



Hintergrundinformation

Vergleich der Sozialsysteme Finnlands und Kroatiens

Robin Bauer, Renata Divkovic, Cordula Herrmann,

November 2019

1 Finnland

1.1 Die finnische Rentenversicherung

1.1.1 Struktur und Organisation des finnischen Rentensystems

In Finnland ist das System der Rentenversicherung auf drei Säulen aufgebaut und umfasst die umlagefinanzierte gesetzliche Rentenversicherung, die staatliche Rente und als letztes Element die garantierte Mindestrente.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist dezentral organisiert und wird von privaten Trägern durchgeführt. Es gibt diverse staatlich zugelassene Versicherungsfonds, Versicherungsgesellschaften und betriebliche bzw. branchenweite Pensionsfonds, die alle der staatlichen Aufsicht unterliegen.

Für bestimmte Berufsgruppen gibt es besondere Einrichtungen. Für Beschäftigte im öffentlichen Dienst ist zum Beispiel die KEVA zuständig, für die Land- und Forstwirtschaft die MELA.

Als Dachorganisation der gesetzlichen Rentenversicherung fungiert das Finnische Zentrum für Altersvorsorge (ETK). Dieses stellt ein koordinierendes Bindeglied zwischen den privatrechtlich organisierten Rententrägern und der Politik / Gesetzgebung dar und wirkt mit und begleitet die rentenrelevante Gesetzgebung.

1.1.2 Wer ist versichert?

In Finnland wird man als Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer sowie als Selbständige bzw. Selbständiger aufgrund verschiedener Gesetze in die Rentenversicherung einbezogen:

- Privatwirtschaft (TyeL)
- Seefahrer (MEL)
- Öffentlicher Dienst (Juel) und Kirche
- Land- und Forstwirtschaft
- Selbständige (YEL)

Die Versicherungspflicht beginnt mit Vollendung des 17. Lebensjahres.



In Finnland gibt es kein gesetzliches Standard-Rentenalter wie in Deutschland, sondern einen Korridor. Das Höchstalter, bis zu dem Beiträge zu zahlen sind, beträgt zurzeit 68 Jahre. Es ist geplant, dieses Alter in Anlehnung an die Erhöhung des Mindest-Rentenalters von zurzeit 63,5 Jahren ebenfalls entsprechend anzuheben, so dass für ab 1962 Geborene ein Höchstalter von 70 gälte. Nach diesen Plänen würde für Geburtsjahrgänge ab 1965 das Höchstalter jeweils 5 Jahre über der Mindest-Altersgrenze für die Altersrente liegen. Hierüber muss aber noch entschieden werden.

Die Beiträge werden seit 1993 sowohl von der Arbeitnehmerin bzw. vom Arbeitnehmer als auch der Arbeitgeberin bzw. vom Arbeitgeber getragen. Dabei ist ausschließlich der Beitragsanteil für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer festgeschrieben auf (2019) 6,75% bzw. 8,25% (bei einem Alter zwischen 53 und 62 Jahren). Versichert ist der gesamte Verdienst. Eine Obergrenze ist bei der Beitragsbemessung nicht vorgesehen, allerdings – anders als z. B. in der Schweiz – auch nicht bei den Leistungen. Bestimmte beitragsfreie Zeiten werden aus dem Staatshaushalt finanziert.

Der Beitragsanteil der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers ergibt sich aus dem Gesamt-Versicherungsbeitrag abzüglich des von der Arbeitnehmerin bzw. vom Arbeitnehmer zu zahlendem Anteil. Der Versicherungsbeitrag ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Auswirkungen können die Größe des Betriebes, das vorliegende Risiko (z.B. Zahl der Erwerbsminderungsfälle im Betrieb) aber auch eingeräumte Rabatte haben. Der durchschnittliche Beitragssatz (insgesamt) variiert je nachdem, welchem System man angehört. Er beträgt 2019 beispielsweise im privaten Sektor durchschnittlich 24,4%, bei der KEVA oder der Kirche sogar 28,35%.

In Finnland werden auch alle Selbständigen in die Rentenversicherung mit einbezogen. Voraussetzung dafür ist, dass nach Vollendung des 18. Lebensjahres eine selbständige Tätigkeit ununterbrochen für mindestens vier Monate ausgeübt wurde und das „bestätigte Einkommen“ einen bestimmten Betrag überschreitet (2019: 7.799,37 EUR). Bei welchem der zugelassenen Rententräger sie die Versicherung durchführen, können sie dann grundsätzlich frei entscheiden.

Dem Zentrum für Altersvorsorge kommt bei selbständig Tätigen eine besondere Funktion zu. Denn von dort wird überwacht und überprüft, ob der Verpflichtung zur Versicherung nachgekommen wurde. Sollte dies trotz Aufforderung nicht geschehen, würde das Zentrum für Altersvorsorge eine entsprechende Versicherung zu Gunsten und auf Kosten der betroffenen Person abschließen.

Selbständige sind selbst für die Beitragsabführung verantwortlich. Ihr Beitrag beträgt 2019 24,1% bzw. 25,6% (bei einem Alter zwischen 53 und 62 Jahren) des Einkommens. Als Einkommen gilt das „bestätigte“ Einkommen. Dieses sollte danach bestimmt werden, was man als Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer in vergleichbarer Tätigkeit verdienen würde. Dies führt zu der Besonderheit, dass das Einkommen nicht dem erzielten und somit zu versteuernden Einkommen entsprechen muss. In der Realität wird häufig ein zu geringes „bestätigtes“ Einkommen von den Selbständigen angegeben. Dies führt im Ergebnis zu einer



unzureichenden Absicherung, worauf das Finnische Zentrum für Altersvorsorge in einer Pressemitteilung im Mai 2019 aufmerksam gemacht hat.¹

1.1.3 Kindererziehung

Während der Elternzeit besteht Anspruch auf Elterngeld für 158 Werktage. Die Eltern können sich die Elternzeit teilen. Ein gleichzeitiger Anspruch auf Elternzeit ist jedoch nicht möglich mit Ausnahme des Teilerntgeldes. Hier reduzieren beide Eltern ihre Arbeitszeit in etwa auf die Hälfte. Der Elterngeldanspruch jedes Elternteils wird dann auch jeweils nur zur Hälfte ausgezahlt.

Für die Rentenberechnung wird in dieser Zeit ein Verdienst zugrunde gelegt von 117 Prozent des dem Elterngeld zugrunde liegenden Einkommens, mindestens jedoch rund 740,- EUR (2019). Dieser Mindestbetrag wird auch zugrunde gelegt, wenn Eltern im Anschluss an die Elternzeit weiter zu Hause bleiben und Kinderbetreuungsgeld erhalten (bis zum 3. Geburtstag des Kindes, d.h. 2 Jahre lang). Im Ergebnis bedeutet das, dass ein Jahr Kindererziehung die Rente um ca. 11,- EUR erhöht (beim Mindestbetrag).

Ggf. aus einer parallelen Berufstätigkeit resultierende Anwartschaften werden nach den regulären Vorschriften berücksichtigt und haben auf die aus der Elternzeit resultierenden Anrechte keinen Einfluss.

1.1.4 Altersrenten

Das finnische Rentensystem ist dem Druck durch den demografischen Wandel in besonderem Maße ausgesetzt. Dies liegt an der im europäischen Vergleich besonders niedrigen Geburtenrate. Nach 2005 hat der Gesetzgeber durch die Rentenreform im Jahr 2017 erneut darauf reagiert. Zum einen wird das Renteneintrittsalter verschoben. Des Weiteren gab es gravierende Veränderungen beim vorzeitigen Ruhestand.

Während es nach bisherigem Recht so war, dass die letzten Jahre vor dem Renteneintritt in besonderem Maße in die Rentenberechnung einfließen, gilt jetzt ein einheitlicher Steigerungssatz von 1,5. Lediglich in einer Übergangszeit bis 31.12.2025 gilt in einem Alter zwischen 53 und 62 ein höherer Steigerungssatz von 1,7. Dies ist auch der Grund für den bereits erwähnten abweichenden Beitragssatz für diesen Personenkreis.

Der 2005 eingeführte Lebenserwartungskoeffizient berücksichtigt die steigende Lebenserwartung und führt zu einer Reduzierung der Rentenansprüche. Dieser mindernde Effekt wird „umgangen“, wenn die Rente erst ab dem Zielrentenalter in Anspruch genommen wird. Das Zielrentenalter ist dabei nicht das reguläre Renteneintrittsalter (s. nächster Abschnitt) sondern der Zeitpunkt, ab dem der Effekt des Lebenserwartungskoeffizienten ausgeglichen ist.

Das Mindest-Renteneintrittsalter wird für Geburtsjahrgänge bis einschließlich 1964 von 63 auf 65 Jahre angehoben. Das Renteneintrittsalter für

¹ <https://www.etk.fi/en/uutinen/number-of-underinsured-self-employed-persons-continues-to-grow/>



Geburtsjahrgänge ab 1965 wird jeweils 3 Jahre vorher ermittelt. Dabei wird die Entwicklung des Renteneintrittsalters an die Entwicklung der Lebenserwartung gekoppelt.

Um die (volle) Altersrente zu beziehen, ist die Aufgabe des Beschäftigungsverhältnisses erforderlich. Diese Beendigung erfolgt allerdings automatisch, im Einklang mit den Tarifverträgen. Danach kann der Betroffene sofort ein neues Beschäftigungsverhältnis eingehen und daneben die volle Rente beziehen. Beiträge werden allerdings in diesem Arbeitsverhältnis keine gezahlt, und dementsprechend auch keine weiteren Anwartschaften erworben.

Bisher war es möglich, bereits mit 58 Jahren eine Teilzeitrente zu beziehen. Diese Rentenart wurde durch die Rentenreform 2017 abgeschafft und durch eine neue Rentenart ersetzt, die Altersteilrente. Es ist nun frühestens mit 61 möglich, eine Teilrente in Höhe von 25 oder 50 Prozent zu beanspruchen. Es gibt dabei keinerlei Beschränkungen in Bezug auf eine weitere Erwerbstätigkeit. Es ist also grundsätzlich möglich, eine Altersteilrente zu beziehen und der eigenen Erwerbstätigkeit weiterhin in vollem Umfang nachzugehen. Gesetzgeberische Intention war jedoch die Möglichkeit des gleitenden Überganges in den Ruhestand. Dies ist auch daran erkennbar, dass man bei Bezug einer 25 Prozent Teilrente zu einem späteren Zeitpunkt in die 50 Prozent Teilrente wechseln kann, nicht jedoch andersherum.

Beginnt die Altersteilrente vor Erreichen der regulären Altersgrenze, führt das zu dauerhaften Rentenabschlägen von 0,4 Prozent für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme, bezogen auf den tatsächlich in Anspruch genommenen Teil der Rente.

Wird während des Teilrentenbezuges weitergearbeitet, erwirbt die betroffene Person aus dieser Erwerbstätigkeit nach den regulären Vorschriften weitere Rentenanwartschaften.

Während eine vorzeitige Inanspruchnahme zu Rentenabschlägen führt, führt das Hinausschieben des Rentenbeginns zu einer dauerhaften Rentenerhöhung von 0,4 Prozent für jeden Monat, in dem die Rente trotz erfüllter Voraussetzungen nicht in Anspruch genommen wird.

Insgesamt sollen die beschriebenen Regelungen Anreize dafür bieten, länger zu arbeiten und später in Rente zu gehen.

Für Langzeitarbeitslose besteht die Möglichkeit, mit 62 in Rente zu gehen. Voraussetzungen ist der Bezug der Arbeitslosenunterstützung für ältere Arbeitnehmer. Entscheidet sich die betroffene Person für die Altersrente, ist dieses trotz der vorzeitigen Inanspruchnahme nicht mit Rentenabschlägen verbunden.

Mit der Rentenreform 2017 wurde außerdem eine neue Rentenart für Langzeitbeschäftigte in besonders fordernden Berufen eingeführt. Hat eine Person für mindestens 38 Jahre körperlich oder seelisch sehr anspruchsvolle Tätigkeiten ausgeübt und ist dazu aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr voll in der Lage, kann sie diese Rente mit 63 in Anspruch nehmen.



Es handelt sich bei dieser Rente somit in gewisser Weise um eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Jedoch müssen die notwendigen gesundheitlichen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit nicht so stark sein wie bei einer Erwerbsminderungsrente.

1.1.5 Erwerbsminderungsrenten

Bei den Erwerbsminderungsrenten wird zwischen der vollen und der teilweisen Erwerbsminderung unterschieden. Teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn das Leistungsvermögen um mindestens 40 Prozent gesunken ist. Volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn das Leistungsvermögen um mindestens 60 Prozent gesunken ist. Bei über 60jährigen werden bei der entsprechenden Prüfung niedrigere Hürden gesetzt, weil für diesen Personenkreis die Prüfung nur abgestellt auf die letzte Tätigkeit erfolgt.

Renten wegen Erwerbsminderung enthalten eine projizierte Rentenkomponente. Zusätzlich zu den tatsächlich erworbenen Anrechten wird damit ein Ausgleich dafür geschaffen, dass man aus gesundheitlichen Gründen aus dem Berufsleben ausscheiden muss und somit nicht die Möglichkeit hat, bis zur Altersgrenze weiter zu arbeiten und entsprechend weitere Rentenanwartschaften zu erwerben.

Die Berechnung erfolgt dabei aus dem Durchschnittsverdienst der letzten fünf Jahre vor dem Rentenbeginn. Dieser Verdienst wird dann bis zum regulären Rentenalter fortgeschrieben.

1.1.6 Hinterbliebenenrenten

Das finnische Rentensystem umfasst auch Witwen-/Witwer- und Waisenrenten. Waisenrenten werden nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erbracht. Bei Witwen- bzw. Witwerrenten sind die Voraussetzungen unterschiedlich, je nachdem ob gemeinsame Kinder vorhanden sind. Auf jeden Fall darf die bzw. der Verstorbene zum Zeitpunkt der Eheschließung noch nicht 65 gewesen sein.

Die Witwen- bzw. Witwerrente entspricht 50% der Rente der bzw. des Verstorbenen. Wurde zu Lebzeiten noch keine Rente bezogen, bemisst sich die Witwen- bzw. Witwerrente nach dem fiktiven Anspruch auf Erwerbsminderungsrente zum Zeitpunkt des Todes. Es findet eine Anrechnung von Einkünften, insbesondere der eigenen Rente statt. Sind mehrere Berechtigte vorhanden (z.B. Witwe/Witwer und Waisen) erfolgt eine Aufteilung der Ansprüche.

1.1.7 Staatliche Rente und garantierte Mindestrente

Darüber hinaus gibt es noch die staatliche Rente und die garantierte Mindestrente. Diese Leistungen werden durch KELA erbracht und kommen (ergänzend) zum Tragen, wenn keine oder nur geringe Ansprüche erworben wurden. Die Höhe der staatlichen Rente ist vom Familienstand abhängig. Alleinstehende Personen haben einen Anspruch in Höhe von 628,85 EUR pro Monat. Verheiratete (oder in fester Lebensgemeinschaft lebend) haben einen geringeren Anspruch von 557,79 EUR pro Monat.



Anspruch auf die volle staatliche Rente besteht, wenn die eigenen erworbenen Rentenansprüche 55,54 EUR nicht übersteigen. Liegen diese darüber, wird der übersteigende Teil zur Hälfte auf den Anspruch auf die staatliche Rente angerechnet. Ein Anspruch auf die volle staatliche Rente besteht darüber hinaus nur, wenn man ab Vollendung des 16. Lebensjahres bis zum Rentenbeginn zu mindestens 80 Prozent in Finnland gelebt hat.

Wird die staatliche Rente als vorgezogene Altersrente vor Vollendung des 65 Lebensjahres in Anspruch genommen, reduziert sich der Anspruch um 0,4% für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme, während es einen Zuschlag von 0,4 Prozent für jeden Monat der hinausgeschobenen Inanspruchnahme gibt.

Die garantierte Mindestrente sorgt dafür, dass jede Person ein Mindesteinkommen von 784,52 EUR (2019) hat.

1.1.8 Charakteristische Merkmale des finnischen Rentensystems im Vergleich

Will man aus deutscher Sicht die Besonderheiten des finnischen gesetzlichen und lohnbezogenen Rentensystems kommentieren, so fällt natürlich sofort auf, dass dieses von privaten Finanzdienstleistern verwaltet wird. Dies ist einmalig in Europa. Abgesehen von eher historischen Hintergründen hängt dies mit der starken kapitalgedeckten Komponente des Systems zusammen: 1/3 der Anwartschaften ist gedeckt. Der Erfolg von Kapitalanlage-Strategien ist daher wichtiges Element im Wettbewerb der Finanzdienstleister um die einzelnen Arbeitgeber.

Einmalig ist auch die zukünftige Kopplung des Rentenalters an die Lebenserwartung. In Kroatien und Deutschland wird zwar ebenfalls das Renteneintrittsalter erhöht, jedoch verbleibt es bei starren Altersgrenzen.

In Kroatien sind aktuell gewerkschaftliche Bestrebungen zu beobachten, die aktuelle Rentenreform und die damit einhergehende Anhebung des Rentenalters auf 67 durch ein Referendum zurückzunehmen.

1.1.9 Selbstwahrnehmung des finnischen Rentensystems

Der internationale Rentenexperte und Mitarbeiter des finnischen Zentrums für Renten (ETK) Niko Väänänen sieht die Wurzeln der Stärke Finnlands Rentenversicherung in der tripartitären Verhandlungstradition des Landes. Sie habe sich bewährt, als es darum ging, die Herausforderungen des demographischen Wandels in einer sozial angemessenen Weise zu bewältigen.

Die größte Herausforderung aber sei die niedrige Geburtenrate. Auf lange Sicht werde sie die Finanzierung auf die Probe stellen. Jetzt gehe es darum, die Anhebung des Rentenalters mit Leben zu füllen, so dass die Menschen tatsächlich länger arbeiten. Für das Wohlergehen der Rentner werden neben den Renten aber auch die Bereitstellung gezielter Sozialleistungen eine ganz wesentliche Rolle spielen.



Finnland sei entschieden der Auffassung, dass Renten im europäischen Kontext eine Angelegenheit der Mitgliedstaaten sind. Gleichzeitig sei es jedoch wichtig, dass alle Länder Europas ihren Bürgern angemessene Renten garantieren.

Die finnische Präsidentschaft hat das „Wohlergehen“ der Menschen auf die politische Agenda gesetzt und möchte dieses Ziel auch über künftige Präsidentschaften hinweg verfolgen. Im Zentrum steht dabei die Erkenntnis, dass Sozialversicherung nicht nur ein Kostenfaktor ist, sondern auch eine Investition: In die Wirtschaft, in die Gesellschaft und in das Wohlergehen der Menschen.

1.2 Das finnische Gesundheitssystem

1.2.1 Das finnische Gesundheits- und Sozialwesen im Umbruch

Das finnische Gesundheitssystem strukturiert sich neu. Auslöser für die Neuordnung der öffentlichen Krankenhausversorgung sowie für die Gebiets- und Finanzierungsreform sind soziodemographische Herausforderungen. Gleichzeitig stellen die soziogeographischen Voraussetzungen eine Besonderheit des Flächenlandes auf dem Weg der Modernisierung des Gesundheitswesens dar.

Über drei Regierungsperioden wurden die Gebiets- und Finanzierungsreform sowie die Gesundheits- und Sozialreform (SOTE) vorbereitet.² Seit 2017 ist der erste Teil der „SOTE“-Reform in Kraft. Der ehrgeizige Zeitplan sieht vor, bis 2020 die Funktionsfähigkeit der neuen Regionalparlamente sicherzustellen und bis 2029 die Absenkung der Ausgaben im Gesundheits- und Sozialsystem in Höhe von drei Milliarden Euro abzubilden.³ Was wurde bisher erreicht und können die Finnen den Zeitplan einhalten?

1.2.2 Versorgungsplanung entlang der Demographie und Geographie

Im Jahr 2017 betrug das Budget des Ministeriums für Gesundheit und Soziales 20,6 Mrd. EUR. Die Finnen geben somit 9,2 Prozent ihres Bruttoinlandproduktes für Gesundheit und Soziales⁴ aus und liegen damit unter dem EU (28) Durchschnitt von 9,9 Prozent. Pro Kopf geben die Finnen mit 3.053 EUR PPP etwas mehr als der EU-Durchschnitt (EU: 2.905,- EUR PPP) für Gesundheit aus.⁵ In den vergangenen Jahren sind die absoluten Ausgaben für Gesundheit kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2017 verzeichnen die Finnen einen Ausgabenanstieg von 2,4 Prozent, welcher den Trend der vergangenen Jahre fortführt.

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt von 81,6 Jahren liegt in Finnland im europäischen Ländervergleich im oberen Drittel (EU 28: 80,6 Jahre). Seit dem Jahr 2000 haben die Finnen ihre Lebenserwartung um ca. vier Jahre erhöht.⁶

² Vgl. Kangas, Kallioma-Puha (2018): European Social Policy Network (ESPN) Flash Report 2018/2, S. 1

³ Vgl. <https://alueuudistus.fi/en/general-information-reform> (abgerufen am 21.08.2019)

⁴ Vgl. OECD.Stat (2017)

⁵ Vgl. EuroStat (2016)

⁶ Vgl. OECD (2017): State of Health in the EU: Country Health Profile 2017 - Finland. S. 2ff.



Die mit der steigenden Lebenserwartung verbundene Ausgabensteigerung beschreibt im europäischen Vergleich keinen Einzelfall. Europäische Industrienationen teilen die Herausforderungen einer alternden Bevölkerungsstruktur, abnehmender Erwerbsbevölkerung bei steigenden Ausgaben für Gesundheit.⁷

Als besonders ist jedoch die soziogeographische Situation in Finnland für die medizinische Versorgungsplanung zu bewerten. Auf einer mit der Bundesrepublik Deutschland vergleichbar großen Fläche leben 5,5 Millionen Finnen, welche Landesweit sehr ungleich verteilt sind. Knapp 20 Prozent der Einwohner leben in der Region Uusimaa, welche die Hauptstadt Helsinki einschließt. Deutlich werden die Unterschiede bei der Betrachtung der Bevölkerungsdichte. Im landesweiten Durchschnitt wird die Bevölkerungsdichte von 18,1 Einwohnern gemessen. Jedoch weist die Region Uusimaa (inkl. Helsinki) mit 183,7 Einwohnern pro Quadratkilometer die höchste Bevölkerungsdichte auf. In Lappland leben dagegen nur 1,9 Einwohner pro Quadratkilometer.⁸ Für die Planung der Gesundheitsversorgung ist es somit zentral, die landesweiten Unterschiede der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen.

1.2.3 Demokratie durch Dezentralisierung

Soweit das Gesundheits- und Sozialsystem steuerfinanziert ist, wird es auf gesamtstaatlicher Ebene durch das Ministerium für Gesundheit und Soziales organisiert. Dem Ministerium obliegen die Gesetzgebung, Planung und Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen.⁹

Der Schutz durch das steuerfinanzierte Gesundheitssystem orientiert sich am Wohnsitzprinzip und erfasst jede gemeldete Person, unabhängig von Nationalität, Berufstätigkeit oder Einkommen.¹⁰

Die Organisation des Gesundheitswesens nach dem Wohnsitzprinzip spielt in der Finanzierung und Versorgungsplanung eine gewichtige Rolle und erhält dadurch den „demokratischen“ Charakter.

Der Sicherstellungsauftrag zur *primärärztlichen Grundversorgung* liegt derzeit bei den 300 Kommunen. Somit konzentriert sich die Versorgungsplanung zur Sicherstellung maßgeblich entlang der gemeldeten Wohnbevölkerung der jeweiligen Kommune. Daraus entsteht die Situation, dass die Kommunen i.d.R. Träger der 140 Gesundheitszentren in Finnland sind. Private Gesundheitseinrichtungen stellen im System die Ausnahme dar. Preis- und Qualitätswettbewerb wird verstärkt über überregionale Ausschreibungen auf Gesundheitsleistungen ausgelöst, an welcher sich auch private Einrichtungen beteiligen können.¹¹

⁷ Vgl. Kela (2017): Statistical Yearbook of the Social Insurance Institution, S. 26, 29f.

⁸ Vgl. Preusker (2019): Reform des Gesundheitssystems in Finnland. Qualitätsmonitor 2019, S. 4; Statista.com

⁹ Vgl. Europäische Union (2012): Die Verwaltung der Gesundheitssysteme in der EU-Mitgliedstaaten – Die Rolle der lokalen und regionalen Gebietskörperschaften, S. 30f.

¹⁰ Vgl. Preusker (2019), S. 4

¹¹ Vgl. Preusker (2019), S. 4f.



Die ambulante *spezialfachärztliche Behandlung und stationäre Versorgung* übernehmen die derzeit 30 öffentlichen Krankenhäuser und fünf Universitätskliniken. Per Gesetz sind die Kommunen in einem von 20 Krankenhausbezirken Mitglied. Die Krankenhausbezirke sind wiederum Träger der öffentlichen Krankenhäuser im Bezirk. Die Kommune bezieht somit ihre ambulanten fachärztlichen und stationären Leistungen aus dem jeweils ansässigen Krankenhausbezirk. Der Zugang zur ambulanten spezialfachärztlichen oder stationären Versorgung wird per Überweisung durch einen Primärarzt gesteuert. Der direkte Zugang ist nur in akuten krankenhausbearbeitungsbedürftigen Fällen oder im Notfall möglich. Niedergelassene Ärzte in eigenen Praxen existieren nicht.¹²

Pflegeleistungen werden durch das öffentliche Gesundheitswesen finanziert und umfassen die Pflegeberatung, ambulante und häusliche Pflegedienste. In der Regel werden die Pflegeleistungen beim Sozial- und Gesundheitsdienst der Gemeinde beantragt.¹³ Leistungen zur informellen Pflegeunterstützung werden ebenfalls gewährt. Der als Geldleistung gewährte Pflegezuschuss ist versteuerungspflichtig.¹⁴ Leistungen bei Invalidität werden durch die gesetzliche Rentenversicherung finanziert.

1.2.4 Finanzierung

Die Kommune erhebt zur Sicherstellung und Erbringung der Versorgung eine Steuer, welche je Kommune zwischen 18 und 22,5 Prozent des versteuerungsfähigen Einkommens beträgt. Ergänzend erhalten die Kommunen nicht zweckgebundene Steuerzuschüsse des Zentralstaates. Die Zuschüsse bemessen sich an der Bevölkerungsdichte, Altersstruktur, Arbeitslosenquote und Mortalitätsrate. Aus der Summe dieser Finanzmittel werden die Kosten für ärztliche Leistungen (stationär, ambulant, zahnärztlich), Arzneimittel und Krankentransporte finanziert. Kranken und Mutterschaftsgeld wird durch Arbeitgeber- (2,06 Prozent) und Arbeitnehmerbeiträge (2,1 Prozent) finanziert. Die Abgabepflicht besteht ebenfalls für Selbstständige (2,35 Prozent) und Rentner (1,5 Prozent).¹⁵

Ca. 80 Prozent der Ausgaben für Gesundheit werden aus öffentlichen Mitteln finanziert und kommunal entlang der Versorgungsbedarfe verwaltet.¹⁶

Ergänzend entrichten die Finnen private Beiträge zu ihrer Gesundheitsversorgung¹⁷ oder versichern sich privat gegen dieses Risiko.¹⁸ Diese Zusatzversicherung dient dazu, bestimmte vom öffentlichen System nicht getragene Leistungen zu finanzieren. Je nach Gemeinde entrichten die Finnen eine Selbstbeteiligung je Arztkontakt von bis zu elf Euro für die ersten drei Besuche. Es besteht jedoch

¹² Vgl. Preusker (2019), S. 5f.

¹³ Vgl. Europäische Kommission (2019): Ihre Rechte der sozialen Sicherheit in Finnland, S. 14f., 17

¹⁴ Vgl. Europäische Kommission (2019), S. 19f.

¹⁵ Vgl. Preusker (2017), Neuer Zuschnitt für die Kliniklandschaft. G+G, Ausgabe 3/17, 20. Jahrgang, S. 31

¹⁶ Vgl. Kela (2017), S. 342

¹⁷ Durchschnittliche Selbstbeteiligung liegt bei 718 Euro pro Kopf (2015). Davon 1/3 für Arzneimittel. Vgl. OECD (2017), S. 11

¹⁸ Vgl. OECD (2017), S. 7; Vuorenkoski (2008): Finland. Health system review. In: Health Systems in Transition, Vol. 10, no. 4, S. 52



auch die Möglichkeit eine Jahresgebühr von 22,- EUR zu entrichten. Im Krankenhaus ist eine Selbstbeteiligung von 26,- EUR pro Tag fällig und ist pro Kopf auf 590 Euro pro Jahr gedeckelt. Verhältnismäßig höher fallen die Selbstbehalte für verschreibungspflichtige Arzneimittel aus. Mit Beginn des Jahres des 19. Geburtstags werden Arzneimittel bis zu einem Betrag von 50,- EUR pro Jahr zu 100 Prozent privat finanziert (Untergrenze). Die selbst entrichteten Beiträge werden über das Jahr kumuliert. Werden über die Untergrenze hinaus Arzneimittel finanziert, werden je nach Erstattungskategorie des Arzneimittels 40, 65 oder 100 Prozent erstattet. In der Erstattungskategorie 100 Prozent wird je Medikament ein Selbstbehalt von 4,50 EUR einbehalten. Sobald die individuellen Ausgaben für Arzneimittel kumuliert die Obergrenze von 572 EUR (2019) in einem Kalenderjahr erreicht haben, werden alle Medikamente zu 100 Prozent erstattet. Die Selbstbeteiligung pro Medikament liegt dann bei 2,50 EUR.¹⁹

1.2.5 Eine weitere Säule des finnischen Gesundheitssystems: Die nationale Krankenversicherung

Neben dem staatlich/regional/kommunal organisierten Gesundheitsdienst gibt es auch eine gesetzliche Krankenversicherung, organisiert durch die KELA. Ihre Aufgabe besteht vor allem in der Leistung von Krankengeld. Für die Arbeitnehmer – nicht aber die Selbständigen – übernimmt die Krankenversicherung auch bestimmte Gesundheitsleistungen, vor allem die Kosten von Medikamenten oder die Kosten einer privatärztlichen Behandlung.

1.2.6 Absicherung durch Gesundheits- und Sozialleistungen von Arbeitgebern

Eine Besonderheit stellt die betriebsmedizinische Versorgung in der ambulanten primärärztlichen Versorgung dar. In Finnland haben ca. ein Drittel der Bevölkerung Zugang zu diesem Parallelsystem²⁰ – innerhalb der Erwerbsbevölkerung 87 Prozent.²¹ Die betriebsmedizinische Versorgung ist ein relevantes Wettbewerbselement der Arbeitgeber, da z.B. Wartezeiten oder Gatekeeper des öffentlichen Systems reduziert oder vollständig umgangen werden können.²²

Eine weitere privatwirtschaftliche Einflussnahme auf ein Element der sozialen Sicherung ist die Ausweitung der Krankengeldzahlungen durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit. Aus dem öffentlichen System besteht ab dem zehnten Arbeitstag, nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, Anspruch auf Krankengeldzahlungen. Die Wartezeit überbrückt in der Regel der Arbeitgeber und zahlt üblicherweise das volle Gehalt weiter. Tatsächlich gewähren die Arbeitgeber jedoch die volle Lohnfortzahlung für die ersten ein bis zwei Krankheitsmonate. Im Anschluss wird das Krankengeld durch das Gesundheitssystem für bis zu 300 Werktagen gewährt.²³

¹⁹ Vgl. <https://www.kela.fi/web/en/medicine-expenses>, aufgerufen am 19.08.2019

²⁰ Vgl. Preusker (2019), S. 5

²¹ Vgl. Kela (2017), S. 203

²² Vgl. OECD (2017), S. 11

²³ Vgl. EU Kommission im Internet unter: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1109&langId=de&intPagId=4522>, abgerufen am 20.08.19



1.2.7 Zwischenfazit: Mehrschichtiger Reformbedarf

Die schwache ökonomische Entwicklung des Bruttoinlandproduktes wirkt sich im steuerfinanzierten System direkt auf das Budget für Gesundheit und Soziales aus.²⁴ Gleichzeitig wird die Ausgabensituation des Systems durch die demographische Entwicklung sowie ineffiziente Versorgungsstrukturen auf dezentraler Planungsebene verschärft. Dies hat in der Vergangenheit zu unterschiedlichen Qualitätsniveaus in der Versorgung und Ungerechtigkeiten im Zugang zur Gesundheitsleistungen geführt. Insbesondere sind einkommensschwache Personengruppen von Wartezeiten und dadurch zeitlich verzögerte medizinische Behandlungen betroffen. Diesem Mangel können sich wiederum andere Personengruppen durch den Zugang zur betriebsmedizinischen Versorgung entziehen und/oder das Risiko relativ hoher Zuzahlungen, durch private Versicherungen, auslagern.

Es ist auffällig, dass das alle Bürger einbeziehende steuerfinanzierte Gesundheitssystem zwar universell ist, aber nicht umfassend. Zusatzversicherungen sind nötig, wie zum Beispiel die gesetzliche Krankenversicherung, verwaltet von der KELA. Die finnische Gesundheitsexpertin Maria Vaalavuo erläuterte auf einer Tagung am 17. Oktober in Helsinki die Konsequenzen für die ältere Bevölkerung. In Umfragen zeige sich diese recht zufrieden mit der Höhe ihrer Renten, äußere aber Sorgen über die individuelle Belastung mit den im Alter wachsenden Gesundheitsausgaben. So müsse etwa das untere Einkommensquintil der Rentner ca. 9 Prozent ihres Haushaltseinkommens für Eigenanteile an den medizinischen Behandlungskosten ausgeben.

1.2.8 Problem erkannt, Reform entstand

Das Ministerium für Gesundheit und Soziales hat sich diesen Systemschwächen angenommen und Reformen zur Modernisierung des Gesundheits- und Sozialsystems auf den Weg gebracht, die folgende Ziele erreichen sollen:

- Nachhaltige Stabilisierung der Finanzierung des Gesundheitssystems: Zielwert 2029: Drei Milliarden Euro Einsparungen durch Absenkung der jährliche Ausgabensteigerung auf 0,9 Prozent²⁵
- Verbesserung und landesweite Vereinheitlichung der Behandlungsqualität
- Abbau von Wartezeiten.

Um diese Ziele zu erreichen wird das Gesundheits- und Sozialsystem entlang der Reformen wie folgt umgebaut:

1. Die Gesundheits- und Sozialreform (SOTE)

Innerhalb der Gesundheits- und Sozialreform ist die Neuordnung der öffentlichen Krankenhausversorgung maßgeblich. Diese umfasst die Neuordnung der

²⁴ Vgl. Ministry of Social Affairs and Health (2019): https://stm.fi/en/article/-/asset_publisher/so-siaali-ja-terveysministerion-hallinnonalan-talousarvioesitys-vuodelle-2019; OECD (2017), S.13

²⁵ Vgl. <https://alueuudistus.fi/en/general-information-reform> (abgerufen am 21.08.2019)



Notfallversorgung, die Spezialisierung von Leistungen in ausgewählten oder allen Universitätskliniken sowie die Definition von Mindestmengen.

Die Neuordnung wird die Anzahl der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser mit einer 24-Stunden-Notfallbereitschaft landesweit von derzeit 30 auf 12 reduzieren. Damit setzt sich der seit 2014 anhaltende Trend fort. Allerdings regelt die am 1. Januar 2018 in Kraft getretene Verordnung, dass die an der höchsten Stufe der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser zukünftig für zwölf Fachabteilungen eine 24-Stunden-Notfallbereitschaft personell, räumlich und medizintechnisch sicherstellen müssen. Alle anderen Krankenhäuser werden ihre Notfallversorgung einschränken oder einstellen. Weitere acht Krankenhäuser werden als zweite Stufe der Notfallversorgung eine 24 Stunden Notaufnahme anbieten. Operationen am Wochenende oder in der Nacht dürfen dann nur noch in unabweisbaren Notfällen ausgeführt werden. Die restlichen Fälle sind in eines der umliegenden zwölf Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe zu verlegen.

Die übrigen öffentlichen Krankenhäuser werden mit rehabilitativen Aufgaben und als Teil der dritten Notfallversorgungsstufe teilweise mit einer ambulanten Notfallversorgung in der Nacht und am Wochenende betraut. Operative Tätigkeiten sind hier nicht mehr möglich. Die ambulante Notfallversorgung an Werktagen tagsüber ist Aufgabe der Gesundheitszentren.

Gestützt wird dieses System durch 500 Rettungssanitäter und 5 Rettungshubschrauber, die als mobile Ersthelfer den/die Patienten/in, bei angezeigtem spezialisiertem Behandlungsbedarf, nachts oder am Wochenende in eine Klinik der höchsten Versorgungsstufe bringen.

Zur Verbesserung der Qualität werden besonders seltene oder aufwändige Behandlungen mit einer Fallzahl von bis zu 50 Fällen pro Jahr an einem oder einigen der fünf Universitätskliniken erbracht. Behandlungen mit bis zu 200 Fällen pro Jahr werden an allen Universitätskliniken konzentriert. Die Transplantationsmedizin, Behandlung von Brandverletzungen sowie die offene Herzchirurgie bei Kindern und Neugeborenen wird ausschließlich dem Universitätsklinikum Helsinki übertragen.

Darüber hinaus sind weitere Mindestmengen zum Beispiel bei der Gelenkersatz (300 Knie, 300 Hüften), Rücken- (150, 50 pro operierenden Arzt) oder Brustkrebschirurgie (150) für die übrigen Krankenhäuser definiert.²⁶

Neben dem Ziel der Qualitätssteigerung durch die Konzentration spezialisierter Leistungen in den Universitätskliniken sowie der Festlegung von Mindestmengen, sollen Operationen zunehmend in der Nacht oder am Wochenende vorgenommen werden. Diese Maßnahme ist mit einem jährlichen Einsparungspotential von 350 Millionen Euro bemessen.²⁷

²⁶ Die seit 2014 geltende Mindestmenge für Geburten (1.000 p.A. pro KH) bleibt bestehen (Vgl. Preusker (2019), S. 11)

²⁷ Vgl. Preusker (2019), S. 9ff.



2. Gebiets- und Finanzierungsreform

Die mit der dezentralisierten, in 300 Kommunen verwalteten Gesundheitsversorgung verbundenen Probleme sollen zum Stichtag 01.01.2021 durch die Gebietsreform gelöst werden. Die Gebietsreform legt fest, dass zukünftig 18 übergeordnete Regionen die medizinische Versorgung sicherstellen. Dies hat weitreichende organisatorische Konsequenzen. Die derzeit ca. 220.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kommunen erhalten zum Stichtag, mit der dann zuständigen Regionalverwaltung, einen neuen Arbeitgeber. Mit dem Wechsel der regionalen Zuständigkeit werden auch die im Besitz der Kommunen stehenden Gesundheitsimmobilien auf die Regionen übergehen oder angemietet.

Durch den Verlust des medizinischen Sicherstellungsauftrags werden die Kommunen um ca. 17,7 Mrd. Euro entlastet. Konsequenterweise wird die kommunale Einkommenssteuer um 60 Prozent und die Gewerbesteuer um 40 Prozent gesenkt und die zentralen Steuern entsprechend nach oben angepasst. Der bisher an die Kommunen gezahlte Steuerzuschuss in Höhe von sechs Milliarden Euro wird zukünftig zweckgebunden für die Gesundheits- und Sozialversorgung an die 18 Regionen gezahlt. Die Allokation des Steuerausschusses erfolgt entlang des Altersquotienten, der Krankheits- und Soziallast der Regionen. Die Regelungen der Selbstbeteiligung bleiben erhalten. Die Mittel fließen somit direkt in die Regionen.²⁸

Um die relativ hohen Wartezeiten zu reduzieren wird die Wahlfreiheit in der ambulanten primärärztlichen Grundversorgung ausgeweitet. Patienten dürfen ab 2023 im gesamten Land frei zwischen den öffentlichen sowie freien und privaten Gesundheitszentren wählen. Der Grundsatz der trägerunabhängigen freien Arztwahl gilt dann auch für die zahnärztliche Versorgung, sofern der zahnärztliche Versorger die definierten Mindestkriterien erfüllt.²⁹

1.2.9 Fazit und Ausblick

Mit der konsequenten Umsetzung der Reformen hat das finnische Gesundheits- und Sozialsystem notwendige Maßnahmen ergriffen, um bestehende Defizite und zukünftige Herausforderungen abzufedern. Dabei wurde organisatorisch zentralisiert, und die Versorgung verstärkt ambulant ausgerichtet und spezialisiert. Mit der weiteren Öffnung der Wahlfreiheit soll die Erreichbarkeit erleichtert und Wartezeiten abgebaut werden. Die strengen Regeln der Mindestmengen und Konzentration spezialisierter Leistungen in der stationären Versorgung zeigen, dass Qualität klar vor Erreichbarkeit steht.³⁰

Die weitreichenden Reformen mit Einschnitten in der Kommunalpolitik und -Versorgung werden in Finnland ohne großes Aufsehen umgesetzt. Grund dafür ist die weitestgehende Einigkeit der Finnen, dass diese grundlegenden Reformen

²⁸ Vgl. Preusker (2019), S. 14f.

²⁹ Vgl. Ministry of Social Affairs and Health (2018), Fact Sheet: Health, social services and regional government reform, S. 1f.

³⁰ Vgl. Preusker (2019), S. 16



notwendig sind. Trotz der Einigkeit im Großen sind Kontroversen nicht ausgeblieben.

Kontroversen bestehen in der optimalen Anzahl und Größe der neu geschaffenen Regionen. 12 der 18 Regionen seien mit weniger als 250.000 Einwohnern zu klein für ein stabiles Versichertenkollektiv zum Ausgleich von Risiken innerhalb der Region.

Mit der Ausweitung der Wahlfreiheit sehen manche die Gefahr, dass multinationale Gesundheitsdienstleister in den Markt drängen, die Mehrklassenmedizin ausgeweitet wird und schlechte Risiken im öffentlichen System verbleiben.

Auch die erwarteten Einsparungen von drei Milliarden Euro werden als unrealistisch beschrieben, da der Neuaufbau der Bürokratie zwischen Staat und Regionen zusätzliche Kosten auslöse. Ergänzend wird der Wettbewerb um medizinisches Personal die Personalkosten ausweiten.³¹

Die grundlegend verankerte Kompromissbereitschaft der Finnen in der Gesellschaft und Politik trägt zum lösungsorientierten Denken und Handeln bei.³²

Zur Einhaltung des Zeitplans der Gebietsreform hätte im Dezember 2018 die dafür notwendige Verfassungsänderung verabschiedet werden müssen.³³ Dadurch hat sich der Zeitplan dahingehend verschoben, dass die Wahl der Regionalparlamente im Herbst 2019 stattfinden werden und die Regionalparlamente ab 2020 die Arbeit aufnehmen werden. Ab 2021 tritt dann die Reform in Kraft.³⁴

1.3 Die finnische Unfallversicherung

1.3.1 Organisation

Die finnische gesetzliche Unfallversicherung konzipiert sich zwar öffentlich-rechtlich, aber auch mit privatisierten Komponenten. Es ist vorgeschrieben, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei einem Versicherungsunternehmen eine Versicherung gegen Arbeitsunfälle abschließen. Die Besonderheit liegt darin, dass es sich um private Versicherungsgesellschaften handelt. Die Wahl des Versicherungsunternehmens ist dem Arbeitgeber allerdings frei überlassen.

Gesetzlich verankert sind die Regelungen zur Unfallversicherung u. a. im Workers' Compensation Act, im Arbeitsunfallgesetz (Työtaturma- ja ammattitautilaki) und im Gesetz über Berufsunfälle, Verletzungen und Krankheiten von Landwirten (Maatalousyrittäjän työtaturma- ja ammattitautilaki). Der zuständige

³¹ Vgl. Kangas, Kalliomaa-Puha (2018), S. 2

³² Vgl. Preusker (2017), S. 33

³³ Vgl. https://yle.fi/uutiset/osasto/news/healthcare_reform_vote_likely_postponed_until_early_2019_provincial_elections_until_next_autumn/10498661 (abgerufen am 22.08.2019)

³⁴ Vgl. <https://alueuudistus.fi/en/timetable> (abgerufen am 22.08.2019)



staatliche Dachverband der Unfallversicherungen ist Tapaturmavakuutuskeskus (TVK)³⁵.

1.3.2 Versicherter Personenkreis

In Finnland sind alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab dem ersten Tag der Beschäftigung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert. Die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind zur Versicherung von Personen, die sie innerhalb eines Kalenderjahres für mehr als 12 Arbeitstage beschäftigen, verpflichtet. Beschäftigte müssen dahingegen bei einem Jahreseinkommen in Höhe von bis zu 1.200,- EUR nicht versichert werden.

Zum Kreis der versicherungspflichtigen Personen gehören alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Landwirte sowie Stipendiaten. Für die Studentinnen, Studenten und Auszubildenden gibt es gesonderte Regelungen. Einen weiteren Ausnahmefall stellen beispielsweise die Versicherungsfälle von Staatsangestellten dar, da in diesem Fall das Finanzministerium für die Finanzierung der Leistungen zuständig ist.

Die selbstständig Tätigen haben in Finnland die Möglichkeit einer freiwilligen Absicherung. Unter bestimmten Voraussetzungen ist dies allerdings nur möglich, wenn die Selbstständigen auch (obligatorisch oder freiwillig) im Rentensystem abgesichert sind.

1.3.3 Finanzierung/Beiträge

Der Beitrag für den Unfallversicherungsschutz wird im vollen Umfang vom Arbeitgeber getragen. Die Höhe des Beitrags bemisst sich am Lohn der in Finnland zu versichernden Person und am Unfallrisiko der Arbeit. Die Bereitstellung des entsprechenden Versicherungsschutzes obliegt dem Arbeitgeber. Der Arbeitgeber kann auch den Arbeitnehmer bevollmächtigen, für die Bereitstellung des obligatorischen Versicherungsschutzes zu sorgen.

Zur Besonderheit zählt, dass die Preisgestaltung der Versicherungen dem freien Wettbewerb unterliegt. Jedes Versicherungsunternehmen muss eine Berechnungsgrundlage für die Versicherungsprämien vorweisen, aus der hervorgeht, wie die Versicherungsprämien ermittelt und angewendet werden. Der Verwaltungsrat der Versicherungsgesellschaft stimmt den Prämiengrundsätzen zu, die für alle Versicherungsnehmer einheitlich angewendet werden müssen. Die Prämien-Prinzipien sind allerdings nicht öffentlich.

Die Grundsätze, die der Versicherungsträger bei der Festsetzung der Versicherungsprämien beachten muss, sind im Arbeitnehmerentschädigungsgesetz festgelegt. Die wichtigsten Grundsätze sind der Zusammenhang zwischen Risiken und Kosten, das Prinzip der Angemessenheit der Absicherung, die Gleichbehandlung der Versicherungsnehmer und die Förderung der Sicherheit am

³⁵ <https://www.tvk.fi/en/finnish-workers-compensation-center/member-institutions/>



Arbeitsplatz. Der Beitrag setzt sich aus Summen der Deckung von Arbeitsunfall- und Krankheitsrisikokosten (Lohnersatz) sowie der Behandlungskosten zusammen. Diese Teile sind firmenspezifisch. Ferner sind gesetzliche Zuschläge enthalten.

1.3.4 Leistungen

Im Rahmen der Unfallversicherung haben versicherte Personen Anspruch auf Entschädigung infolge von Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten.

Die Unfallversicherung erstattet die Kosten für die notwendige ärztliche Behandlung und leistet Ersatz für Einkommensausfälle in Form von Tagegeld, Invalidenrente oder einer Rehabilitationsbeihilfe. Das Tagegeld wird gezahlt, wenn für mindestens drei auf den Tag des Unfalls folgende Tage eine Arbeitsunfähigkeit besteht. Tagegeld wird für höchstens ein Jahr gezahlt. In den ersten vier Wochen entspricht die Höhe des Tagegelds dem Gehalt während der Krankheitszeit. Danach wird die Höhe gemäß dem Jahreseinkommen festgelegt.

Ist der Arbeitnehmer ein Jahr nach dem Unfall noch immer arbeitsunfähig, erhält er eine Invalidenrente. Bei einer Teilerwerbsunfähigkeit wird die Rente nur anteilig gezahlt. Die Rehabilitationsbeihilfe wird während der beruflichen Rehabilitation gezahlt. Das Tagegeld, die Invalidenrente und die Rehabilitationsbeihilfe zählen als zu versteuerndes Einkommen.

Im Todesfall erhalten sowohl die Witwe/der Witwer als auch die Kinder eine Hinterbliebenenrente. Diese ist als zu versteuerndes Einkommen zu betrachten. Zudem wird Bestattungsbeihilfe gezahlt.

Die Patienten haben freie Arztwahl (sowohl im öffentlichen als auch privaten Sektor), dabei sind jedoch unnötige Kosten zu vermeiden. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, das behandelnde Krankenhaus und eine einmalige Behandlung bei einem Arzt zu bestimmen.

Sachleistungen werden zeitlich unbegrenzt gewährt und voll übernommen. Zu diesen zählen verschiedene Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Während der Rehabilitation erhält der Versicherte ferner die Geldleistungen in voller Höhe.

1.3.5 Arbeitsschutz

Die Gesetzgebung legt die entsprechenden Anforderungen fest, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit Bezug auf Arbeitsschutz umsetzen müssen. Sie müssen bei der Bewertung, Planung und Umsetzung arbeitsplatzbezogener Maßnahmen, die notwendig und zumutbar sind, um Arbeitnehmer vor Unfällen oder arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu schützen, sämtliche arbeitsrelevanten Aspekte sowie die Arbeitsbedingungen und Arbeitsbesonderheiten berücksichtigen. Dazu gehören z. B. das Erstellen eines Arbeitsschutzprogramms, die Analyse von Gefahren und Risiken und die Gesundheitsfürsorge.



2. Kroatien

2.1 Die kroatische Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung in Kroatien wurde 1999 grundlegend reformiert. Sie wird durch drei Säulen getragen, die gesetzliche Rentenversicherung beim Kroatischen Rentenversicherungsamt, eine private verpflichtende Rentenversicherung („zweite Säule“) sowie die freiwillige private Vorsorge.

Die zweite Säule wurde 2002 eingeführt. Rentenversicherungspflichtige unter 40 Jahren wurden automatisch von ihr erfasst. Wer zwischen 40 und 50 war, hatte die Möglichkeit, sich gegen die Absicherung über die zweite Säule zu entscheiden (zu den Auswirkungen später mehr). Ab 2002 wird jede rentenversicherungspflichtige Person von der zweiten Säule erfasst, wenn diese bei erstmaliger Beschäftigungsaufnahme noch nicht 40 Jahre alt war.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist umlagefinanziert, wird jedoch durch Steuerzuschüsse gestützt. Der Steuerzuschuss gleicht die Mehrausgaben für bestimmte Personengruppen (z.B. Militär, Polizei, Justiz) aufgrund besonderer rentenrechtlicher Vergünstigungen aus sowie das bestehende Defizit. Insgesamt beläuft sich der Steuerzuschuss auf deutlich über 40 Prozent.

Die Rentenbeiträge werden allein von den Versicherten gezahlt. Der Beitragsatz liegt bei 20 Prozent. Bei denen, die auch über die zweite Säule versichert sind, wird der Beitrag aufgeteilt: 15 Prozent für die gesetzliche Rentenversicherung und 5 Prozent für die private Rentenversicherung.

Die gesetzliche Rentenversicherung umfasst alle Erwerbstätigen einschließlich der Landwirtinnen und Landwirte, Handwerkerinnen und Handwerker, Sportlerinnen und Sportler, Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer sowie der Selbständigen. Auch atypische Arbeitsformen fallen darunter, sofern diese der Einkommenssteuerpflicht unterliegen.

Rentenversicherungspflicht besteht auch für Zeiten der Arbeitslosigkeit, der Pflege sowie für Zeiten der Kindererziehung während des ersten Lebensjahres.

Das Gesetz enthält eine Liste von Berufen und Tätigkeiten, die als besonders gesundheitsgefährdend gelten. Versicherungszeiten in diesen Bereichen zählen nicht nur mit der tatsächlichen Zeit. Für 12 Monate in einer entsprechenden Beschäftigung werden dem Versicherungskonto zwischen 14 und 18 Monaten gutgeschrieben.

2.1.1 Altersrenten

Auch in Kroatien besteht die Notwendigkeit, das System aufgrund des demografischen Wandels zu reformieren. Dies geschah durch die Rentenreform 2019. Das ursprüngliche System sah unterschiedliche Altersgrenzen für Männer und Frauen vor. Eine stufenweise Angleichung der Altersgrenze für Frauen auf das bereits für Männer geltende Alter von 65 war beginnend ab 2014 in Kraft getreten. Durch die Rentenreform 2019 wird diese stufenweise Angleichung



beschleunigt. Darüber hinaus wird die Altersgrenze für alle beginnend ab dem Jahr 2028 schrittweise auf das 67. Lebensjahr angehoben. Voraussetzung für einen Anspruch auf Altersrente ist das Vorliegen von 15 Versicherungsjahren.

Es besteht auch die Möglichkeit, mit 60 vorzeitig in Rente zu gehen. Voraussetzung ist das Vorliegen von 35 Versicherungsjahren. Für Frauen gelten in einer Übergangsphase sowohl hinsichtlich des Alters als auch der erforderlichen Versicherungszeit abweichende Regeln.

Das kroatische Recht sieht Abschläge bei vorzeitiger Inanspruchnahme der Rente in Höhe von jetzt 0,3 Prozent für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme vor, maximal 18 Prozent. Bei Nichtinanspruchnahme nach Erreichen der Altersgrenze werden Zuschläge in Höhe von nunmehr 0,34 Prozent für jeden Monat der Nichtinanspruchnahme gewährt, maximal für 5 Jahre und somit 20,4 Prozent. Bis 2018 gab es hier andere Regelungen. Diese sahen geringere Zuschläge für das Hinausschieben des Rentenbeginns vor sowie abgestufte Abschläge bei vorzeitiger Inanspruchnahme in Abhängigkeit von der Länge der Versicherungszeiten.

Für besonders langjährig Versicherte besteht mit 60 Jahren die Möglichkeit, vorzeitig ohne Abschläge in Rente zu gehen. Voraussetzung hierfür sind 41 Versicherungsjahre. Während bis 2018 hierfür auch die zusätzlich gutgeschriebenen Monate für gesundheitsgefährdende Tätigkeiten mitgezählt wurden, zählt jetzt nur noch die tatsächliche Versicherungszeit.

Bei vorzeitiger Inanspruchnahme der Rente darf maximal halbtags (weiter) gearbeitet werden.

Seit 2019 werden bei Erfüllung aller anderen Voraussetzungen Müttern eigener oder adoptierter Kinder zusätzliche 6 Monate pro Kind zu den Versicherungszeiten hinzugerechnet. Väter erhalten diese zusätzlichen Monate nur, wenn sie den überwiegenden Teil des Erziehungsurlaubs in Anspruch genommen haben.

2.1.2 Rentenberechnung

Die kroatische Rentenformel ist vergleichbar mit der deutschen:

Entgeltpunkte x Zugangsfaktor x aktuellem Rentenwert

Ergänzend wird ein Rentenzuschlag gezahlt. Dieser beträgt 27 Prozent der Rente, wenn die versicherte Person ausschließlich über die erste Säule versichert war.

War die versicherte Person sowohl in der ersten als auch der zweiten Säule versichert, gibt es verschiedene Varianten.

Variante 1:

Es werden die Ansprüche aus beiden Säulen geltend gemacht. In dem Falle erhalten die bis zur Rentenreform 2002 erworbenen Ansprüche einen Zuschlag von 27 Prozent. Die nach der Reform erworbenen Ansprüche erhalten einen



Zuschlag von 20,25 Prozent. Darüber hinaus erhält die Person aus den privat erworbenen Anrechten aus der zweiten Säule eine entsprechende Rente.

Variante 2:

Es besteht die Möglichkeit der Rückübertragung auf die erste Säule. Damit erlöschen alle Anrechte aus der zweiten Säule, das angesparte Kapital wird an das Kroatianische Rentenversicherungsamt transferiert. Es wird wie bei den ausschließlich unter der ersten Säule Versicherten ein Zuschuss von 27 Prozent auf die gesamte Rente gezahlt.

Variante 3:

Diese entspricht Variante 1 mit dem Unterschied, dass diese eine einmalige Auszahlung von 15 Prozent des in der zweiten Säule angesparten Kapitals vorsieht. Die monatliche Rente aus der zweiten Säule wird dann unter Berücksichtigung des geringeren Kapitals bestimmt. Diese Variante kann jedoch nur gewählt werden, wenn man keine Mindestrente erhält.

2.1.3 Erwerbsminderungsrenten

Das kroatische Rentensystem umfasst auch Renten bei (teilweiser oder voller) Erwerbsminderung. Teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn das Restleistungsvermögen auf unter die Hälfte gesunken ist. Wenn kein Restleistungsvermögen mehr vorhanden ist, besteht volle Erwerbsminderung. Versicherte müssen außerdem zwischen der Vollendung des 20. Lebensjahres (23. Lebensjahr bei Fachschulabsolventen, 26. Lebensjahr bei Hochschulabsolventen) und dem Eintritt der Erwerbsminderung zu mindestens einem Drittel rentenversichert gewesen sein. Ist die Erwerbsminderung vor dem 35. Lebensjahr eingetreten, gelten erleichterte Bedingungen. Nach jeweils drei Jahren erfolgt eine Überprüfung des Rentenanspruches.

Ist die Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit eingetreten, ist trotzdem die gesetzliche Rentenversicherung zuständig. Eine gesetzliche Unfallversicherung, die im Falle einer dauerhaften Leistungsminderung (separat) Rentenleistungen zu erbringen hat, gibt es in Kroatien nicht. Jedoch wird die Rente in einem solchen Fall unabhängig von versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gewährt. Bei Vorliegen einer körperlichen Behinderung aufgrund eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit besteht zusätzlich Anspruch auf eine Behindertenbeihilfe. Diese Beihilfe wird ab einer Behinderung von 30 Prozent gezahlt. Der Grad der Behinderung wird dabei anhand der Beeinträchtigung des betreffenden Organs oder Körperteils festgestellt. Ähnlich ist die Gliedertaxe, die in Deutschland von privaten Unfallversicherern angewendet wird.

Neben den bereits beschriebenen Möglichkeiten kann eine Erwerbsminderungsrente schließlich auch noch dann bezogen werden, wenn die betreffende Person nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit durch eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme für eine andere Erwerbstätigkeit qualifiziert wurde, jedoch



nach der Rehabilitationsmaßnahme mindestens 5 Jahre arbeitslos war und in dieser Zeit das 58. Lebensjahr vollendet hat.

2.1.4 Hinterbliebenenrenten

Auch Hinterbliebenenrenten gehören zum Leistungskatalog des kroatischen Rentensystems. Voraussetzung ist, dass die bzw. der Verstorbene mindestens fünf Jahre versichert war, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt hat oder bereits Rentenbezieher war. Anspruchsberechtigt sind Witwen und Witwer, Kinder bis zum 15. Lebensjahr (bei Ausbildung längstens bis zum 26. Lebensjahr), geschiedene Ehegatten mit Unterhaltsanspruch und sogar außereheliche Partnerinnen bzw. Partner, sofern diese mindestens drei Jahre einem Haushalt zusammengelebt hatten sowie Eltern.

Witwen und Witwer bzw. die außerehelichen Lebenspartnerinnen und -partner müssen zum Zeitpunkt des Todes mindestens 50 Jahre alt oder voll erwerbsgemindert sein bzw. ein waisenrentenberechtigtes Kind haben. Eltern müssen von der bzw. dem Verstorbenen Unterhalt bekommen haben und mindestens 60 Jahre alt oder voll erwerbsgemindert sein.

Wie bei den Erwerbsminderungsrenten werden die Hinterbliebenenrenten unabhängig von versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gezahlt, wenn der Tod durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist.

Eine Hinterbliebenenrente wird jedoch nicht gezahlt, wenn eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt wird. Die Höhe des erzielten Einkommens spielt dabei keine Rolle.

2.1.5 Mindestsicherung

Das kroatische Rentensystem sieht keine feste Mindestrente vor. Vielmehr bestimmt sich diese in Abhängigkeit der vorliegenden Versicherungsjahre. Für jedes vorhandene Versicherungsjahr erwirbt man einen Anspruch in Höhe des aktuellen Rentenwertes. Ob die Rentenzahlung auf Mindestrente aufgestockt wird, ergibt sich nach dem Vergleich mit den erworbenen Anrechten inklusive des Zuschusses. Die Mindestsicherung wird darüber hinaus bedarfsunabhängig gewährt.

2.2. Das Gesundheitswesen in Kroatien

2.2.1 Kroatien

Mit Erklärung der Unabhängigkeit Kroatiens im Jahr 1991 musste das Gesundheitswesen neu organisiert werden. Das Gesetz zum „Schutz der Gesundheit“ ist die Grundlage zur Gründung des staatlichen Gesundheitsinstituts (HZZO). Seit 1993 organisiert und finanziert das HZZO die medizinische Versorgung für 4,1 Millionen Kroaten.



Mit dem Beitritt Kroatiens zur Europäischen Union im Jahr 2013 wurde gleichzeitig ein sehr junges Gesundheitswesen in die Union aufgenommen, welches heute eine umfassende medizinische Versorgung anbietet.

Die 2011 ausgelöste Wirtschaftskrise hat die staatlich organisierte, steuerfinanzierte Bürgerversicherung einem Belastungstest unterzogen. Wie ist das kroatische Gesundheitswesen heute organisiert und welcher Reformbedarf lässt sich hieraus ableiten?

2.2.2 Organisation des kroatischen Gesundheitswesens

Das kroatische Gesundheitsministerium setzt den strategisch-regulatorischen Rahmen zur Finanzierung, Leistungserbringung und Sicherstellung der Versorgung und beauftragt das Gesundheitsinstitut (HZZO) mit der operativen Sicherstellung der Versorgung. Formell sind die Institutionen unabhängig. Der genaue Blick zeigt, dass der Vorstand und Vorstandsmitglieder des HZZO vom Gesundheitsministerium bestellt werden und dieses auch das Recht hat, das Management von seinen Aufgaben zu entlasten.³⁶

2.2.3 Finanzierung

Das HZZO verwaltet pro Jahr ca. 2,9 Mrd. Euro³⁷ (2016) und finanziert damit die Gesundheitsversorgung des Landes. Das kroatische öffentliche Gesundheitswesen wird aus drei Quellen finanziert.

Der größte Anteil (91 Prozent) wird aus den **Beiträgen** einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung generiert. Die Beiträge werden vollständig vom Arbeitgeber getragen. Seit dem 1. Januar 2019 liegt der Beitrag bei 16,5 Prozent. Darüber hinaus werden 0,5 Prozent für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten entrichtet. Selbstständige zahlen einen separat gesetzlich definierten Beitrag.³⁸

Für bestimmte Leistungen entrichten die Versicherten Zuzahlungen. Es besteht die Möglichkeit sich durch freiwillige Zusatzversicherungen gegen diese Zuzahlungen abzusichern. Diese **Zusatzversicherung** wird von der HZZO selbst angeboten und dient neben den Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen als Finanzierungsprodukt.³⁹ Die Zuflüsse aus den Prämien der Zusatzversicherung belaufen sich auf ca. 210,6 Mio. Euro. Dies entspricht einem Anteil von 7,3 Prozent der Einnahmen. Die Prämie liegt bei 14,63 EUR pro Monat.⁴⁰ Mit dieser Maßnahme sollen die freien Marktpreise unterboten werden. 98 Prozent der Zusatzversicherungen wurden im Jahr 2013 vom HZZO verwaltet. Diese Maßnahme kostet das System pro Jahr 23 Millionen Euro (2012).⁴¹

³⁶ Vgl. Vončina, Arur, Dorčić et al. (2018): Universal Health Coverage in Croatia: Reforms to Revitalize Primary Health Care. The World Bank, S. 14.

³⁷ Vgl. Croatian Institute of Public Health (2018): Croatian Health Statistics Yearbook 2017, S. 366 ff; Wechselkurs vom 27.09.2019.

³⁸ Vgl. Missoc (2019), online im Internet unter: www.missoc.org (abgerufen am 07.10.2019).

³⁹ Vgl. Vončina, Arur, Dorčić et al. (2018), S. 16

⁴⁰ Vgl. WHO (2018): Can People afford to pay for Health Care? New Evidence on financial protection in Croatia. World Health Organization 2018, S. 13

⁴¹ Vgl. Vončina, Arur, Dorčić et al. (2018), S. 37



Zur Abfederung der individuellen finanziellen Belastungen durch Zuzahlungen haben 2,7 Millionen Kroaten (64 Prozent) eine Zusatzversicherung abgeschlossen. Aus dieser Gruppe der Versicherten übernimmt der Staat die Prämie für 974.000 Versicherte. Dies entspricht ca. 24 Prozent des Versichertenkollektivs. Eine weitere Gruppe, ca. 840.000 (rd. 20 Prozent) des Versichertenkollektivs ist generell von Zuzahlungen befreit. 570.000 (14 Prozent) haben keine Zusatzversicherung abgeschlossen.⁴²

Als **dritte Finanzierungsquelle** fließen aus Steuergeldern generierte Zuschüsse in Höhe von 45 Millionen Euro an das HZZO. Grund dafür sind unter anderem folgende Herausforderungen in der Beitragserhebung.

Für 41 Prozent der Versicherten werden keine Beiträge entrichtet. Von der Beitragspflicht befreit sind Rentner mit einer Rente unterhalb des landesweiten Durchschnittseinkommens, Arbeitslose, Kinder unter 18 Jahren, Studenten, Trainees in staatlichen Wirtschaftsförderprogrammen, Freiwillige Soldaten, Veteranen, Behinderte und Pflegende von Veteranen mit Behinderung.⁴³

Lediglich für 34 Prozent der versicherten Bevölkerung werden volle Beiträge durch den Arbeitgeber entrichtet. Ergänzend entgehen dem System durch Schwarzarbeit Beiträge. Schätzungen zur Folge macht dies bis zu 30,4 Prozent des Bruttoinlandproduktes aus.⁴⁴

Auf der Ausgabenseite belastet der demographische Umbau das System. Die alternde Bevölkerungsstruktur mit steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen kann von der derzeitigen Einnahmensituation allein nicht getragen werden. Dieser Effekt verstärkt sich durch die oben genannten reduzierten Beitragszahlungen oder Befreiungsgründe. Entsprechend ist das System auf Steuerzuschüsse angewiesen.

2.2.4 Leistungsumfang und Zuzahlungen

Im öffentlichen Gesundheitswesen versicherte Personen leisten für alle Gesundheitsleistungen, außer im Notfall, Zuzahlungen. Bei der Abgabe von Arzneimitteln leisten Versicherte eine Zuzahlung von zwei Euro pro Verschreibung sowie zwei Euro für einen Besuch beim Allgemeinarzt. Der Besuch beim Facharzt kostet 20 Prozent der Behandlungskosten, mindestens 5,22 EUR. So auch bei physiotherapeutischen und rehabilitativen Leistungen. Der Besuch beim Zahnarzt kostet ebenfalls zwei Euro. Bei einer zahnärztlichen Behandlung werden Zuzahlungen von 20 Prozent der Verbrauchsmaterialien, jedoch mindestens 10,45 EUR, geleistet. Im Krankenhaus fallen Zuzahlungen in Höhe von 20 Prozent der Kosten, mindestens 20,90 EUR je Krankenhaustag, an. Insgesamt sind die Zuzahlungen pro Behandlungsepisode auf umgerechnet 418,- EUR Kaufkraftparität gedeckelt. Eine Behandlungsepisode umfasst einen Besuch beim niedergelassenen Arzt und einen Krankenhausaufenthalt. Der maximale Zuzahlungsbeitrag wurde zuletzt im Jahr 2012 von 619,- EUR auf 418,- EUR abgesenkt. Kinder

⁴² Vgl. WHO (2018), S. 13

⁴³ Vgl. WHO (2018), S. 10

⁴⁴ Vgl. Vončina, Arur, Dorčić et al. (2018), S. 20



unter 18 Jahren, Personen mit schweren Behinderungen, Veteranen mit Behinderungen, Familienmitglieder der im Krieg verstorbenen oder gefangenen Veteranen sind von Zuzahlungen befreit. Bei der Behandlung von Krebspatienten, chronisch psychiatrischen und infektiösen Krankheiten werden ebenfalls keine Zuzahlungen erhoben.⁴⁵

2.2.5 Krankengeld

Bei einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit besteht Anspruch auf Lohnfortzahlung. In den ersten 42 Krankheitstagen leistet der Arbeitgeber Zahlungen in der im Arbeits- oder Tarifvertrag vereinbarten Höhe. Diese muss jedoch mindestens 70 Prozent des Durchschnittseinkommens der letzten sechs Monate betragen.

Ab dem 43. Krankheitstag verrechnet der Arbeitgeber die Lohnfortzahlung mit der HZZO – mindestens 111,- EUR und maximal 567,- EUR. Der Anspruch auf Lohnfortzahlung besteht bis zur Genesung, jedoch nicht länger als 18 Monate für dieselbe Diagnose. Danach wird der Auszahlungsbetrag halbiert. Die Halbierung des Auszahlungsbetrags gilt nicht im Fall schwerer Krankheiten.⁴⁶

2.2.6 Private Krankenversicherung

Über eine private Krankenversicherung verfügen lediglich 1,19 Prozent der Kroaten⁴⁷, da kroatische Staatsbürger im öffentlichen System pflichtversichert sind.⁴⁸ Diese Vollversicherung umfasst jedoch mehr Personen als die in Kroatien gemeldete Bevölkerung. Ehemalige, nun in Bosnien und Herzegowina und Serbien lebende Kroaten haben den Wechsel ihrer Staatsbürgerschaft dem HZZO nicht angezeigt und sind somit weiterhin im System erfasst.⁴⁹

2.2.7 Europäischer Vergleich

Im europäischen Vergleich gibt das kroatische Gesundheitswesen mit 7,4 Prozent des Bruttoinlandsproduktes weniger als der europäische Durchschnitt (9,9 Prozent) aus. Die pro Kopf Ausgaben belaufen sich auf 1.214,- EUR und damit im europäischen Vergleich an viertletzter Position. Private Zuzahlungen belaufen sich auf 15 Prozent und liegen im EU-Durchschnitt.⁵⁰

Die Lebenserwartung der Kroaten bei Geburt beträgt im Durchschnitt bei 77,5 Jahre. Seit 2000 ist die Lebenserwartung um knapp drei Jahre gestiegen, bleibt jedoch drei Jahre unter dem EU Durchschnitt von 80,6 Jahren (D: 80,7; FI: 81,6). Starke Ungleichheiten in der Lebenserwartung bestehen insbesondere zwischen den Geschlechtern. Frauen haben in Kroatien eine um sechs Jahre höhere

⁴⁵ Vgl. WHO (2018), S. 12, Angaben in Euro Kaufkraftparität (2016)

⁴⁶ Vgl. Online im Internet unter: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1104&langId=de&int-PagelId=4459> (abgerufen am 07.10.19)

⁴⁷ Vgl. European Commission (2016), S. 37.

⁴⁸ Vgl. European Commission (2017): State of Health in the EU. Croatia, S. 6

⁴⁹ Vgl. WHO (2018), S. 10

⁵⁰ Vgl. European Commission (2017): State of Health in the EU. Croatia, S. 6; WHO (2018), S.



Lebenserwartung als Männer. Sozioökonomisch ist der Bildungsgrad maßgeblich für die ungleiche Lebenserwartung.⁵¹

2.2.8 Fazit und politischer Handlungsbedarf

Die Stärke des Systems besteht für den Versicherten im umfassenden Leistungsangebot mit einem gesicherten Zugang zum System aufgrund der Versicherungspflicht. Die Befreiungsgründe von Beiträgen und Zuzahlungen tragen dazu bei, dass im europäischen Vergleich, von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen inklusive der Zuzahlungen, ein relativ geringes Armutsrisiko ausgeht.

Die staatliche Gewährung finanzieller Entlastungen für Versicherte durch Zuzahlungs- und Beitragsbefreiung schwächt die Einnahmensituation. In Kombination mit der erwarteten Ausgabenentwicklung, aufgrund des steigenden Inanspruchnahmeverhaltens der alternden Bevölkerungsstruktur, muss die langfristige Finanzierung des Systems kritisch beobachtet werden. Denn langfristig werden Steuerzuschüsse die erwarteten Mehrausgaben nicht ausgleichen können. Dies bestätigte auch Alen Bucic (Senior Advisor des kroatischen Pension Insurance Institute) am 24. September auf der ESIP Konferenz in Rom. Dabei ist zu beachten, dass die nationale Wirtschaft maßgeblich vom Tourismus getragen wird. Daraus generierte Beiträge zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung stehen somit in Abhängigkeit zur wirtschaftlichen Gesamtlage in Europa und dem Reiseverhalten von Urlaubern. Auf der Einnahmenseite besteht relativ wenig Gestaltungsspielraum in Bezug auf die Höhe des Beitrags. Im Bereich der Beitrags-erhebung bestehen Potentiale durch den Abbau von Schwarzarbeit oder in der Anpassung der Befreiungsgründe. In der Ausgabensteuerung müssen verstärkt Instrumente zur Messung der Qualität und Wirksamkeit eingesetzt werden. Anfänge in der Nutzung von health technology assessments müssen ausgeweitet werden um die Finanzierung von Leistungen verstärkt an Kennzahlen der Kosteneffektivität ausrichten zu können.⁵²

Im Bereich der ambulanten Versorgung bestehen weiterhin Entwicklungsmöglichkeiten. Neben der Stärkung der ambulanten Versorgung und der Einbindung präventiver Behandlungsmethoden ist die Behandlung chronischer Erkrankungen sowie der Palliativmedizin im europäischen Vergleich unterentwickelt. Ziel sollte eine Stärkung der ambulanten Versorgung zum Ausbau der internen und sektorenübergreifenden Verzahnung zur Optimierung von Behandlungspfaden sein.⁵³

Trotz der finanziellen Herausforderungen durch fehlende Einnahmen aufgrund von Schwarzarbeit, umfassenden Beitrags- und Zuzahlungsbefreiungen, unwirtschaftlichen Zusatzversicherungsverträgen und einer volatilen Wirtschaftslage, wurde der Leistungsumfang schrittweise ausgeweitet. Dieser ist mittlerweile mit dem anderer Mitgliedsstaaten vergleichbar. Eine Systematik, welches

⁵¹ Vgl. OECD (2017): State of Health in the EU: Country Health Profile 2017 - Croatia. S. 2

⁵² Vgl. Vončina, Arur, Dorčić et al. (2018), S. 34

⁵³ Vgl. OECD (2017), S. 14



Leistungen priorisiert oder den Leistungsumfang begrenzt, wurde bislang nicht bindend umgesetzt.⁵⁴

Die strategischen Entwicklungsrichtungen des Gesundheitswesens bestehen darin, die Verbindung und Kontinuität im Gesundheitswesen sicherzustellen, die Qualität der Gesundheitsfürsorge zu vereinheitlichen und zu verbessern, die Effizienz und Wirkung des Gesundheitswesens zu optimieren und damit den Erhalt der Gesundheitsfürsorge wirtschaftlich zu sichern.

2.3 Die kroatische Unfallversicherung

2.3.1 Organisation

Die kroatische Unfallversicherung zeichnet sich zunächst einmal dadurch aus, dass es sie nicht gibt – jedenfalls nicht als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung. Im Fall eines Unfalls usw. treten vielmehr die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung ein. Die Rentenversicherung deckt langfristige Leistungen wie z. B. Erwerbsminderungsrenten ab, die Krankversicherung kurzfristige Leistungen wie Behandlungskosten und Sachleistungen.

2.3.2 Abgedeckte Risiken

Abgesichert sind im Ergebnis Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufsunfälle. Darüber hinaus regelt u.a. das „Gesetz über die Sicherheit am Arbeitsplatz“ den Arbeitsschutz sowie präventive Maßnahmen.

2.3.3 Versicherter Personenkreis

Arbeitnehmer und Selbstständige sind im Bereich der kurz- sowie langfristigen Leistungen pflichtversichert zusammengefasst. Unter besonderen Umständen stehen beispielsweise auch Studenten im Praktikum, Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr oder auch Retter bei Naturkatastrophen unter dem Versicherungsschutz.

2.3.4 Finanzierung/Beiträge

Da die Risiken von der Renten- und Krankenversicherung abgedeckt sind, handelt es sich auch bei der Unfallversicherung um ein beitrags- und steuerfinanziertes obligatorisches Versicherungssystem für die aktive Bevölkerung und einige weitere andere Gruppen - mit Sachleistungen und einkommensbezogenen Geldleistungen.

Der an die Rentenversicherung zu zahlende Anteil unterteilt sich in die erste Säule mit einkommensbezogenen Beiträgen von Versicherten und Steuern, in der zweiten Säulen von Beiträgen der Versicherten und Renditen, der Anteil zur Krankenversicherung besteht aus Beiträgen der Arbeitgeber und Steuern.

⁵⁴ Vgl. European Commission (2016): Croatia. Health Care & Long-Term Care Systems, S. 39; Vončina, Arur, Dorčić et al. (2018), S. 21



2.3.5 Leistungen

Für die Bestimmung des Leistungsumfangs und der Leistungsvoraussetzungen kann es auf die Ursache des Gesundheitsschadens durchaus ankommen. Zunächst einmal greifen auch nach einem Arbeitsunfall usw. die Leistungskataloge der Kranken- und der Rentenversicherung. Die Krankenversicherung übernimmt alle Kosten für medizinischen Behandlungen und Rehabilitation sowie die Zahlung von Verletztengeld. Für die Kosten einer beruflichen Rehabilitation kommt zunächst die Rentenversicherung auf, Berufsumschulungen dagegen werden von der Arbeitslosenversicherung finanziert. Unfallbedingte Erwerbsminderungsrenten werden nach den Grundsätzen der Rentenversicherung unter Berücksichtigung der Beschäftigungsjahre berechnet, allerdings unabhängig von den sonst üblichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Zusätzlich gibt es im Fall berufsbedingter Gesundheitsschädigungen Behindertenbeihilfen.

2.3.6 Prävention und Arbeitsschutz

Das kroatische Institut für Arbeitsschutz wurde 1996 gegründet und hat sich im später zu einer multidisziplinären Institution auf nationaler Ebene entwickelt. Es integriert und fördert berufliche Tätigkeiten im Bereich des Arbeitsschutzes, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und Arbeitsunfälle und -krankheiten zu vermeiden.

Die Zuständigkeit für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit liegt in erster Linie beim Ministerium für Arbeit und Rentenwesen. Weitere Einrichtungen sind an der Umsetzung beteiligt, wie z. B. das Institut für die Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Dies ist die zentrale staatliche Stelle, die für die Überwachung und Verbesserung der Sicherheit bei der Arbeit zuständig ist.
