

# Zwischen Sachleistung und Kostenerstattung

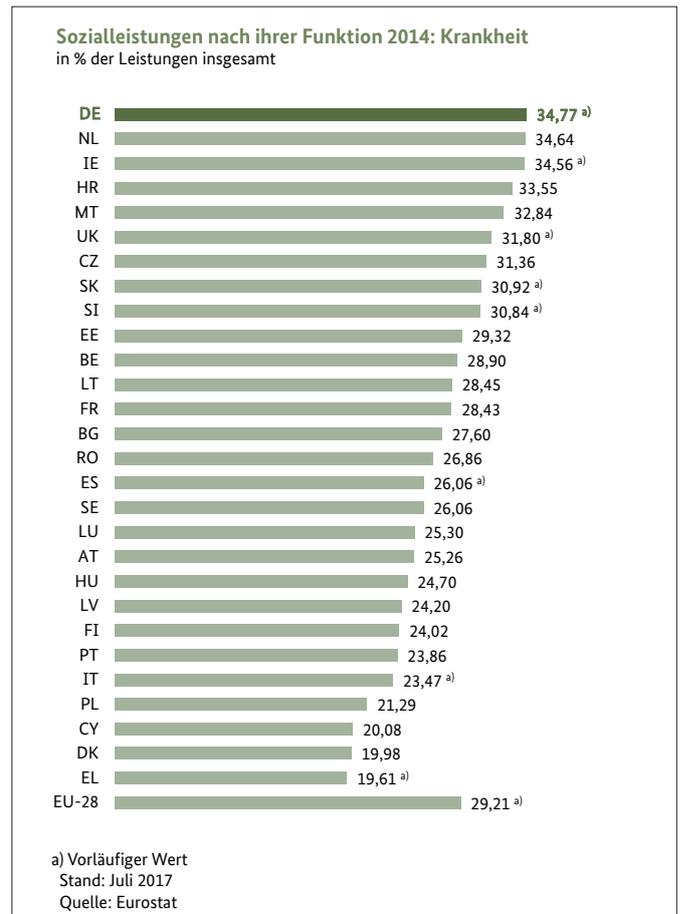
Europäische Gesundheitssysteme sind sehr unterschiedlich organisiert

*Von den Befürwortern der Bürgerversicherung kommt immer wieder das Argument, das deutsche Gesundheitssystem mit dem Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung sei im internationalen Vergleich ein absoluter Sonderfall. Doch wie werden eigentlich die Systeme in anderen EU-Ländern finanziert? Eine Übersicht dazu liefert der aktuelle „Sozialkompass Europa“ des Bundessozialministeriums, den wir in Auszügen veröffentlichen.*

Von der Krankheitsprävention über Diagnoseverfahren bis hin zu Behandlung und Medikamenten: Eine solidarische und soziale Gesellschaft gewährleistet für alle Bürger den Zugang zu Gesundheitsleistungen. Die Vorsorge gegen das Risiko „Krankheit“ stellt in allen EU-Ländern einen Schwerpunkt der sozialen Sicherung dar. Gesetzliche Regelungen zum sozialen Schutz im Krankheitsfall gehören – neben denen zur Absicherung im Alter – zu den ältesten überhaupt. In einigen Ländern reichen sie bis ins vorletzte Jahrhundert zurück. In Deutschland beispielsweise wurde die Krankenversicherung für Arbeiter unter Otto von Bismarck 1883 eingeführt. Heute gilt: Unabhängig davon, wo ein Arbeitnehmer in der EU tatsächlich versichert ist, hat er in seinem Wohnsitzland Anspruch auf die dort gewährten Sachleistungen im Krankheitsfall. Bei Geldleistungen hingegen ist stets das Land zuständig, in dem der Arbeitnehmer versichert ist.

## Steigende Selbstbeteiligungen

EU-weit bestehen erhebliche Unterschiede in Organisation und Leistungen des Gesundheitswesens, auch wenn es wegen vergleichbarer Rahmenbedingungen ähnliche (Einsparungs-)Trends gibt. Zunehmende Kosten sind die Kehrseite von medizinischem Fortschritt und einer steigenden Lebenserwartung. Um dies aufzufangen, durchlaufen die Gesundheitssysteme quer durch die EU – wie in Deutschland auch – seit geraumer Zeit einen andauernden Reformprozess. Steigende Gesundheitskosten haben sich so in fast allen Mitgliedsstaaten spürbar in Leistungseinschränkungen und/oder Selbstbeteiligungen niedergeschlagen. Das gilt durchweg für



Arzneimittel. Aber auch für Arztbesuche und stationäre Behandlungen im Krankenhaus sind in den meisten Ländern Zuzahlungen oder Selbstbeteiligungen erforderlich. Bei Zahnersatz sowie vielen Heil- und Hilfsmitteln sind Leistungen nicht selten stark eingeschränkt oder entfallen ganz. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den EU-Mitgliedsstaaten mit öffentlichem Gesundheitswesen bei der Finanzierung der notwendigen Kosten für gewöhnlich ein Mischsystem besteht: Sach- und Dienstleistungen sind überwiegend steuer-, Geldleistungen überwiegend beitragsfinanziert. In den Ländern mit umfassender gesetzlicher Krankenversicherung werden dagegen auch die Sachleistungen meist durch Beiträge aufgebracht. Dabei gibt es eine Reihe von Ländern – Belgien, Estland, das Vereinigte Königreich, Irland, Lettland,

Litauen, Malta, Portugal, Spanien und Zypern – die die einzelnen Risiken bedarfsabhängig über Globalbeiträge für alle Zweige der sozialen Sicherung finanzieren.

### Sachleistung versus Kostenerstattung

Zu den mehr oder weniger abgedeckten Sach- und Dienstleistungen im Gesundheitssystem gehören in der Regel die Arztbehandlung, der Aufenthalt in einem Krankenhaus und die Versorgung mit Arznei- sowie Heil- und Hilfsmitteln. Insgesamt hat sich das Sachleistungsprinzip, also die Direktleistung an den Patienten, auch in den Systemen mit gesetzlicher Krankenversicherung durchgesetzt. Nur Belgien, Frankreich und Luxemburg verfahren weiter nach dem Kostenerstattungsprinzip, bei dem der Patient zunächst in Vorleistung tritt (Honorarvorschuss) und seine Auslagen anschließend, unter Berücksichtigung von eventueller Selbstbeteiligung beziehungsweise Zuzahlung, zurückerhält. Außerdem gilt in Deutschland in der privaten Krankenversicherung das Prinzip der Kostenerstattung.

An die Seite ursprünglich überwiegend versicherungsrechtlicher Regelungen sind in zahlreichen Ländern staatliche beziehungsweise kommunale Organisationsformen getreten. Hier stand der nach dem Zweiten Weltkrieg im Vereinigten Königreich eingeführte staatliche Gesundheitsdienst NHS (National Health Service) Pate.

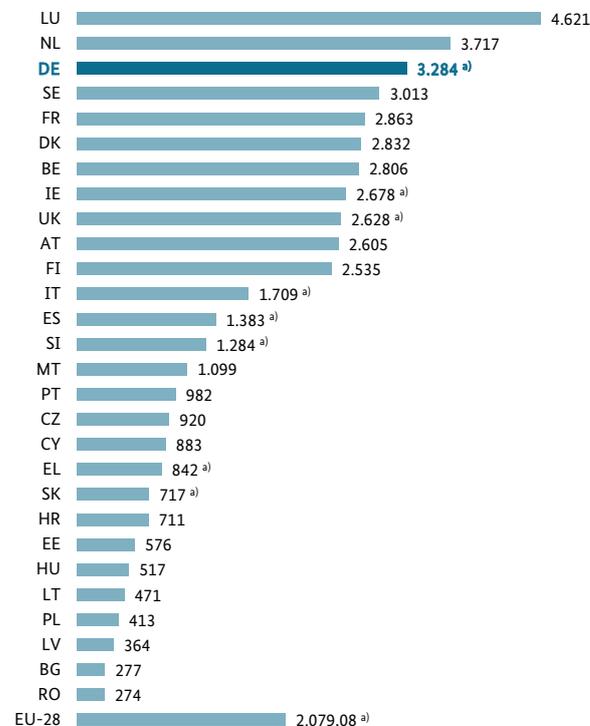
So haben in den 1970er- und 1980er-Jahren nacheinander Irland, Dänemark, Portugal, Italien und Spanien einen öffentlichen Gesundheitsdienst eingerichtet; in Finnland und Schweden hat er schon eine lange Tradition. Von den jüngeren Mitgliedsstaaten haben vier, nämlich Lettland, Malta, die Slowakei und Zypern, ein solch universelles System.

Die Finanzierung dieser öffentlichen Gesundheitsdienste, die in der Regel nur für Sach- und Dienstleistungen greifen, erfolgt überwiegend aus öffentlichen Mitteln. Dagegen werden gesetzliche Krankenversicherungen überwiegend durch die Beiträge der Versicherten (Arbeitnehmer, vielfach auch Selbstständige) und der Arbeitgeber finanziert.

### Geldleistungen

Neben den Sachleistungen gibt es in allen Ländern auch Geldleistungen, die das durch die Krankheit ausgefallene Arbeitsentgelt ersetzen sollen. Ihre Höhe hängt daher auch im Prinzip davon ab, wie viel ein Versicherter vor der Krankheit verdient hat. Eine Ausnahme bilden das Vereinigte Königreich, Irland und Malta, wo Festbeträge gezahlt werden.

**Ausgaben für Krankheit/Gesundheitsversorgung 2014**  
Euro je Einwohner (zu konstanten Preisen von 2010)



<sup>a)</sup> Vorläufiger Wert  
Stand: Juli 2017  
Quelle: Eurostat

Auf Seite 18 f. finden Sie vier Beispiele für die Finanzierung europäischer Gesundheitssysteme.

Zur Kostendeckung der Geldleistungen sind durchweg in allen EU-Ländern beitragsfinanzierte, obligatorische Systeme eingerichtet worden, sofern Sach- und Geldleistungen nicht ohnehin über die gesetzliche Krankenversicherung unter einem Dach finanziert sind. Sogar in Dänemark – zuweilen als einziger Mitgliedsstaat mit voller Steuerfinanzierung des gesamten Gesundheitssystems genannt – werden die Geldleistungen, wenn auch auf einem Umweg, de facto durch Beiträge aufgebracht: Die von Arbeitnehmern und Selbstständigen an einen Arbeitsmarktfonds entrichteten Beiträge decken die entsprechenden öffentlichen Ausgaben. Die öffentliche Hand refinanziert sich also aus den Mitteln des von den Beitragszahlern gespeisten Fonds.

In Deutschland besteht – neben der obligatorischen Entgeltfortzahlung für gesetzlich Versicherte – für privat krankenversicherte Personen die Möglichkeit, sich mittels einer privaten Krankentagegeldversicherung gegen Verdienstaufschlag durch Krankheit abzusichern.