklagen der privaten Krankenversicherer sehr stabil**
- es besteht die **Gefahr dass die privaten Krankenversicherer eher preisorientiert**, als im Sinne der Patienten handeln werden
- in den **Niederlanden** werden vor allem durch den medizinischen Fortschritt die **Gesundheitskosten bis 2040 auf bis zu etwa 18,7 Prozent des Bruttoinlandproduktes ansteigen**

2.4. Die europäische Gesundheitspolitik

2.4.1. Die Geschichte

- das erste grenzüberschreitende Kooperationsprojekt im Gesundheits-bereich gab es im **Jahre 1958**, im **deutsch-niederländischen Grenzbereich** wurde zu dieser Zeit die **erste Euregio geschaffen**
- die **EU-Kommission** versucht schon seit **1986** durch **Aktionsprogramme** im Bereich der Gesundheitspolitik ihren Einfluss in diesen Bereich auszubauen
- durch den **Vertrag von Maastricht vom Jahre 1992** erhielt die **Gesundheitspolitik einen eigenen Titel**
- im **EG-Vertrag** wird in **Artikel 152 Abs. 5** hingegen eindeutig darauf **hingewiesen, dass die Verantwortung für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung alleine bei den Mitgliedstaaten liegt**
- für die **europaweite Zulassung von Medikamenten** ist seit **1995** die **European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA)** zuständig

2.4.1. Die Geschichte

- im Jahre **1997** betrug innerhalb der EU die **grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen** nur **0,5%** aller öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben, **heute** betragen die **Kosten etwa 1 Prozent der Ausgaben**
- im Jahre **2008** gaben **5 Prozent der Deutschen** an in den letzten 12 Monaten eine **Behandlung im Ausland** erhalten zu haben (mit privaten Auslandskrankenversicherungsleistungen), **2006** gab es **64.000 ausländische Patienten in Deutschland**
- seit dem EUGH-Urteilen Decker und Kohll aus dem Jahre **1998** haben **alle Patienten das Recht auf eine ambulante Behandlung innerhalb der EU** in den EuGH Urteilen Peerbooms/Geraets-Smits und Vanbraekel aus dem Jahre **2001** wurde festgelegt dass eine **grenzüberschreitenden stationären Behandlung von der vorherigen Genehmigung durch den Krankenversicherungsträger abhängig ist**

2.4.1. Die Geschichte

- die **Kosten für einen Krankenhausaufenthalt** werden innerhalb der EU **zu den Tarifen des Mitgliedsstaates erstattet in dem der Patient krankenversichert ist**
- **2004** wurde eine europaweit gültige **EU-Krankenversicherungskarte** eingeführt
- die **OMK** wurde im Jahre **2005** auch in der **Gesundheitspolitik implementiert**
- die **europäischen Gesundheitssysteme** müssen laut EU **drei zentrale Herausforderungen bewältigen**
 1. die **Sicherstellung des allgemeinen Zugangs** zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung unter **Beachtung der besonderen Situation älterer Menschen**

2.4.1. Die Geschichte

2. die **Transparenz und Qualität** der Gesundheitssysteme durch eine Evaluierung von medizinischen Verfahren und Versorgungsstrukturen

3. die **Kostendämpfung** im Gesundheitsbereich

- am **2. Juli 2008** hat die EU-Kommission ein Sozialpaket beschlossen, darin wurde eine **Richtlinie zur Patientensicherheit und zu dem grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung** ausgearbeitet
- diese **scheiterte am 01.12.2009** im EU-Ministerrat an Spanien, Portugal, Griechenland, Polen und Rumänien

2.4.2. Die offene Methode der Koordinierung in der EU



Quelle: Becher, Berthold, Die Sozialwirtschaft europäisiert sich, Bank für Sozialwirtschaft, Köln 2004, S. 8

2.4.3. Die Zukunftsaussichten

- es arbeiten innerhalb der EU schon 20 Millionen Menschen im **Gesundheitswesen**
- das **Europäische Parlament fordert** seit 2002, dass die **OMK von einer echten parlamentarischen Kontrolle begleitet werden sollte**
- falls aber die **OMK** dennoch erfolgreich sein sollte, sind ihre **Defizite im Verfahren zu groß** für eine stabile Ausgestaltung der Gesundheitspolitik
- alle EU-Mitgliedsstaaten stehen vor ähnlichen Problemen
- **gerade Mindeststandards für die Beschäftigten** im Gesundheitssystem wären sehr in Zukunft **wünschenswert**
- die **Zunahme des Systemwettbewerbs** zwischen den Gesundheitssystemen ist jetzt schon absehbar

2.4.3. Die Zukunftsaussichten

- es könnten **europäische Referenzzentren** für die Sicherstellung der Leistungserbringung gerade bei seltenen Krankheiten geschaffen werden
- innerhalb der **EU** könnte eine **Benchmarking-Agentur** entstehen
- **langfristig scheint ein fortschreiten der wirtschaftlichen Integration nicht mit nationalen Kompetenzen im Gesundheitsbereich vereinbar zu sein**
- über die **Harmonisierung des Politikfeldes sollte nachgedacht** werden
- die **freiwillige Abgabe von nationalen Kompetenzen im Gesundheitsbereich ist sehr unwahrscheinlich**

Literaturverzeichnis

- Dengler, Kathrin; Fangerau, Heiner, Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen : Eine Einführung mit medizinethischen und philosophischen Verortungen, transcript Verlag, Bielefeld 2013.
- Ebert, Michael, Flexicurity auf dem Prüfstand : welches Modell hält der Wirtschaftskrise stand?, Ed. Sigma, Berlin 2012.
- Kulp, Werner, Health Technology Assessment bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, Cuvillier Verlag, Göttingen 2010.
- Möhle, Marion, Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik : Entwicklung - Politikfelder – Akteure, Shaker Verlag, Aachen 2013.
- Perleth, Matthias; Zentner, Annette; Busse, Reinhard; Gerhardus, Ansgar; Gibis, Bernhard; Lühmann, Dagmar, Health Technology Assessment : Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2012.
- Tiemann, Susanne, Gesundheitssysteme in Europa - Experimentierfeld zwischen Staat und Markt: Frankreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und Großbritannien: Analyse und Vergleich, Akademie Verlag, Berlin 2006.
- Schneider, Thomas, Krankenversicherung in Europa - Deutschland, Schweden und die Niederlande im Vergleich: Neue Lösungsansätze einer europäischen Gesundheitspolitik, Tectum Wissenschaftsverlag, 1. Auflage, Marburg 2011.
- Schölkopf, Martin, Pressel, Holger, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich : Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik, Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2. Auflage, Berlin 2014.
- Schubert, Klaus, Hegelich, Simon, Bazant, Ursula, Europäische Wohlfahrtssysteme, Ein Handbuch, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008.
- Wendt, Claus, Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung?, Gesundheitssysteme im Vergleich, Springer Fachmedien, Wiesbaden 2013.
- Zirra, Sascha, Die Europäisierung nationaler Beschäftigungspolitik : europäische Koordinierung und institutionelle Reformen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010.

Fragen

Vielen Dank für Ihr
Aufmerksamkeit!

