

GESUNDHEIT: KOSTENBETEILIGUNG

TEIL 1 - ÜBERBLICK

1. Hintergrund

Eine gute Absicherung im Krankheitsfall sowie eine gute medizinische Versorgung sind wichtige Errungenschaften für die Bürgerinnen und Bürger Europas. Die Systeme des Gesundheitswesens unterliegen allerdings insbesondere aufgrund der demographischen Entwicklung und des technischen Fortschritts einem erheblichen Wandel. In der Mitteilung der Kommission „*Eine konzertierte Strategie zur Modernisierung des Sozialschutzes*“ von 1999¹ wird entsprechend die Sicherung einer hohen Qualitätsansprüchen genügenden und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung als ein wichtiges Ziel der verstärkten Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten beschrieben.

Der Europäische Rat von Lissabon hat im März 2000 diese Initiative aufgenommen und darauf hingewiesen, dass es beträchtlicher Anstrengungen und Reformen im Gesundheitswesen erfordern wird, um den bestehenden Herausforderungen adäquat begegnen zu können. Außerdem ersuchte der Europäische Rat von Göteborg den Rat im Juni 2001 darum, einen Bericht über Leitlinien im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege zu erstellen.² Als Vorgehensweise wurde dabei die offene Methode der Koordinierung definiert, die auf partnerschaftlicher Zusammenarbeit aller am Gesundheitswesen beteiligten Akteure im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten beruht.

In der hierauf erarbeiteten Mitteilung der Kommission *Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern*³ werden drei Bereiche beschrieben, die sich auf die Ausgaben im Gesundheitswesen auswirken. Hierzu gehören die demographische Entwicklung, die Entwicklung neuer Technologien und Therapien sowie größerer Wohlstand und höherer Lebensstandard. In dieser Situation, die ohne adäquate Maßnahmen zu erheblich steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen führen wird, sollen drei langfristige Ziele im Gesundheitswesen erreicht werden:

- Allgemeiner Zugang unabhängig von Einkommen oder Vermögen,
- Qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung,
- Langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme.

¹ KOM (1999) 347 endg.

² Vgl. KOM (2001) 723 endg.

³ KOM (2001) 723 endg.

Die besondere Herausforderung hierbei liegt darin, dass alle drei Ziele, die miteinander verbunden sind und sich somit gegenseitig beeinflussen, gleichzeitig erreicht werden sollen.

Die genannten Rahmenziele wurden vom Europäischen Rat in Barcelona angenommen, und er ersuchte die Kommission und den Rat, diese drei Themen genauer zu beleuchten. Hierauf wurde ein *Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege*⁴ erstellt, in welchem auf der Basis einer Befragung der Mitgliedstaaten Schlussfolgerungen sowie die Vorschläge für künftige Schritte dargelegt werden.

Im Frühjahr 2004 hat die Kommission schließlich in ihrer Mitteilung zur *Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die „offene Koordinierungsmethode“*⁵ einen Plan zum weiteren Vorgehen in den kommenden Jahren vorgestellt. Danach wird die Kommission die derzeitigen Situationen und die Zielsetzungen der Länder analysieren und auf dieser Basis gemeinsame Ziele des „gestrafften“ Sozialschutzprozesses festlegen. Hieraus wird im Jahr 2006 eine erste Reihe von „Entwicklungs- und Reformstrategien“ für die Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege im Zeitraum 2006 bis 2009 hervorgehen.

Das vorliegende MISSOC-Info 2/2005 *„Gesundheit – Kostenbeteiligung“* widmet sich innerhalb dieses weitgesteckten Rahmens der Übernahme von Kosten durch die private Seite. Dieser Aspekt ist innerhalb des dritten Ziels der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme verankert. Bevor nun im Folgenden die Berichte der Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie von Island, Norwegen, Liechtenstein und der Schweiz zusammenfassend dargestellt werden, wird zunächst beschrieben, wie sich die Situation im Gesundheitswesen in Europa derzeit darstellt. Dabei wird insbesondere auf die Ausgaben für Krankheit und Gesundheitsversorgung sowie ihre Entwicklung eingegangen.

2. Die derzeitige Situation im Gesundheitswesen

Der Europäische Wirtschaftsraum sowie die Schweiz sind gekennzeichnet durch eine gesundheitliche Versorgung auf qualitativ sehr hohem Niveau. *„Ein wichtiger Grund [...] ist die allgemeine Versicherung gegen das Krankheitsrisiko und das Risiko der Erwerbsunfähigkeit, die den Einzelnen im Krankheitsfall finanziell absichert und maßgeblich zu den raschen und anhaltenden Fortschritten in der Medizin und Therapie von Krankheiten beigetragen hat.“*⁶

Von den sozialen Sicherungssystemen wird der überwiegende Teil der gesamten Ausgaben für Krankheit und Gesundheitsversorgung übernommen. Wie hoch diese Ausgaben – berechnet in Kaufkraftparitäten pro Kopf – sind und welchen Anteil sie am Bruttoinlandsprodukt ausmachen, zeigen die Abbildungen 1 und 2. Als Quelle dient hier

⁴ Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates CS 7166/03.

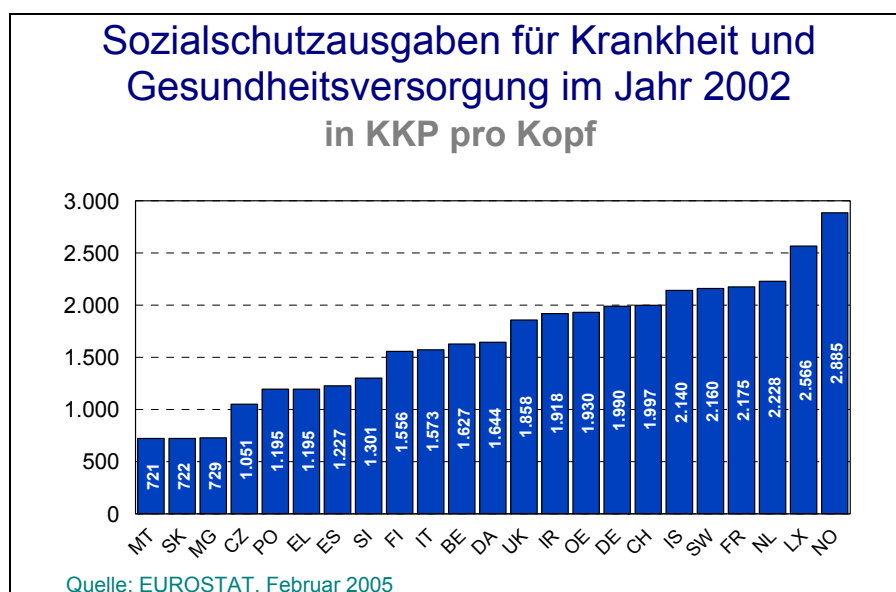
⁵ KOM (2004) 304 endg.

⁶ KOM (2001) 723 endg.

EUROSTAT vom Februar 2005 mit Datensätzen aus dem Jahr 2002. Diese Daten umfassen prinzipiell alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie des Europäischen Wirtschaftsraumes und der Schweiz. Allerdings fehlen die Angaben einiger Länder (Estland, Zypern, Lettland, Litauen, Polen sowie Liechtenstein), sodass keine Durchschnittswerte für die Europäische Union oder den Europäischen Wirtschaftsraum angegeben werden konnten.

Die Sozialschutzausgaben für Krankheit und Gesundheitsversorgung im Jahr 2002 differieren in den betrachteten Ländern sehr: So liegen die Ausgaben in Norwegen mit 2.885 KKP pro Kopf am höchsten und übersteigen die Ausgaben von Malta mit 721 KKP pro Kopf um das Vierfache. Neben Malta weisen die Slowakei und Ungarn Ausgaben unter 1.000 KKP pro Kopf aus. Etwas höhere Kosten zwischen 1.000 und 1.500 KKP pro Kopf werden des Weiteren in Tschechien, Portugal, Griechenland, Spanien sowie in Slowenien realisiert. Diesen folgt ein recht breites Feld mit Ausgaben zwischen 1.500 und 2.000 KKP pro Kopf; hierzu zählen Finnland, Italien, Belgien, Dänemark, das Vereinigte Königreich, Irland, Österreich, Deutschland und die Schweiz. Mehr als 2.000 KKP pro Kopf werden in Island, Schweden, Frankreich, den Niederlanden, Luxemburg und Norwegen ausgegeben, wobei die Ausgaben der beiden zuletzt genannten Länder über 2.500 KKP pro Kopf liegen.

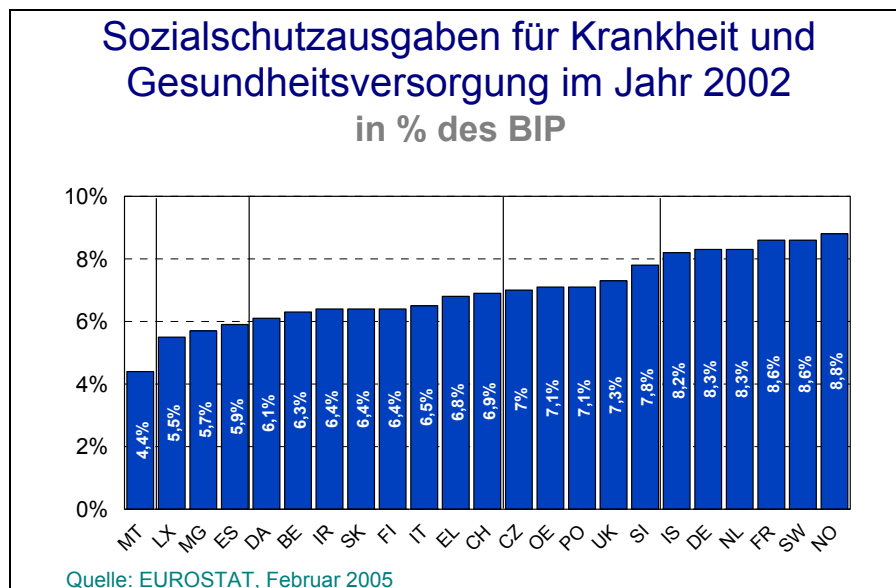
Abbildung 1: Sozialschutzausgaben für Krankheit und Gesundheitsversorgung – in KKP pro Kopf



Die Sozialschutzausgaben für Krankheit und Gesundheitsversorgung bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) variieren im Jahr 2002 zwischen 4,4 % in Malta und 8,8 % in Norwegen. Malta folgen hier Luxemburg, Ungarn und Spanien mit Anteilen in Höhe von 5,5 % bis 5,9 % des BIP. In Luxemburg machen dabei die hohen Pro-Kopf-Ausgaben (s. Abbildung 1) im Vergleich nur einen geringen Anteil des BIP aus, was mit der hohen Wirtschaftskraft Luxemburgs zu erklären ist. Ein ähnliches, etwas schwächer ausgeprägtes Bild zeigt sich bspw. auch für Dänemark, Belgien und Irland, bei denen der Anteil der Ausgaben zwischen 6 % und 7 % des BIP beträgt. Tschechien, Österreich, Portugal, das Vereinigte Königreich und Slowenien weisen einen Anteil der Ausgaben am BIP in Höhe von 7 % bis 8 % aus und schließlich gibt es eine Spitzengruppe mit Island, Deutschland, den Niederlanden, Schweden, Frankreich und Norwegen, in welcher der Anteil der

Sozialschutzausgaben für Krankheit und Gesundheitsversorgung mehr als 8 % des BIP beträgt.

Abbildung 2: Sozialschutzausgaben für Krankheit und Gesundheitsversorgung – in % des BIP



Die Höhe der Ausgaben oder die Höhe ihres Anteils am Bruttoinlandsprodukt vermitteln einen Eindruck über die Ausgabensituation in den betrachteten Ländern. Allerdings kann anhand dieser Zahlen kein voreiliger Rückschluss auf die Qualität des Gesundheitssystems in den jeweiligen Ländern gezogen werden, weil ein System bspw. auch aufgrund von Ineffizienzen hohe Kosten produzieren kann, ohne zwangsläufig ein den Ausgaben entsprechendes quantitativ und qualitativ hohes Leistungsniveau zu erreichen.

Die Gesundheitspolitik steht neben der Rentenpolitik unter anderem deshalb im Zentrum der Diskussion um die Stabilisierung der Sozialschutzsysteme, weil die Kosten in der Vergangenheit enorm angestiegen sind und in Zukunft aus den genannten Gründen der demographischen Entwicklung, des technischen Fortschritts und des höheren Lebensstandards weiterhin ansteigen werden. Inwieweit sich die gesamten Ausgaben für die Gesundheit – ohne Berücksichtigung der Finanzierungsquellen – in den letzten vier bis fünf Jahren verändert haben, kann anhand von OECD-Daten für 22 Länder veranschaulicht werden.⁷

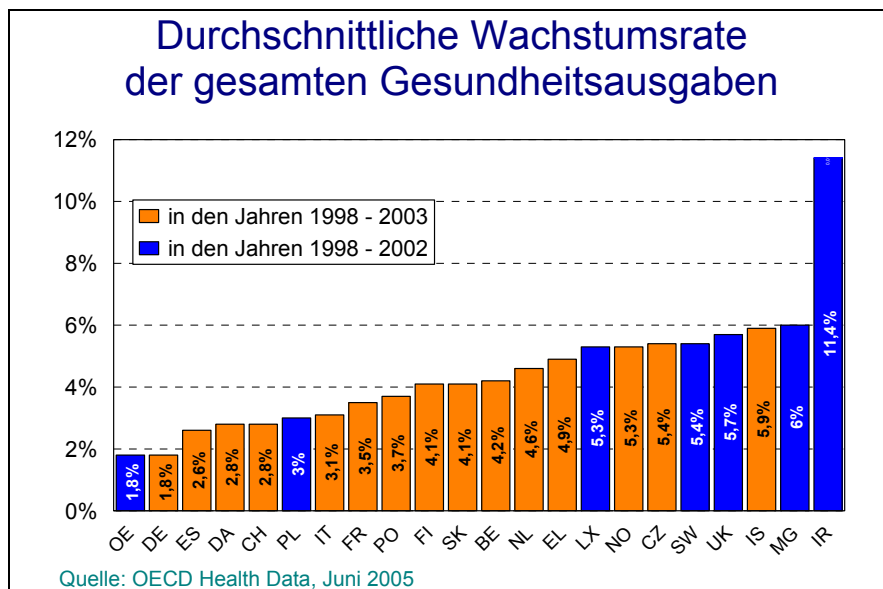
Die Wachstumsraten der letzten vier bis fünf Jahre weisen zwischen den Ländern große Unterschiede auf und variieren zwischen knapp 2 % in Deutschland bzw. in Österreich und gut 11 % in Irland, wobei die Wachstumsrate in Irland einen deutlichen Abstand zu den übrigen Ländern aufweist und fast doppelt so hoch liegt wie jene von Ungarn mit der zweithöchsten Wachstumsrate unter den verglichenen Ländern.

Eine recht geringe Wachstumsrate mit weniger als 3 % weisen neben den beiden genannten Ländern Deutschland und Österreich auch Spanien, Dänemark und die Schweiz auf. Die

⁷ Estland, Lettland, Litauen, Zypern, Malta, Slowenien und Liechtenstein fehlen in dieser Darstellung. Die Daten aus zwei unterschiedlichen Quellen (EUROSTAT und OECD) sind für den Vergleich und die Schlußfolgerungen aus den Diagrammen getrennt zu berücksichtigen.

jeweiligen Wachstumsraten von Polen, Italien, Frankreich und Portugal liegen über 3 % und unter 4 % und die von Finnland, der Slowakei, Belgien, den Niederlanden sowie von Griechenland liegen unter 5 %. Wachstumsraten zwischen 5 % und 6 % weisen neben Ungarn schließlich Luxemburg, Norwegen, Tschechien, Schweden, das Vereinigte Königreich und Island auf. In der folgenden Abbildung wird dieser Zusammenhang noch einmal dargestellt, wobei sich die Wachstumsraten von Österreich, Polen, Luxemburg, Schweden, dem Vereinigten Königreich, Ungarn und Irland auf die Jahre 1998 bis 2002 beziehen, während die Wachstumsraten der übrigen Länder für den Zeitraum von 1998 bis 2003 berechnet wurden.

Abbildung 3: Durchschnittliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben



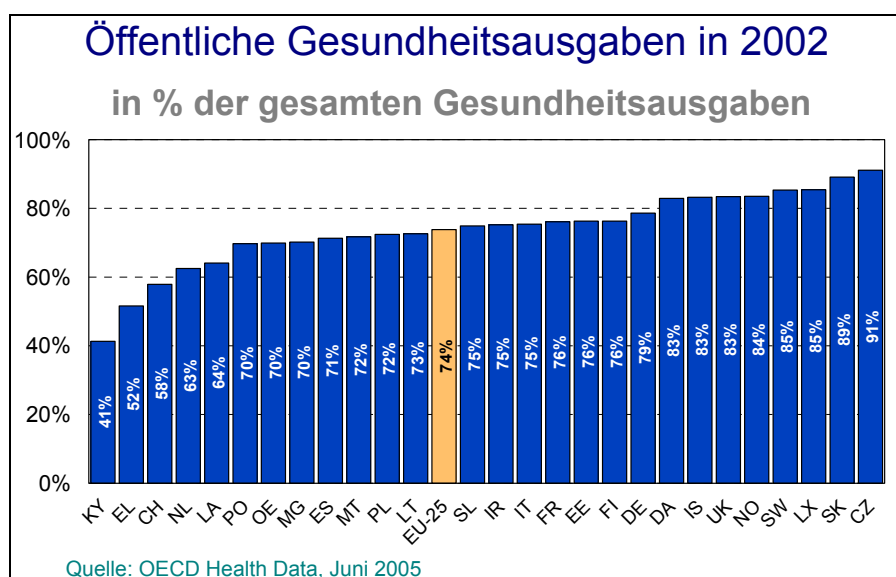
Bezogen auf die Frage der Kostenbeteiligung ist schließlich von Interesse, welchen Anteil die öffentlichen Ausgaben an den gesamten Ausgaben für die Gesundheitsversorgung ausmachen. Laut der Definition der OECD werden *öffentliche Gesundheitsausgaben* durch staatliche, regionale und lokale Regierungsbehörden sowie soziale Sicherungssysteme finanziert. Zudem gehören öffentlich finanzierte Investitionen in Gesundheitseinrichtungen sowie Kapitaltransfers zum privaten Sektor für Krankenhausbauten und Ausstattung zu den öffentlichen Gesundheitsausgaben. Dem gegenüber gehören zu den privaten Gesundheitsausgaben private Zuzahlungen (sowohl in Form von Selbstbehalt als auch direkte Zuzahlungen), Ausgaben privater Versicherungen und von Wohlfahrtsverbänden im Gesundheitsbereich sowie Ausgaben für berufliche Gesundheitsleistungen.⁸

Die Daten zu den öffentlichen Gesundheitsausgaben stehen mit Ausnahme Belgiens von allen Mitgliedsländern der OECD sowie für die sechs neuen Mitgliedstaaten der EU, die nicht Mitglied der OECD sind (Estland, Zypern, Lettland, Litauen, Malta und Slowenien), für das Jahr 2002 zur Verfügung.

⁸ Vgl. <http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/411010.html>

Der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben für Gesundheit variiert zwischen 41 % in Zypern und 91 % in Tschechien und beträgt in der Europäischen Union durchschnittlich 74 %. Nach Zypern mit dem deutlich niedrigsten Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben folgen Griechenland, die Schweiz, die Niederlande und Lettland mit Anteilen zwischen 52 % und 64 %. In 14 der dargestellten Länder liegt der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben zwischen 70 % und 80 %. Dänemark, Island, das Vereinigte Königreich, Norwegen, Schweden sowie Luxemburg weisen mit 83 % bis 85 % jeweils einen recht hohen Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben auf, welcher schließlich in der Slowakei und in Tschechien mit Anteilen von jeweils etwa 90 % unter den dargestellten Ländern am höchsten liegt.

Abbildung 4: Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben



Die recht deutliche Varianz bezogen auf die jeweiligen Anteile der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu den Gesamtausgaben kann zum einen mit unterschiedlichen Sozialversicherungsmodellen in den Ländern erklärt werden: So ist beispielsweise der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben in den nordischen Ländern mit universellen Sicherungssystemen überdurchschnittlich hoch. In anderen Ländern, die ein ausgeprägtes Selbstbeteiligungsmodell haben, wie bspw. Zypern oder die Schweiz mit einem Franchise-Modell, ist der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben dagegen recht niedrig. Zum anderen spielt der in den Ländern unterschiedlich hohe Leistungsumfang für die Höhe der öffentlich getragenen Gesundheitskosten eine wichtige Rolle. So sind in einigen Ländern die gesetzlichen Leistungen für bestimmte Behandlungen stark eingeschränkt, sodass hier ein Großteil von den Patientinnen und Patienten selbst finanziert werden muss, was zu entsprechenden Verschiebungen bei den Anteilen von öffentlich und privat getragenen Leistungen führt.

Diesem kurzen Überblick über die Situation der Gesundheitsausgaben im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz folgt nun eine zusammenfassende Darstellung der Länderberichte.

TEIL 2 - PATIENTENGEBÜHREN

1. Hintergrund

In allen Mitgliedsstaaten ist ein Anstieg des Anteils der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen am BIP festzustellen. Da die Kosten nicht nur aufgrund technischer Neuerungen, sondern auch aufgrund der steigenden Nutzung der medizinischen Dienstleistungen durch die Bevölkerung ständig wachsen, wurden alle Mitgliedsstaaten in der Einführung von Kostenkontrollmaßnahmen bestärkt. Unter den verschiedenen hierfür zur Verfügung stehenden Verfahren haben sich Patientengebühren als das bevorzugte Instrument erwiesen. Im aktuellen Missoc-Info wird dieses Verfahren genauer untersucht. Die Informationen enthalten einen Überblick über die Verbreitung von Patientengebühren in den verschiedenen Gesundheitssystemen der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und der EFTA-Staaten.

Was sind Patientengebühren? Als Patientengebühren wird der finanzielle Beitrag bezeichnet, den Patienten leisten müssen, wenn sie die Dienstleistungen der Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen. Diese Gebühren decken nur einen Teil der Kosten für die Dienstleistung und werden von der Krankenversicherung nicht ersetzt. Die Höhe der Patientengebühren kann dabei einem Kostenbeitrag von Null entsprechen, wenn die gesamten Kosten von einem Dritten gedeckt werden, oder die vollständige Höhe der anfallenden Kosten betragen, wenn sämtliche Kosten durch eine Direktzahlung des Patienten zu decken sind. Gelegentlich wird zwischen direkter und indirekter Kostenbeteiligung unterschieden. Die direkte Kostenbeteiligung umfasst Zuzahlungen (Pauschalen pro Dienstleistung) oder Mitversicherungen (Prozentsätze der Gesamtkosten). Zur indirekten Kostenbeteiligung zählen Verfahren, die zu Direktzahlungen führen können, selbst wenn die Gebühren nicht direkt erhoben werden. Beispiele hierfür sind vom Versicherungsschutz ausgenommene Dienstleistungen oder Arzneimittelregelungen wie die Ersetzung durch Generika.

Sowohl für wie auch gegen Patientengebühren sprechen zahlreiche Argumente.

Patientengebühren werden beispielsweise mit der Begründung abgelehnt, dass notwendige medizinische Behandlungen unter Umständen nicht in Anspruch genommen werden, mit negativen Folgen für den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung. Die Beteiligung der Nutzer an den Kosten für die medizinische Betreuung sei ungerecht und benachteilige kranke Versicherungsnehmer.

Befürworter von Patientengebühren argumentieren u.a. dagegen, dass einige Regierungen ohne Patientengebühren möglicherweise überhaupt kein System der medizinischen Betreuung einrichten würden. Inwiefern kann also eine geringere Patientengebühr, die eingeführt wurde, um Ungleichbehandlungen zu verhindern, eine Benachteiligung des Nutznießenden darstellen? Einige Länder berichten, dass die Patientengebühren zur Finanzierung des Gesundheitswesens und zur Gewinnmaximierung beitragen (Österreich, Finnland, Belgien, Griechenland), während in anderen Ländern keine nennenswerte Reduzierung der Ausgaben für das Gesundheitswesen zu verzeichnen ist (Dänemark, Luxemburg - zumindest für die meisten der Leistungen). Das Hauptargument für

Patientengebühren kann jedoch nicht finanzieller Natur sein, da die Gebühren in den verschiedenen Mitgliedsstaaten kaum als Finanzierungsquelle gewertet werden können und kein zusätzliches Einkommen erzeugen. Es besteht vielmehr die Überzeugung, dass die Gesundheitsdienste ohne Patientengebühren über die Maßen beansprucht würden und die Kosten so außer Kontrolle gerieten. Hierbei handelt es sich um die Gefahr einer Verhaltensänderung, das so genannte „Moral Hazard“-Problem. Patientengebühren sollen in erster Linie das Kostenbewusstsein in Bezug auf das Gesundheitswesen stärken und den Patienten damit einen Anreiz geben, ihr Verhalten im Wissen um die Kosten medizinischer Dienstleistungen zu ändern (Deutschland, Italien, Luxemburg). Ziel ist es, eine umsichtiger und wirkungsvollere Nutzung der Gesundheitsdienste zu erwirken (Österreich, Niederlande). Österreich berichtet jedoch, dass die Einführung von Patientengebühren lediglich eine vorübergehende Verhaltensänderung nach sich zog.

Die wachsende Tendenz in den Mitgliedsstaaten, Regelungen für die Erhebung von Patientengebühren einzuführen, entspricht internationalen und europäischen Verordnungen, die die Möglichkeit einer solchen Einführung anerkennen. Die europäische Ordnung der sozialen Sicherheit von 1964 und die überarbeitete Ordnung der sozialen Sicherheit von 1990, sowie die ILO-Konventionen 102 und 130 kennen ähnliche Verfahren. Der Leistungsempfänger oder der Versicherungsnehmer, über den der Leistungsempfänger versichert ist, muss möglicherweise einen Teil der Kosten für die medizinische Betreuung tragen. Diese Kostenbeteiligung ist jedoch so zu regeln, dass Härtefälle vermieden werden. Die internationalen Dokumente stellen einen Kompromiss dar. Auf der einen Seite steht es den Regierungen frei, Patientengebühren einzuführen, auf der anderen Seite sollen die Patientengebühren keine zu große Belastung für den Patienten darstellen, damit keine nachteiligen medizinischen oder sozialen Folgen entstehen.

Eine Kostenbeteiligung kann für Personen, die über wenige oder keine finanziellen Mittel verfügen, tatsächlich schwerwiegende Konsequenzen haben. Härtefälle sollten vermieden werden. Dies ist jedoch eine sehr vage Vorgabe. Die internationalen Konventionen nennen weder genaue Zahlen für Patientengebühren, noch legen sie fest, ob diese proportional zu den Kosten oder in Form einer Pauschalen zu erheben sind. Während die europäische Ordnung von 1964 explizite Höchstgrenzen für die Patientengebühren mit 25 % für medizinische Behandlungen und 33 % für zahnmedizinische Behandlungen vorgab, kehrte die überarbeitete Ordnung zurück zu der allgemeinen Regelung, dass die Kostenbeteiligung nicht zu Härtefällen führen oder den medizinischen und sozialen Schutz in seiner Wirksamkeit einschränken solle, ohne genaue Zahlen zu nennen.

Es überrascht also nicht, dass selbst jene Mitgliedsstaaten, die die Einführung von Patientengebühren befürworteten, sich für Ausnahmeregelungen in bestimmten Fällen (besonders bei wirtschaftlich benachteiligten Menschen) aussprechen. Dasselbe gilt für Krankheiten, die eine langfristige Pflege erforderlich machen. Die ILO-Empfehlung 134 bezüglich der medizinischen Betreuung sieht also vor, dass ein Leistungsempfänger sich nicht an den Kosten für die medizinische Betreuung beteiligen muss, wenn seine Mittel unter einem bestimmten Betrag liegen oder wenn er an einer Krankheit leidet, die eine langfristige Betreuung erfordert.

Die Länderberichte zeigen, dass diese internationalen Regelungen angewendet werden.

2. Die aktuelle Situation

Die hohen Ausgaben für das Gesundheitswesen und insbesondere die nicht vorherzusehende Nachfrage weisen darauf hin, dass Patientengebühren nur einen kleinen Teil der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen decken. Unabhängig davon, ob die medizinische Betreuung privat oder staatlich geregelt ist, die Patienten müssen nicht die vollständigen Kosten für die gewünschten Dienstleistungen tragen.

Der Anteil der Patientengebühren an den Kosten der Dienstleistungen variiert jedoch erheblich. In einigen Ländern ist der Anteil mit Prozentsätzen zwischen 0 und 5 % ausgesprochen niedrig. In der Tschechischen Republik oder in Dänemark beträgt der Anteil beispielsweise 0 %. Das gleiche gilt für Malta oder Spanien bei den meisten Leistungen mit Ausnahme pharmazeutischer Leistungen. In den Niederlanden liegen die Patientengebühren bei unter 1 %, in Lettland und Liechtenstein zwischen 3 und 5 %. In anderen Ländern sind die Patientengebühren dagegen erheblich höher. So sind in Frankreich und Luxemburg 10 bzw. 12 % zuzuzahlen, in Finnland und Norwegen 15 bzw. 20 % und in Polen sogar fast 30 %. Aus den Berichten wird deutlich, dass die Strukturierung der Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern keinen Einfluss darauf hat, ob Patientengebühren gezahlt werden oder nicht. Patientengebühren werden gleichermaßen in Erstattungssystemen wie in Sachleistungssystemen oder Systemen mit einem staatlichen Gesundheitsdienst erhoben.

Selbst Systeme, in denen die medizinische Betreuung im Rahmen eines staatlichen Gesundheitsdienstes erfolgt, kennen, wenn auch geringfügige, Patientengebühren. In Spanien sind die Leistungen im Allgemeinen für die Patienten kostenfrei. Hiervon ausgenommen sind pharmazeutische Leistungen und einigen Ortho-Prothesen, zu denen der Patient eine Zuzahlung leisten muss. Auch das Vereinigte Königreich kennt beim Krankentransport einige Ausnahmen zum Prinzip der kostenfreien Behandlung. In Portugal ist bei der ambulanten Behandlung eine feste Patientengebühr zu zahlen. Die Patientengebühren können größtenteils für pharmazeutische Produkte eingesetzt werden. Erwerbstätige müssen in Spanien bei der ambulanten Behandlung 40 % der Kosten für pharmazeutische Produkte übernehmen. In Portugal liegen die Patientengebühren für pharmazeutische Produkte zwischen 0 und 80 %. Malta verwendet ein System, das vom Prinzip der Kostenfreiheit für pharmazeutische Produkte abweicht. Hier sind pharmazeutische Produkte nur für Personen kostenfrei, die die Kriterien der Bedarfsabhängigkeit erfüllen. Die polnische Gesetzgebung sieht ebenfalls eingeschränkte Patientengebühren für bestimmte pharmazeutische Produkte vor.

Bei der Erhebung von Patientengebühren werden unterschiedliche Verfahren angewendet. Zu den gängigsten Formen zählt die Zuzahlung, wobei alle Leistungsempfänger pro Leistung eine Pauschale zahlen. Alle Leistungsempfänger zahlen also die gleiche Gebühr (Norwegen, Schweden, Österreich, Finnland, Ungarn für medizinische und zahnmedizinische Behandlung, Island, Lettland, Portugal, Slowakei). In einigen Ländern ist die Zuzahlung in Höhe eines Prozentsatzes der tatsächlichen Kosten zu leisten (Norwegen, Schweden, Belgien, Frankreich, Griechenland, Luxemburg, Portugal). Meist kommen beide Verfahren zur Anwendung.

In einigen Fällen ist ein Prozentsatz der tatsächlichen Kosten zu zahlen, es wird jedoch eine Mindest- und Höchstgrenze festgesetzt. Dies gilt für pharmazeutische Produkte und Hilfsmittel in Deutschland. Leistungsempfänger tragen hier 10 % der Kosten für pharmazeutische Produkte, jedoch mindestens € 5 und höchstens € 10.

In Liechtenstein und der Schweiz müssen Leistungsempfänger jährlich einen festen Betrag der anfallenden Kosten selbst tragen. Gehen die Kosten über diesen Betrag hinaus, muss von allen weiteren Kosten ein bestimmter Prozentsatz übernommen werden. In Polen ist für pharmazeutische Produkte mit Ausnahme ergänzender Arzneimittel eine Pauschale zu zahlen.

Patientengebühren sind in allen Bereichen der medizinischen Betreuung zu finden.

Bei der stationären Betreuung wird in den meisten Ländern pro Tag eine pauschale Zuzahlung fällig (Deutschland, Finnland, Frankreich, Belgien, Estland, Schweden, Luxemburg, Polen), wobei die Anzahl der Tage, für die diese Pauschale zu zahlen ist, häufig begrenzt wird (Estland, Deutschland, Luxemburg).

Für zahnmedizinische Dienste gelten in der Regel die höchsten Patientengebühren, da diese Dienste für das öffentliche Gesundheitswesen als nebensächlich gesehen werden. In einigen Ländern sind diese Dienstleistungen vollständig aus dem öffentlichen Gesundheitssystem ausgeschlossen. Hierzu gehören Norwegen (Erwachsene), Liechtenstein, Spanien und Portugal. Für diese Dienstleistungen wird auf private Versicherungsunternehmen verwiesen, was für die Patienten höheren Patientengebühren gleichkommt. Grundlegende Vorsorgemaßnahmen (Österreich, Tschechische Republik, Dänemark, Griechenland) oder zahnmedizinische Leistungen für Kinder (Norwegen, Schweden, Dänemark, Estland, Island, Ungarn, Malta und das Vereinigte Königreich) sind häufig gebührenfrei.

Den größten Bereich, in dem eine Kostenbeteiligung erfolgt, bilden die Arzneimittel. Besonders bei pharmazeutischen Produkten werden Verfahren der indirekten Kostenbeteiligung angewendet. Patienten müssen einen Prozentsatz der Kosten für diese Produkte zahlen, der jedoch nicht auf Grundlage des tatsächlichen Preises, sondern eines Vergleichspreises berechnet wird. Alternativ können die Erstattungen auf Grundlage eines generischen Ersatzes erfolgen.

In der Regel wird je nach Art und Kategorie des Medikaments ein Prozentsatz der Kosten eingefordert. Arzneimittel zur Behandlung lebensgefährlicher Krankheiten oder Arzneimittel mit weitreichender therapeutischer Wirkung unterliegen meist geringeren Kostenbeteiligungssätzen als Arzneimittel, die lediglich zu einer geringfügigeren Verbesserung der Lebensqualität führen.

3. Allgemeine Regelung der Kostenbeteiligung: Ausnahmen und andere Maßnahmen

Internationalen Verpflichtungen folgend sehen viele Länder Ausnahmen zu den Patientengebühren vor. In einigen Ländern sind bestimmte Personengruppen von der Zahlung ausgenommen, während andere je nach Jahreseinkommen verringerte Gebühren zahlen müssen. Dies ist z. B. auf Zypern der Fall, wo bestimmte Personengruppen wie Mitglieder des Parlaments, Studenten der Universität Zypern sowie aktive und pensionierte

Beamte keine Gebühren zahlen müssen. In anderen Ländern sind bestimmte Personen abhängig von ihrem Einkommen von der Zahlung von Patientengebühren befreit (so z. B. Inhaber der Versichertenkarte in Irland oder Inhaber der „rosa“ Karte auf Malta). In Frankreich haben Personen, die nicht über ausreichende Mittel für den Abschluss einer Zusatzversicherung verfügen, Anspruch auf universellen medizinischen Zusatzschutz, durch den die finanzielle Beteiligung der Leistungsempfänger gesenkt werden soll.

In Italien sind Behinderte unabhängig von ihrer familiären oder finanziellen Lage vollständig von der Zahlung ausgenommen.

Insbesondere Kinder sind meist von der Zahlung von Patientengebühren ausgenommen, obgleich Unterschiede bezüglich des Alters, des Ausmaßes und der Zahl der Leistungen gemacht werden. (In Norwegen werden keine Patientengebühren für Kinder unter 7 Jahren erhoben und in Schweden für Kinder unter 18 bis 20 Jahren. In Dänemark sind Kinder unter 18 Jahren teilweise von der Zahlung von Patientengebühren für pharmazeutische Produkte ausgenommen, in Finnland müssen für Kinder unter 18 Jahren für bestimmte Behandlungen keine Patientengebühren bezahlt werden. In Estland erhalten Kinder im Alter von 4 bis 16 einen Nachlass auf pharmazeutische Produkte, in Deutschland sind Kinder von der Zahlung für medizinische Produkte und Dienste ausgenommen, in Liechtenstein müssen bis zum Alter von 20 Jahren keine Patientengebühren bezahlt werden. In Portugal sind Kinder unter 12 Jahren von der Zahlung befreit, in der Slowakei werden keine Patientengebühren für Kinder erhoben und in der Schweiz muss für Kinder kein fester Betrag bezahlt werden.) Ausnahmen werden auch bei bestimmten Krankheiten gemacht (Norwegen, Griechenland, Irland), bei bestimmten Personengruppen wie Empfängern von Mindestrenten (Norwegen, Österreich, Ungarn für bestimmte Arzneimittel, Portugal, Schweiz, Vereinigtes Königreich), bei der langfristigen institutionellen Pflege (Finnland, Frankreich, Island) oder bei chronischen Erkrankungen (Liechtenstein, Portugal, Belgien).

Es ist jedoch die Tendenz zu beobachten, auch von Personen, die von der Zahlung von Patientengebühren befreit sind, zumindest eine geringe Zahlung einzufordern. Zusätzlich zu den Patientengebühren (z. B. Pauschalen für jeden Arztbesuch oder jedes medizinische Produkt) müssen die Patienten andere Zahlungen leisten. Auf Zypern müssen Personen mit Anspruch auf kostenfreie medizinische Behandlung mindestens einen festen Betrag pro Besuch bezahlen. In Frankreich wird für jede medizinische Beratung eine einmalige Zahlung von € 1 fällig. Um eine Verhaltensänderung bei der Nutzung der Gesundheitsdienste zu bewirken, wurden Mechanismen eingeführt, die es für Anbieter von Zusatzversicherungen unattraktiv machen, diese Zahlung zu übernehmen.

Viele Ländern haben soziale oder steuerliche Maßnahmen eingeführt, die die Gesamtzahl der von einer Person zu zahlenden Patientengebühren zur Vermeidung von Härtefällen begrenzen. In mehreren Ländern wurde für die jährlich für medizinische Kosten zu zahlenden Patientengebühren ein Höchstbetrag festgelegt. Übersteigen die Kosten für den Patienten diesen Höchstbetrag, werden alle zusätzlichen Kosten vollständig erstattet. In Belgien existiert z. B. ein sozialer und steuerlicher Höchstbetrag. Ab dem Punkt, an dem die Gesamtsumme der vom Leistungsempfänger zu zahlenden Patientengebühren diesen Höchstbetrag überschreitet, werden die weiteren Kosten von der Krankenkasse oder dem Finanzamt erstattet. Der geltende Höchstbetrag ist zum einen abhängig von der sozialen

Gruppe, welcher der Leistungsempfänger angehört (der soziale Höchstbetrag gilt also nur für bestimmte soziale Gruppen). Der steuerliche Höchstbetrag gilt jedoch auch für Familien mit höherem Einkommen und variiert je nach Höhe des zu versteuernden Einkommens. Hier werden die Patientengebühren, die über dem Höchstbetrag liegen, nach zwei Jahren vom Finanzamt erstattet. Es ist jedoch zu beachten, dass in diesen Systemen nicht alle Patientengebühren für medizinische Behandlungen bei der Ermittlung des Höchstbetrags berücksichtigt werden. In Dänemark wurde ein Höchstbetrag für die Zahlung von Patientengebühren bei hohen Arzneimittelrechnungen eingeführt. Ein ähnliches System existiert in Island bei Einkommen unter einer bestimmten Grenze. In Deutschland zahlen Leistungsempfänger die Patientengebühren nur bis zu einer individuell festgesetzten Steuergrenze (siehe auch Luxemburg). Liechtenstein und Irland sehen eine jährliche Höchstgrenze für die Zahlung von Patientengebühren vor. Andere Länder wie Finnland, Lettland und die Schweiz verfügen über ähnliche Systeme.

In den Mitgliedsstaaten werden immer mehr Maßnahmen eingeführt, die eine Verhaltensänderung bei den Versicherten bewirken sollen. Um die Kosten für das Gesundheitswesen zu senken, soll so vermieden werden, dass die Patienten immer wieder einen neuen Arzt aufsuchen. Es wurden Maßnahmen eingeführt, die den Patienten einen Anreiz geben, einen Arzt zu wählen, der ihr medizinisches Datenblatt verwaltet und die erforderliche Betreuung koordiniert. In Belgien beispielsweise können Patienten, die einen Arzt mit der Verwaltung ihres medizinischen Datenblatts beauftragen, einen Nachlass von 30 % auf die Patientengebühren erhalten. Durch dieses Verfahren sollen überflüssige Untersuchungen und Doppelbehandlungen vermieden werden. In Frankreich wurde ein ähnliches System eingerichtet. Patienten, die nicht nach diesem Koordinierungsverfahren vorgehen, müssen eine der folgenden Sanktionen in Kauf nehmen: die Kostenerstattung durch die Krankenversicherung kann sehr gering ausfallen und Ärzte, die ohne Überweisung aufgesucht werden, können Gebühren verlangen, die über den vereinbarten Sätzen liegen. In Lettland müssen Patienten für fachärztliche Behandlungen von einem Allgemeinarzt überwiesen werden. Sucht der Patient einen Facharzt direkt, ohne Überweisung durch einen Allgemeinarzt, auf, muss er die Kosten direkt zahlen oder diese müssen von einer Privatversicherung übernommen werden. Derselbe Mechanismus wird in Litauen angewendet.

Für pharmazeutische Produkte existieren ähnliche Verfahren, die Patienten einen Anreiz geben sollen, durch den Erwerb generischer Produkte zu Kosteneinsparungen beizutragen. All diese Maßnahmen fördern einen umsichtigeren Umgang mit den finanziellen Ressourcen durch die betroffenen Patienten. In Ungarn werden gleichwertige generische Medikamente i.d.R. mit einem festen Betrag subventioniert. Dieser wird auf Grundlage des preisgünstigsten Äquivalents in der jeweiligen Produktgruppe festgesetzt.

Zur Kontrolle der Ausgaben für pharmazeutische Produkte und den überlegten Einsatz von Arzneimitteln wurde in vielen Ländern ein Vergleichspreissystem eingeführt. Das Vergleichspreissystem in Spanien gilt beispielsweise für Pharmaprodukte, die in so genannte Kategorien unterteilt sind. Eine Kategorie ist dabei jeweils eine Gruppe von Pharmaprodukten, die dieselben aktiven Wirkstoffe enthalten. Jede Kategorie enthält mindestens ein generisches Produkt mit der gleichen qualitativen

Wirkstoffzusammensetzung. Für jede Kategorie wird ein maximal finanzierter Preis bzw. Vergleichspreis festgelegt und es ist den Apotheken nicht gestattet, Produkte zu einem höheren Preis zu verkaufen. Dies belegt die klare Tendenz in den Mitgliedsstaaten, Patienten Anreize für den Erwerb generischer Produkte zu geben. Besonders in Belgien, dem drittgrößten Konsumenten von Arzneimitteln in Europa, wird dies deutlich. Hier wurden die Preise für Arzneimittel kürzlich umfassend diskutiert. Es wurde vorgeschlagen, dem System der öffentlichen Ausschreibungen zu folgen, das in Neuseeland angewendet wird (das so genannte „Kiwi-Modell“). In diesem System kommen verschiedene Formeln für die Festlegung der Preise subventionierter pharmazeutischer Produkte zum Einsatz. Stehen für dasselbe Produkt mehrere generische Alternativen zur Verfügung, sieht das System eine öffentliche Ausschreibung vor. Das Verwaltungsamt für Pharmaprodukte schlägt dann für das beste Angebot die exklusiven Erstattungsrechte vor. Diese gelten i.d.R. für drei Jahre. Ende 2004 wurde in Belgien mit dem Gesundheitsgesetz für 2005 ein „weiches Kiwi-Modell“ eingeführt. Das Gesetz sieht die schrittweise Einführung eines Ausschreibungssystems vor. Die Kosten eines für ein bestimmtes Krankheitsbild preisgünstigsten Produkts werden dann in größerer Höhe erstattet als für andere Produkte (+/- 25 %). Dieses System gilt jedoch nur für Pharmazeutika ohne Patentschutz.

In der Schweiz können Apotheker beispielsweise in einer Liste enthaltene Originalzubereitungen durch ein generisches Produkt ersetzen, es sei denn, der Arzt verschreibt explizit die Originalzubereitung. In Estland wurden Vergleichspreise festgesetzt. Die Krankenversicherungen erstatten die Kosten für pharmazeutische Produkte also nur noch bis in Höhe des Vergleichspreises.

In Dänemark erfolgt die Reduzierung der Patientengebühren bei Pharmazeutika nicht immer auf Grundlage des tatsächlichen Kostenpreises, sondern auf Grundlage eines Subventionierungspreises, der nicht immer mit Ersterem übereinstimmt. Der Subventionierungspreis ist der in Dänemark und Europa prinzipiell tatsächlich bindende Preis. Beim europäischen Preis handelt es sich um eine Art Durchschnittspreis, der in den meisten EU-Staaten, deren Preisebene der des dänischen Marktes entspricht, für den Verkauf pharmazeutischer Produkte herangezogen wird. Wurde ein europäischer Preis festgelegt, entspricht der Subventionierungspreis für ältere Gruppen pharmazeutischer Produkte in Dänemark dem niedrigsten auf dem Markt erhältlichen Preis. Pharmazeutische Produkte werden in Gruppen zusammengefasst, wobei Produkte, die dieselben pharmazeutischen Inhaltsstoffe enthalten, einer Gruppe angehören. Es wurde ein neuer Plan eingeführt, gemäß dem der Subventionierungspreis nur auf dem niedrigsten dänischen Preis basiert, der innerhalb einer pharmazeutischen Produktgruppe erhältlich ist.

In Slowenien wurden beispielsweise wichtige Änderungen im Bereich der Arzneimittelverordnung vorgenommen. Es wurde ein System der Zuzahlungen für kostenintensivere Arzneimittel eingeführt (Ersatz durch Arzneimittel mit dem größten bekannten therapeutischen Wert). Als Folge dieser Einführung war festzustellen, dass die Versicherten keine Zuzahlungen zu gleichwertigen Ersatzmitteln leisten, sondern statt dessen die Verwendung von Arzneimitteln, für die Zuzahlungen fällig werden, drastisch zurückging.

4. Abschließende Bemerkungen

Die Entscheidung für die Einführung von Patientengebühren sowie die Art der Einführung ist immer das Ergebnis politischer Überlegungen. Es können keine schlüssigen Begründungen für die Einführung eines bestimmten Verfahrens gegeben werden.

Die Stimmung in der Öffentlichkeit kann hier eine wichtige Rolle spielen. Laut polnischem Länderbericht steht die Bevölkerung der Einführung von Patientengebühren gleich welcher Art ablehnend gegenüber. In einigen Berichten wird darauf hingewiesen, dass die Einführung von Patientengebühren dem Solidaritätsprinzip im Gesundheitswesen widerspricht, da dadurch das Grundrecht der Patienten auf medizinische Betreuung beeinflusst oder beeinträchtigt werden kann.

Ob Patientengebühren ein effektives Mittel darstellen, das Einfluss auf den gleichberechtigten Zugang zu den Gesundheitsdiensten hat, kann hier nicht behandelt werden. Obgleich Untersuchungen belegen, dass mit Einführung von Patientengebühren die Nachfrage nach den Leistungen der Gesundheitsdienste zurückgeht, konnten insofern nachteilige Auswirkungen festgestellt werden, als sowohl die angemessene als auch die unangemessene Nachfrage zurückging. In einigen Fällen wurden Auswirkungen für Angehörige ärmerer Bevölkerungsschichten festgestellt, die Fragen zum gleichberechtigten Zugang zu den Gesundheitsdiensten aufwerfen. Untersuchungen zeigen, dass eine Kostenbeteiligung in einigen Fällen negative Auswirkungen für die Gesundheit bedürftiger, arbeitsloser oder obdachloser Personen hatte. Um den Nutzen von Patientengebühren jedoch wirklich einschätzen zu können, müssten Informationen zu den Verwaltungskosten hierfür vorliegen. Ein mögliches Risiko wird im polnischen Bericht genannt. Die Einführung von Patientengebühren für Behandlungen könnte dazu führen, dass die Zahl der Arztbesuche tatsächlich zurückgeht, dass jedoch die Kosten für kostspieligere medizinische Verfahren wie Krankenhausbehandlungen steigen, da bestimmte Erkrankungen nicht frühzeitig erkannt werden und die Patienten einen teureren Facharzt aufsuchen müssen. Dies ist ein wichtiges Argument.

Vielleicht ist dies auch der Grund, warum teilweise die Meinung vertreten wird, dass es besser sei, nicht an der Nachfrageseite, sondern an der Angebotsseite anzusetzen. Es soll verhindert werden, dass Ärzte überflüssige Behandlungen empfehlen.

Der Vergleich der Patientengebühren in den einzelnen Ländern erweist sich als sehr schwierig. Die verschiedenen Gesundheitssysteme weisen so große Unterschiede auf, dass es fast unmöglich ist, einen sinnvollen Vergleich zwischen den Patientengebühren zu ziehen.

Eindeutig festzustellen ist, dass Patientengebühren keinen Einfluss auf die Qualität der Leistungen haben und nichts über die Qualität dieser Leistungen aussagen.

Es sollte nicht vergessen werden, dass in bestimmten Ländern keine Patientengebühren für bestimmte Produkte oder medizinische Behandlungen erhoben werden, weil diese Produkte und Behandlungen nicht über das öffentliche Gesundheitssystem erhältlich sind. In vielen Systemen müssen sich die Patienten für diese Produkte oder Behandlungen an den Privatsektor oder private Versicherungen wenden, doch selbst Privatversicherungen verlangen in manchen Fällen Patientengebühren. Ein weiteres Problem ist die unterschiedliche Anwendung des Konzepts in den verschiedenen Mitgliedsstaaten. So sind

Begriffe wie „fachärztliche Betreuung“, „Hilfsmittel“, „pharmazeutische Produkte“ usw. nicht eindeutig definiert und sollten näher untersucht werden.

Heike Engel
Yves Jorens