

Benchmarking Gesundheitspolitik:

Effizienz durch Selbstbeteiligung

Mit einem als „Vorschaltgesetz“ bezeichneten „Beitragssatzsicherungsgesetz“ will die Bundesregierung erste Reformschritte im Gesundheitswesen einleiten:

- Die Versicherungspflichtgrenze für alle Versicherten wird auf 3.825 Euro angehoben.
- Pharmahersteller, Großhändler und Apotheken sollen Zwangsrabatte gewähren.
- Für patentgeschützte Arzneimittel gibt es Festbeträge.
- Eine Positiv-Liste für verschreibungsfähige Medikamente soll eingeführt werden.
- Dies alles soll einen Beitragsstopp für 2003 unterstützen, der nur in Fällen drohender Insolvenz der Krankenkasse ausgesetzt werden soll.

Unter dem Vorsitz des renommierten Wirtschaftsprofessors und Mitglied des Sachverständigenrates Rürup soll eine 26-köpfige Kommission handhabbare Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens unterbreiten. Hilfreich kann hierbei das 20-Punkte-Programm des Sachverständigenrates sein (vgl. Seite 2). Wichtig ist aber auch der „Blick über den Zaun“: Dabei stehen insbesondere die Rückführung der Gesundheitsleistungen auf das medizinisch Notwendige sowie eine stärkere Selbstbeteiligung der Patienten im Vordergrund. Die Erfahrungen in anderen Ländern machen nämlich deutlich, dass Selbstbehalte das Bewusstsein der Versicherten schärfen und damit den Anstieg der Gesundheitsausgaben bremsen helfen.

■ Beispiel: Selbstbeteiligung

Dass die Positionen der politischen Parteien in dieser Frage so weit auseinander liegen, ist angesichts guter Erfahrungen mit den Selbsthalten erstaunlich.

So wurden z. B. von der früheren Bundesregierung 1997 die Zuzahlungen um 5 DM (für Arzneimittel) bzw. 5 Prozent (für Heil- und Hilfsmittel) erhöht. Zudem fielen unter anderem Kassenzuschüsse für Brillenfassungen sowie zum Zahnersatz weg. Die Kosten reagierten prompt:

Im Jahr 1997 gingen die Kassenausgaben je Versicherten erstmals seit 1989 zurück – gegenüber 1996 um 23 auf 1.750 Euro.

Rot-Grün riss ab 1999 das Ruder wieder herum – insbesondere wurden die höheren Rezeptgebühren zurückgenommen. In der Folgezeit kletterten die Ausgaben vor allem für pharmazeutische Erzeugnisse wieder steil in die Höhe – und die Kassen gerieten tief in die roten Zahlen: Im ersten Halbjahr 2002 betrug das Defizit 2,4 Milliarden Euro. Ökonomen fordern daher schon seit langem, die Patienten durch größere Eigenleistungen zu kostenbewussterem Verhalten zu bewegen.

■ Beispiel: Ambulante Versorgung

Während in Deutschland der Arztbesuch keine Zusatzkosten verursacht, verlangt zum Beispiel der schwedische steuerfinan-

zierte Wohlfahrtsstaat für jeden Gang zum Doktor 11 bis 28 Euro extra. In Italien werden sogar bis zu 36 Euro fällig. Die Franzosen schließlich müssen generell 30 Prozent des Arzthonorars aus eigener Tasche zahlen.

Die positive Wirkung einer spürbaren Kostenbeteiligung der Patienten ist klar zu erkennen.

Während die Deutschen Ende der neunziger Jahre im Schnitt 6,5-mal pro Jahr einen – kostenlosen – Besuch beim Doktor machten, konsultierten die – zuzahlungspflichtigen – Schweden ihre Mediziner weniger als 3-mal. Gegenüber 1990 stieg die Zahl der Arztbesuche in Deutschland zudem deutlich an, im Norden Europas blieb sie dagegen nahezu konstant.

■ Beispiel: Stationäre Versorgung

Wer ins Krankenhaus geht, muss sich in acht EU-Ländern an den Pflegekosten beteiligen. Unseren französischen Nachbarn werden zudem 20 Prozent der Behandlungsaufwendungen in Rechnung gestellt. Mit 9 Euro pro Tag kommen die Deutschen auch hier recht günstig weg, denn diese werden nur für die ersten 14 Tage fällig – das sind maximal 126 Euro pro Jahr. In Irland etwa liegt die Obergrenze mit 330 Euro pro Jahr deutlich höher. Das finnische Gesundheitssystem

Gesundheitssystem: Selbstbeteiligung hilft sparen

Durchschnittliche jährliche Veränderung von 1990 bis 1998 in vH		
	Bruttoinlandsprodukt je Einwohner	Gesundheitsausgaben je Einwohner
(Gesundheitssystem ohne oder mit nur geringer Selbstbeteiligung)		
Österreich	4,7	5,8
Niederlande	4,9	5,5
Deutschland	2,8	5,0
(Gesundheitssystem mit Selbsthalten in fast allen Leistungsbereichen)		
Frankreich	3,0	3,8
Finnland	3,5	2,0
Schweden	2,9	1,9

tem kennt überhaupt kein solches Limit – dort werden im Hospital eine Aufnahmegebühr von 25 Euro und weitere 23 Euro für jeden Aufenthaltstag verlangt.

In der Bundesrepublik lagen die Patienten Ende des vergangenen Jahrzehnts im Schnitt knapp elf Tage pro Aufenthalt in einer Klinik. Das waren zwar gut drei Tage weniger als 1990, aber immer noch deutlich mehr als etwa in Finnland, Frankreich oder Schweden, wo die Patienten die stationäre Versorgung stärker mitfinanzieren müssen. Die Finnen etwa blieben zuletzt je Einweisung nur noch knapp fünf Tage im Hospital.

■ **Beispiel: Arzneimittel**

Bis auf die Niederländer müssen die Bürger in allen EU-Staaten etwas zu den Kosten für verordnete Präparate beisteuern. Allerdings sind die Rezeptgebühren in Österreich, Deutschland und Großbritannien recht niedrig. Die Finnen müssen dagegen bis zu 50 Prozent des Arzneimittelpreises berappen.

In Dänemark und Schweden sind die Zuzahlungen gestaffelt. Bei einer Medikamentenrechnung von 500 Euro musste ein Däne im vergangenen Jahr 183 Euro selbst tragen, ein Schwede sogar 202 Euro.

■ **Folge: Geringerer Ausgaben-Anstieg**

All dies schlägt sich auch in den Ausgaben für Gesundheitsleistungen nieder: In Deutschland stiegen die Gesundheitsausgaben von 1990 bis 1998 im Schnitt um jährlich 5 Prozent – und damit um gut 2 Prozentpunkte schneller als die Wirtschaftsleistung. Auch in den gleichfalls mit geringen Selbstbehalten operierenden Niederlanden und Österreich übertraf der Ausgabenanstieg die Zunahme des Bruttoinlandsprodukts deutlich. Anders dagegen beispielsweise in Finnland und Schweden. Dort wuchs die Wirtschaft in den neunziger Jahren durchschnittlich um 3,5 bzw. 2,9 Prozent pro Jahr, die Gesundheitsausgaben stiegen dagegen in Finnland um 2,0 vH, in Schweden um 1,9 vH.