

Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72906/gesundheitswesen-im-europaeischen-vergleich>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Gesundheitswesen im Europäischen Vergleich

## Gesundheitswesen im Europäischen Vergleich – Ein Überblick

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

In vielen Ländern der Welt gibt es Systeme, mit denen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerungen sichergestellt werden soll. Die Strukturen und Funktionsprinzipien der verschiedenen nationalen Gesundheitssysteme unterscheiden sich allerdings deutlich. Dies hat mit den unterschiedlichen historischen Entwicklungen und politischen Kulturen sowie mit dem jeweiligen sozioökonomischen Kontext der einzelnen Länder zu tun. In den gesundheitspolitischen Reformdebatten in Deutschland wird immer wieder der internationale Vergleich bemüht, um Vorzüge oder Nachteile einzelner Systeme herauszuarbeiten. In dieser Lerntour wird am Beispiel von fünf europäischen Ländern – Großbritannien, Niederlande, Schweden, Schweiz und Frankreich – verdeutlicht, welche Unterschiede, aber auch welche Gemeinsamkeiten verschiedene nationale Gesundheitssysteme aufweisen.

### Der Vergleich von Gesundheitssystemen

Gesundheitssysteme sind meist sehr komplexe Gebilde. Sie weisen eine große Zahl an Institutionen und Akteuren auf, die vielfältige und komplizierte Beziehungen unterhalten. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass die Gesundheitssysteme, die wir heute kennen, eine lange und wechselhafte historische Entwicklung durchlaufen haben. Die Ursprünge der nationalen Systeme liegen im 19. Jahrhundert oder sind noch älter. Sie entstanden aufgrund spezifischer sozialer, gesundheitlicher, politischer und ökonomischer Problemlagen.

Gesundheitspolitik ist oftmals das Ergebnis von Konflikten zwischen gesellschaftlichen Akteuren mit unterschiedlichen Interessen, Problemwahrnehmungen und Zielvorstellungen. Seit ihren Anfängen sind die Versorgungssysteme beständig weiterentwickelt worden. Manchmal geschieht dies in kleinen Schritten, manchmal kommt es zu weitreichenden Strukturreformen, die die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auf eine neue Grundlage stellen. Im Resultat existieren heute in der Europäischen Union 27 verschiedene nationale Gesundheitssysteme.

Will man Gesundheitssysteme miteinander vergleichen, steht man vor der Frage, anhand welcher Kriterien dies geschehen soll. Dabei bieten sich drei Ebenen an:

Zum einen die Frage, wer die Leistungen des Gesundheitssystems bezahlt. Die Finanzierung kann auf ganz verschiedenen Trägern beruhen:

- Welche Bedeutung haben staatliche Steuermittel?
- Was leisten öffentliche oder private Versicherungen?
- Wie stark sind Unternehmen, Beschäftigte und nicht zuletzt die privaten Haushalte in die Finanzierung des Gesundheitssystems eingebunden?

Zum anderen werden Gesundheitssysteme danach unterschieden, wer die eigentlichen medizinischen, pflegerischen, präventiven und rehabilitativen Leistungen erbringt. Auch die Versorgung kann sehr verschieden organisiert sein.

- Wer sind die Träger der Leistungserbringung?
- Welche Rolle spielen öffentliche und private Leistungserbringer?
- Handelt es sich um gewinnorientierte oder um Non-Profit-Organisationen?

Schließlich stellt die Regulierung des Gesundheitssystems ein wichtiges Merkmal dar:

- Wer setzt die Regeln, die für die verschiedenen Akteure des Systems Gültigkeit besitzen?
- Wie werden die Beziehungen zwischen den Finanzierungsträgern, den Leistungserbringern und den Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitssystems gestaltet?
- Welche Bedeutung haben staatliche Regelungsmechanismen?
- Was entscheiden die gesellschaftlichen Akteure selbst?
- Welche Rolle spielen Markt- und Wettbewerbsmechanismen?

Die unterschiedliche Bedeutung von staatlichen, gesellschaftlichen und privaten Akteuren in den einzelnen Systemen hat zu



einer Einteilung in drei Idealtypen von Gesundheitssystemen geführt. Der erste Typus ist der staatliche Gesundheitsdienst, in dem die Finanzierung über Steuern gewährleistet wird, die Leistungserbringung über öffentliche Versorgungseinrichtungen geschieht und die Regeln des Systems durch die Akteure des Staates beziehungsweise der Politik gesetzt werden.

Dagegen spielt der Staat im zweiten Typus, dem Sozialversicherungssystem, eine schwächere Rolle. Die Finanzierung ist durch Sozialversicherungssysteme geregelt, deren **Beiträge** zum Beispiel durch die Unternehmen und ihre Beschäftigten aufgebracht werden, wie dies in Deutschland der Fall ist. Die geringere Bedeutung des Staates spiegelt sich auch in der Leistungserbringung wider, wo Akteure aus dem privaten Bereich neben öffentlichen Anbietern tätig sind. Die Regulierung von Sozialversicherungssystemen ist dadurch geprägt, dass die nicht staatlichen Akteure ihre Beziehungen in gewissem Umfang in Eigenregie gestalten können (**Selbstverwaltungsprinzip**).

Schließlich stellen private oder privatwirtschaftliche Systeme den dritten Idealtypus dar. In privaten Systemen zieht sich der Staat weitgehend aus der Finanzierung, Organisation und Steuerung des Gesundheitssystems zurück und überlässt diese Aufgaben privaten Akteuren. Die Finanzierung erfolgt überwiegend über private Versicherungen und Aufwendungen der privaten Haushalte. Die Versorgung beruht auf privaten Anbietern, die im Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern stehen, und die Regulierung des Systems wird zu einem beträchtlichen Teil den Mechanismen des Marktes überlassen.

Da die im Deutschen Reich unter Reichskanzler Bismarck 1883 eingeführte gesetzliche Krankenversicherung für Arbeiterinnen und Arbeiter weltweit die erste **Sozialversicherung** war, spricht man bei Sozialversicherungssystemen auch von "Bismarck-Systemen". Dagegen werden staatliche Gesundheitsdienste auch als "Beveridge-Systeme" bezeichnet, benannt nach dem Ökonomen William Henry Beveridge, der als "Architekt" des britischen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) aus dem Jahre 1946 gilt.

Betrachtet man einzelne Gesundheitssysteme, wird man allerdings feststellen, dass sie niemals vollständig einem der drei Idealtypen entsprechen. Auch in staatlichen Gesundheitsdiensten finden sich Finanzierungsanteile, die nicht aus Steuermitteln stammen, sowie private Leistungserbringer. Und auch Systeme, die überwiegend privatwirtschaftlich organisiert sind – wie beispielsweise in den USA –, weisen einen nicht unerheblichen Anteil an staatlicher Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung auf. In der Realität finden wir also Mischsysteme, in denen Elemente der verschiedenen Idealtypen miteinander kombiniert werden. Dennoch lassen sie sich aufgrund einer bestimmten Grundstruktur eher dem einen oder dem anderen Typus zuordnen.

## Die Gesundheitssysteme in Europa

In den Mitgliedsländern der Europäischen Union überwiegen staatliche Gesundheitsdienste und Sozialversicherungssysteme. Die vorliegende Lerntour beschreibt die Gesundheitssysteme in fünf europäischen Ländern, die in den gesundheitspolitischen Reformdebatten immer wieder als (positive oder negative) Vergleichsmodelle herangezogen werden. Mit Schweden und Großbritannien werden zwei Systeme vorgestellt, die über einen staatlichen Gesundheitsdienst verfügen. In den Niederlanden, der Schweiz und in Frankreich finden wir dagegen Sozialversicherungssysteme vor. Die Lerntour vermittelt zum einen ein Grundwissen über die Merkmale der verschiedenen Systeme. Die Darstellung gibt einen Einblick in die Finanzierungssysteme, die Organisation der Leistungserbringung und die Mechanismen der Regulierung. Neben den grundlegenden Strukturen der Gesundheitssysteme werden vor allem die gesundheitspolitischen Veränderungen der jüngeren Vergangenheit vorgestellt, und die Leserinnen und Leser erhalten einen Einblick in aktuelle gesundheitspolitische Reformdebatten. Dabei zeigen sich einerseits wichtige strukturelle Unterschiede, die eine Übertragung von Reformmaßnahmen in andere Systeme erschweren. Andererseits sind trotz der Systemunterschiede auch zahlreiche Gemeinsamkeiten in den diskutierten Problemwahrnehmungen und Reformmodellen zu beobachten.

## Das Programm dieser Lerntour

Im Verlauf dieser Lerntour werden fünf verschiedene europäische Gesundheitssysteme vorgestellt.


- das Gesundheitssystem in Schweden
- das Gesundheitssystem in Großbritannien
- das Gesundheitssystem in der Schweiz
- das Gesundheitssystem in den Niederlanden
- das Gesundheitssystem in Frankreich

### Tipp

#### Testen Sie Ihr Vorwissen zum Thema dieser Lerntour!

Bevor Sie weiterlesen, können Sie anhand eines Lückentextes ausprobieren, was Sie bereits über das Thema "Gesundheitswesen im Europäischen Vergleich - Ein Überblick" wissen.

Nutzen Sie später das ausgefüllte Arbeitsblatt als Zusammenfassung wesentlicher Lerninhalte.

 [Downloaden](#)

Mit dem Modul können folgende Lernziele erreicht werden:

- Die Nutzerinnen und Nutzer der Lerntour sollen mit unterschiedlichen Typen von Gesundheitssystemen bekannt gemacht werden. Mit den Systemen der Schweiz, der Niederlande, Großbritanniens, Schwedens und Frankreichs werden Gesundheitssysteme vorgestellt, die über die eigenen Grenzen hinaus "Modellcharakter" besitzen.

- Die Nutzerinnen und Nutzer erhalten Informationen über zentrale Unterschiede und Gemeinsamkeiten, die die Gesundheitsversorgung in Bismarck- und Beveridge-Systemen kennzeichnen. Zu diesem Zweck sollen sowohl quantitative als auch qualitative Systemmerkmale erläutert werden.
- Die Darstellung der jüngeren gesundheitspolitischen Veränderungen in den fünf Ländern soll ein besseres Verständnis aktueller Problemkonstellationen und Reformstrategien ermöglichen.
- Der Vergleich mit den Entwicklungen in anderen europäischen Ländern soll es den Nutzerinnen und Nutzern der Lerntour erleichtern, Entwicklungen und Diskussionen über das deutsche Gesundheitssystem in einen größeren Kontext einzuordnen und sich eine eigene Meinung über aktuelle Reformvorhaben zu bilden.

### Literaturhinweis

Rothgang, Heinz (2006): Die Regulierung von Gesundheitssystemen in vergleichender Perspektive: Auf dem Weg zur Konvergenz? In: Wendt, Claus/Wolf, Christof (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46. Wiesbaden, S. 298 - 319



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72913/finanzierung>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Schweden | Finanzierung

## Die Finanzierung des Gesundheitswesens in Schweden

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Ausgaben und Ausgabenentwicklung

Im Jahr 1970 lagen die schwedischen Gesundheitsausgaben bei 6,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Bis 1982 stiegen sie – bei nachlassendem Wirtschaftswachstum – auf 9,3 Prozent an. In den folgenden Jahren gingen sie zunächst leicht zurück, bevor sie 2002 erneut über neun Prozent lagen. Als Anteil am BIP entsprachen die schwedischen Gesundheitsausgaben 2004 in etwa den niederländischen. Sie waren höher als im Vereinigten Königreich und niedriger als in Deutschland und der Schweiz. Im Jahr 2003 beliefen sie sich auf 2.760 US-Dollar pro Kopf (Vereinigtes Königreich: 2.328 US-Dollar, Niederlande: 2.910 US-Dollar, Deutschland: 3.129 US-Dollar, Schweiz: 3.861 US-Dollar).

Den größten Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben in Schweden hatte im Jahr 2005 der Bereich der ambulanten Leistungen. 48,5 Prozent der Ausgaben gingen auf diesen Sektor zurück. Zu den ambulanten Leistungen werden in der schwedischen Statistik allerdings auch die Aufwendungen für Prävention, Gesundheitsförderung und Public-Health-Maßnahmen gerechnet. Dies erschwert den internationalen Vergleich der Daten. Zweitgrößter Sektor ist die stationäre Versorgung mit einem Anteil von 31,2 Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben. Die Ausgaben für Arzneimittel liegen dagegen lediglich bei zwölf Prozent. Die Investitionsaufwendungen für medizinische Einrichtungen machen 4,5 Prozent der Ausgaben aus.

## Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Die Landtage sind sowohl für die Finanzierung als auch für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung. Sie stehen im Zentrum eines überwiegend steuerfinanzierten Gesundheitssystems, dessen Einrichtungen sich zum größten Teil in öffentlicher Hand befinden.

Innerhalb gewisser Grenzen können die Landtage Einkommenssteuern für die Bewältigung ihrer Aufgaben und Gebührensätze für die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen festlegen. Dementsprechend variieren die Steuern und Gebühren zwischen ihnen. Aus ihren Steuereinnahmen finanzieren sie circa 70 Prozent der Gesundheitsausgaben. Dazu kommen weitere Ressourcen aus Gebühren und dem Verkauf von Leistungen an andere Landtage (siehe unten). Die nicht über die Provinziallandtage abgedeckten Gesundheitsausgaben werden vom schwedischen Staat durch Transfers zu den Landtagen finanziert. Durch die Transfers werden unter anderem regionale Unterschiede in der ökonomischen Leistungsfähigkeit und dem Versorgungsbedarf ausgeglichen.

Die Haushaltsmittel der Landtage fließen zu 90 Prozent in die medizinische Versorgung. Im Jahr 2005 entfielen von den Gesundheitsausgaben der Landtage:

- 16 Prozent auf die Primärversorgung,
- 52 Prozent auf die spezialisierte physische Versorgung,
- neun Prozent auf die spezialisierte psychiatrische Versorgung,
- drei Prozent auf die zahnmedizinische Versorgung,
- elf Prozent auf Medikamente im Rahmen der **Positivliste**,
- acht Prozent auf andere Posten und
- ein Prozent auf politische Aktivitäten.

Die Patientinnen und Patienten sind über verschiedene Gebühren, **Zuzahlungen** und selbst zu tragende Ausgabenanteile an der Finanzierung der medizinischen Versorgung beteiligt. Insgesamt trugen private Gesundheitsausgaben im Jahr 2005 mit 15,4 Prozent zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben bei, nachdem sich der Anteil nach 14 Prozent im Jahr 1970 bis 1980 bei wachsenden Gesundheitsausgaben und aufgrund von sozialstaatlichen Reformen auf 7,5 Prozent verringert hatte. Im internationalen Vergleich ist der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben dennoch immer noch relativ niedrig. In Deutschland lag er im Jahr 2005 um fünf Prozentpunkte höher. In den Niederlanden und der Schweiz belief er sich 2002 auf circa 40 Prozent. Um eine Überforderung von Patientinnen und Patienten zu vermeiden, existieren mehrere Obergrenzen (siehe Tabelle "Übersicht über Gebühren und Überforderungsgrenzen in der medizinischen Versorgung (2004)").



Es ist ein über die Parteigrenzen hinweg weitverbreiteter Konsens, dass die Finanzierung der Gesundheitsausgaben weitgehend aus öffentlichen Mitteln erfolgen soll. Wesentliche Finanzierungsgrundlage ist die von den Landtagen erhobene Einkommenssteuer. Insofern orientiert sich die Finanzierung am Prinzip der Leistungsfähigkeit der abgesicherten Einwohnerinnen und Einwohner Schwedens. Gebühren und Zuzahlungen haben in einigen Bereichen weniger eine Finanzierungs- als eine Steuerungsfunktion. So ist ihr Anteil an der Finanzierung der medizinischen Versorgung relativ gering. Hier sollen in erster Linie Anreize geschaffen werden, im Rahmen der ambulanten Versorgung zunächst Einrichtungen der Primärversorgung und nicht eine Spezialistin oder einen Spezialisten in einem **Krankenhaus** aufzusuchen. Dennoch können sich für Patientinnen und Patienten insbesondere in der zahnmedizinischen Versorgung erhebliche Kosten ergeben. In der Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sind den individuellen Belastungen Grenzen gesetzt. Dennoch tragen Patientinnen und Patienten insgesamt zu circa 25 Prozent zur Finanzierung der Arzneimittelversorgung bei.

Die schwedische **Sozialversicherung** ist primär für die finanzielle Absicherung gegenüber sozialen Risiken zuständig, das heißt unter anderem für Einkommensersatzleistungen im Krankheitsfall. Die Anzahl privater Zusatzkrankenversicherungsverträge ist bei einem leichten Anstieg gering. Im Jahr 2003 hatten circa 200.000 Personen eine private Zusatzkrankenversicherung abgeschlossen. Bedingt durch mitunter lange Wartezeiten sind die Hauptanreize ein schnellerer Zugang zu einer Spezialistin oder einem Spezialisten in der ambulanten Versorgung und eine kürzere Wartezeit auf eine planbare (elektive) Behandlung. Für Finanzierung des schwedischen Gesundheitswesens sind private Krankenversicherungen von marginaler Bedeutung.

### Literatur und weiterführende Literatur

Alban, Anita/Christiansen, Terkel (Hrsg.) (1995): The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems. Odense

Glennard Anna H./Hjalte, Frida/Svensson, Marianne/Anell, Anders/Bankauskaite, Vaida (2005): Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Heidenheimer, Arnold J./Elvander, Nils (Hrsg.) (1980): The Shaping of the Swedish Health System. London

Schwedisches Institut (2007): Das schwedische Gesundheitswesen. Tatsachen über Schweden (Ts 76r)

Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72915/versorgungsstrukturen>

Pfad: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Schweden | Versorgungs-strukturen

## Die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in Schweden

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Allgemeine gesundheitspolitische Leitlinien

Dem gesundheitspolitischen Anspruch nach orientiert sich die medizinische Versorgung in Schweden an einem angemessenen, bedarfsgerechten Zugang für alle schwedischen Einwohnerinnen und Einwohner, unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem Wohnort. Als oberstes Prinzip gilt die Menschenwürde: Sie gilt für alle, und alle Menschen haben in diesem Zusammenhang die gleichen Rechte. Nach dem zweiten Prinzip "Bedarf und Solidarität" hat die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem größten Bedarf an medizinischer Versorgung Vorrang. Das dritte, den anderen beiden Prinzipien nachgeordnete Prinzip "Kosteneffektivität" besagt, dass bei Wahlmöglichkeiten zwischen Behandlungsoptionen Kosten-Nutzen-Relationen berücksichtigt werden sollen.

Im Jahr 1997 wurde für den Bereich der medizinischen Versorgung eine Prioritätenliste verabschiedet, nach der sich die Wartezeiten für unterschiedliche Behandlungen richten. Oberste Priorität haben die Versorgung bei Lebensgefahr, die palliative Versorgung sowie die Versorgung von Personen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen. An zweiter Stelle stehen Prävention und Rehabilitation. Es folgt die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit nicht akuten und nicht chronischen Erkrankungen. Die niedrigste Priorität haben Behandlungsanlässe, die nicht auf Krankheiten oder Unfälle zurückgehen.

## Die zentrale Rolle der Landtage ("Landsting")

In Schweden sind 18 Landtage, 2 Regionen (Skåne und Västra Götaland als Zusammenschlüsse von Landtagen) und eine Kommune (Gotland) für die Gesundheit ihrer Bevölkerung (zwischen 60.000 und 1,8 Millionen Einwohner) einschließlich ihrer medizinischen Versorgung und deren Finanzierung verantwortlich. Die Einrichtungen der medizinischen Versorgung werden überwiegend von ihnen betrieben. Ergänzt werden die Angebote in der Primärversorgung durch private Praxen, die im Rahmen von Verträgen mit den Landtagen in die öffentliche Finanzierung eingebunden sind, sowie durch eine geringere Anzahl von überwiegend kleinen privaten Krankenhäusern. Die Landtage kaufen in wachsendem Umfang Leistungen von privaten Anbietern ein. Im Jahr 2005 lag das Volumen bei circa zehn Prozent der Nettokosten (ohne zahnmedizinische Versorgung).

Im Vergleich zu Deutschland ist die Arztdichte in Schweden geringer und die Anzahl der Krankenpflegekräfte auf 1.000 Einwohner etwas höher. Besonders auffällig sind die Unterschiede bei der Anzahl der Betten in der Akutversorgung (vgl. Tabelle "Beschäftigte im Gesundheitswesen und Krankenhausbetten im Jahr 2004").

## Ambulante Versorgung

Die Landtage sind in mehrere Primärversorgungsgebiete unterteilt, die im Wesentlichen den Grenzen der Kommunen entsprechen. In diesen erfolgt die Primärversorgung durch etwa 800 von den Landtagen betriebenen Primärversorgungszentren als Einrichtungen der Landtage und durch 300 privat betriebene Einrichtungen. Privat betriebene Einrichtungen finden sich insbesondere in großen Städten beziehungsweise städtischen Gebieten. Auf sie entfielen im Jahr 2003 etwa 29 Prozent aller Arztkontakte in der ambulanten Versorgung.

In den Primärversorgungszentren sind Allgemeinärztinnen und -ärzte, Pflegekräfte, Hebammen und Geburtshelfer, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen beschäftigt. Es werden Impfprogramme für Kinder, Schwangerschaftsuntersuchungen, medizinische Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen durchgeführt. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen stehen Kinderärztinnen und -ärzte und Distriktpflegekräfte zur Verfügung.

Im Unterschied zum deutschen Gesundheitssystem findet der Erstkontakt häufig mit einer Distriktpflegekraft statt. Diese Pflegekräfte führen insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten Hausbesuche durch, schätzen die Lage ein, können in bestimmten Fällen Medikamente verordnen und verweisen die Patientinnen und Patienten bei Bedarf an Allgemeinärztinnen und -ärzte oder Krankenhäuser. Dabei stehen sie unter ärztlicher Aufsicht. Die fachärztliche Versorgung erfolgt überwiegend über an der ambulanten Versorgung beteiligte Krankenhausabteilungen. Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, diese direkt



in Anspruch zu nehmen. Im internationalen Vergleich ist die Anzahl der Arztkontakte pro Einwohner und Jahr in Schweden mit 2,8 (2003) gering. Die Hälfte der Arztkontakte in der ambulanten Versorgung entfällt auf Spezialistinnen und Spezialisten in Krankenhauseinrichtungen.

## Stationäre Versorgung

In Schweden existieren in der stationären Versorgung drei Stufen. Circa 40 von den Landtagen betriebene Distriktkrankenhäuser mit einer durchschnittlichen Größe von 151 Betten (2001) sind in der stationären "Grundversorgung" tätig. Daneben betreiben die Landtage jeweils ein Zentralkrankenhaus mit zusätzlichen Fachabteilungen und durchschnittlich 458 Betten (2001). Sehr komplizierte Fälle oder seltene Erkrankungen werden in Regionalkrankenhäusern versorgt. Jeweils mehrere Landtage sind zu einer von sechs Regionen mit zwischen ein bis zwei Millionen Einwohnern zusammengeschlossen. Ein Landtag betreibt das Regional Krankenhaus. Die anderen Landtage erstatten die Kosten für die Behandlung ihrer Einwohner.

Insbesondere durch einen Rückgang bei älteren Patientinnen und Patienten hat sich die Anzahl der Krankenhaustage pro Einwohner in den 1990er-Jahren parallel zu einigen Reformen im Pflegebereich (siehe unten) reduziert. Die Landtage sind für die Patientinnen und Patienten verantwortlich, bis die medizinische Behandlung abgeschlossen ist und ein Pflegeplan aufgestellt wurde. Für die weitere Versorgung fällt dann den Kommunen die Verantwortung zu.

## Weitere Versorgungsbereiche

Die Landtage sind für die Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen zahnmedizinischen Versorgungsangebots zuständig. Zahnmedizinische Leistungen werden in öffentlichen und privaten Einrichtungen erbracht.

Im Jahr 1971 wurde der Vertrieb von Arzneimitteln verstaatlicht und dem staatlichen Unternehmen Apoteket AB (früher Apoteksbolaget AB) übertragen. Die Abgabe von Medikamenten erfolgt in 900 Apotheken und 1.000 vertraglich angebundenen Geschäften. Bei diesen handelt sich insbesondere um Lebensmittelgeschäfte in ländlichen Gebieten.

### Wissenscheck

## Versorgungsprobleme

Der Public-Health-Bereich sowie die Versorgung bei Schwangerschaften und von Kindern und Jugendlichen sind in Schweden im internationalen Vergleich relativ gut ausgebaut. Allerdings gilt das schwedische Gesundheitssystem noch immer als krankenhauszentriert. Gegenüber dem Ausbau des Krankenhaussektors unter Einschluss der ambulanten Versorgung durch Spezialistinnen und Spezialisten in Krankenhauseinrichtungen wurde die Primärversorgung lange vernachlässigt. Patientinnen und Patienten nehmen in der ambulanten Versorgung häufig direkt in Krankenhäusern beschäftigte Spezialistinnen und Spezialisten in Anspruch. Ein Problem der schwedischen Gesundheitsversorgung besteht in den zu wenig integrierten Schnittstellen zwischen den verschiedenen Sektoren: Beispiele hierfür sind die Übergänge zwischen Krankenhäusern und Einrichtungen der Primärversorgung sowie der medizinischen Versorgung durch die Landtage und der Versorgung von Pflegebedürftigen beziehungsweise Menschen mit einem Bedarf an sozialen Dienstleistungen durch die Kommunen.

Ein anhaltendes Problem von gesundheitspolitischer Brisanz sind Wartelisten und -zeiten. Seit den 1990er-Jahren haben verschiedene Reformen die Situation immer wieder zumindest vorläufig entspannt, und den Patientinnen und Patienten wurden mehr Rechte und Wahlmöglichkeiten eingeräumt. Die Problematik lässt sich aber insbesondere in Anbetracht der fortgesetzten Bemühungen um eine Begrenzung öffentlicher Ausgaben und der politischen Ablehnung eines wachsenden privaten Finanzierungsanteils kaum grundsätzlich lösen.

Für die Zukunft wird prognostiziert, dass sich aufgrund des demografischen Wandels ein Mangel an qualifizierten Arbeitskräften abzeichnet. Die schwedischen Ausbildungskapazitäten müssten erheblich ausgebaut werden, um dem sich abzeichnenden Versorgungsbedarf gerecht zu werden. Bereits in der Vergangenheit wurde qualifiziertes Personal aus dem Ausland angeworben, um den Mangel an Arbeitskräften auszugleichen.

## Literatur

Alban, Anita/Christiansen, Terkel (Hrsg.) (1995): The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems. Odense

Glenngård Anna H./Hjalte, Frida/Svensson, Marianne/Anell, Anders/Bankauskaite, Vaida (2005): Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Heidenheimer, Arnold J./Elvander, Nils (Hrsg.) (1980): The Shaping of the Swedish Health System. London

Schwedisches Institut (2007): Das schwedische Gesundheitswesen. Tatsachen über Schweden (Ts 76r)

OECD (2007): Gesundheit auf einen Blick 2007. OECD-Indikatoren. Paris

»[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/gesundheit-auf-einen-blick-2007\\_9789264065390-de](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/gesundheit-auf-einen-blick-2007_9789264065390-de)«



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72918/regulierung>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Schweden | Regulierung

## Die Regulierung des Gesundheitswesens in Schweden

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate  
Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

### Wissenscheck

## Die Landtage

Die Landtage sind für die Gesundheit ihrer Bevölkerung und deren medizinische Versorgung verantwortlich. Während einer Privatisierung von Krankenhäusern beziehungsweise einer Einbeziehung privater Krankenhäuser in die öffentlich finanzierte medizinische Versorgung Grenzen gesetzt sind, verfügen sie in der Ausgestaltung der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Ressourcenallokation, also der Ressourcenverteilung und -zuweisung, über erhebliche Entscheidungsspielräume. Zugleich wurde ihnen schrittweise immer mehr Verantwortung in der Finanzierung der medizinischen Versorgung übertragen.

Zwischen den Landtagen existieren erhebliche Unterschiede in der Ressourcenallokation beziehungsweise der Vergütung medizinischer Leistungen. Als zu Beginn der 1980er-Jahre eine zentralisierte Planung und Ressourcenallokation in einem stark angewachsenen Gesundheitssystem schwierig geworden war, setzte sich in den Landtagen eine Ressourcenallokation auf der Grundlage von Globalbudgets durch: Die Landtage verteilten Globalbudgets an die Gesundheitsdistrikte, die für die medizinische Versorgung in ihren Gebieten verantwortlich wurden und ihrerseits Globalbudgets an die Versorgungseinrichtungen ihres Gebietes verteilten. Folgt den Budgets zunächst den historisch gewachsenen Ausgabenstrukturen, wurden in ihrer Festlegung in einigen Landtagen bedarfsbezogene Kriterien berücksichtigt.

Die Globalbudgets erwiesen sich als geeignet, Ausgaben zu begrenzen. Allerdings galt die Produktivität in der medizinischen Versorgung als niedrig. Zu Beginn der 1990er-Jahre führte die Hälfte der Landtage "Purchaser-Provider"-Modelle ein: Die Landtage und ihre Verwaltung wurden zu Einkäufern von Leistungen, die Versorgungseinrichtungen zu Anbietern, und zwischen ihnen wurden Leistungsmengen und Preise vertraglich vereinbart. In manchen Landtagen erfolgte der Einkauf zentral, in anderen auf der Ebene der Distrikte oder Kommunen dezentral. Gegenwärtig werden in den Landtagen unterschiedliche Kombinationen aus Globalbudgets, Kopf- und Fallpauschalen verwendet.

Ursprünglich sollte auf diesem Weg unter anderem ein Wettbewerb zwischen den Einrichtungen gefördert werden. In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre wuchs nicht zuletzt aufgrund der angespannten Lage der öffentlichen Haushalte das Interesse an Kooperationen zwischen Einrichtungen innerhalb eines Landtages und Einrichtungen verschiedener Landtage. Mitunter kam es zu Zusammenschlüssen.

In jedem Landtag und in jeder Kommune existiert ein Patientenausschuss mit Repräsentantinnen und Repräsentanten aus Patientenorganisationen. Die Ausschüsse haben die Aufgabe, einzelne Patientinnen und Patienten zu unterstützen und an der Verbesserung der Qualität der Versorgung mitzuwirken.

Bis vor Kurzem waren die Landtage in der schwedischen Vereinigung der Landtage (Landstingsförbundet) zusammengeschlossen. Die Vereinigung führte unter anderem Verhandlungen mit der schwedischen Regierung und vertrat die Landtage als Arbeitgeber in Tarifverhandlungen mit den Gewerkschaften. Inzwischen wurde die Vereinigung mit ihrem Gegenstück für die kommunale Ebene, der Vereinigung der Kommunen (Svenska Kommunalförbundet) zu einer Organisation (Sveriges Kommuner och Landsting / Swedish Association of Local Authorities and Regions) zusammengefasst.

## Die nationale Ebene

Die schwedische Regierung beziehungsweise das Ministerium für Gesundheit und soziale Angelegenheiten legen die grundlegenden Prinzipien und Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung fest. Ferner haben dem Ministerium



zugeordnete Behörden die Aufsicht über die medizinische Versorgung:

- Die Nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen) ist die zentrale Beratungs- und Kontrolleinrichtung des Ministeriums. Sie verfolgt die Umsetzung der gesundheitspolitischen Vorgaben in den Landtagen. Die Behörde vergibt Zulassungen für Gesundheitsberufe. Sie ist außerdem mit der Entwicklung von Leitlinien für die Versorgung chronisch kranker Menschen beauftragt. Ein epidemiologisches Zentrum ist in die Behörde integriert. Es hat die Aufgabe, über die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit sowie die Versorgung der verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu berichten.
- Das in seiner Struktur und seinen Aufgaben einem Gericht ähnelnde "Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd" (HSAN) entscheidet über disziplinare Maßnahmen im Fall von Behandlungsfehlern.
- Die Behörde für Medizinische Produkte (Läkemedelsverket, MPA) reguliert und überwacht die Entwicklung, Herstellung und den Verkauf von Medikamenten und medizinischen Produkten.
- Der Schwedische Rat für Technikbewertung in der Gesundheitsversorgung (Statens Beredning för Medicinisk Utvärdering, SBU) führt Health Technology Assessments durch und stellt die Ergebnisse Entscheidungsträgerinnen und -trägern aus Politik, Verwaltung und der medizinischen Versorgung zur Verfügung.
- Das "Läkemedelsförmansnämnden" (LFN) entscheidet, für welche Medikamente Patientinnen und Patienten Kostenerstattungen erhalten können.
- Das Nationale Institut für Öffentliche Gesundheit (Folkhälsoinstitutet) berät die Regierung, öffentliche Einrichtungen, Kommunen und Landtage und ist an der Entwicklung von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie deren Evaluation beteiligt.

Über die Provinzialbehörden (Länsstyrelsen), die im Wesentlichen den Gebieten der Landtage entsprechen und deren Spitze von der nationalen Regierung ernannt wird, ist die schwedische Regierung auf der regionalen Ebene präsent.

## Weiterführende Literatur

Alban, Anita/Christiansen, Terkel (Hrsg.) (1995): The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems. Odense

Glenngård Anna H./Hjalte, Frida/Svensson, Marianne/Anell, Anders/Bankauskaite, Vaida (2005): Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Heidenheimer, Arnold J./Elvander, Nils (Hrsg.) (1980): The Shaping of the Swedish Health System. London

Schwedisches Institut (2007): Das schwedische Gesundheitswesen. Tatsachen über Schweden (Ts 76r)

Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72921/juengere-reformen>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Schweden | Jüngere Reformen

## Jüngere Reformen in der Gesundheitspolitik Schwedens

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

Über weite Strecken lässt sich die Geschichte des schwedischen Gesundheitswesens als eine schrittweise Implementierung eines öffentlichen integrierten Gesundheitswesens beschreiben, in dessen Zentrum die Landtage stehen. Ihnen wurden seit ihrer Einrichtung im Jahr 1862 bis in die jüngere Vergangenheit hinein immer mehr Aufgabenbereiche übertragen. Bis in die frühen 1980er-Jahre war die Gesundheitspolitik primär an der Gewährleistung einer angemessenen, bedarfsbezogenen Versorgung ausgerichtet. In den späten 1980er-Jahren verstärkten sich die Anstrengungen um eine Ausgabenbegrenzung, die zu Beginn der 1990er-Jahre durch das Interesse an einer Effizienzsteigerung ergänzt wurden. Gegen Ende des Jahrzehnts kam es zu strukturellen Veränderungen in der Bereitstellung und Finanzierung der medizinischen Versorgung. Die Bemühungen um eine Ausgabenbegrenzung haben seitdem nicht nachgelassen.

### Von den Anfängen bis zur Einführung eines Systems der sozialen Sicherheit im Krankheitsfall

Nachdem die Landtage bei ihrer Gründung 1862 zunächst nur für die Akutkrankenhäuser zuständig waren, wurden ihre Aufgaben mit dem Krankenhausgesetz von 1928 auf die Sicherstellung der stationären Versorgung erweitert. Der ambulante Sektor, die Versorgung psychisch Kranker und die Langzeitpflege blieben zunächst im Zuständigkeitsbereich der Gemeinden und des Staates beziehungsweise dem privaten Sektor überlassen. In den 1930er-Jahren wurde den Landtagen die medizinische Versorgung bei Schwangerschaft sowie die medizinische und zahnmedizinische Versorgung von Kindern übertragen. Die ambulante Versorgung erfolgte weiterhin überwiegend im privaten Sektor – entweder durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder durch Krankenhausärztinnen und -ärzte, die ihre Leistungen in der ambulanten Versorgung privat abrechneten. In dieser Zeit waren weniger als 33 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern beschäftigt. Dies änderte sich in den folgenden Jahrzehnten, und in den 1980er-Jahren lag dieser Anteil bei 80 Prozent.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die soziale Absicherung im Krankheitsfall erheblich ausgeweitet. Im Jahr 1946 wurde das Nationale Krankenversicherungsgesetz verabschiedet, das allerdings aufgrund mangelnder Ressourcen erst 1955 implementiert wurde. Die Leistungen der Krankenversicherung, die alle in Schweden wohnhaften Personen einschloss, beinhalteten eine anteilmäßige **Kostenerstattung** von Ausgaben für Arztbesuche und Verschreibungen sowie ein Krankengeld.

### Fortschreitende Integration der ambulanten Versorgung in den Zuständigkeitsbereich der Landtage

In den 1960er-Jahren wurden die Landtage für die medizinische Grundversorgung im ländlichen Raum zuständig, nachdem dieser Aufgabenbereich zuvor dem schwedischen Staat zugeordnet war. Auch die Versorgung psychisch Kranker wurde ihnen übertragen.

Mit der sogenannten Sieben-Kronen-Reform von 1970 wurden die Zuständigkeiten der Landtage in erheblichem Umfang auf die ambulante Versorgung ausgedehnt. Krankenhausärztinnen und -ärzte verloren die Möglichkeit, Leistungen in der ambulanten Versorgung privat abzurechnen. Während Patientinnen und Patienten zuvor die Kosten zunächst selbst zu tragen hatten und 75 Prozent von der Krankenversicherung erstattet bekamen, mussten sie nun nur noch lediglich sieben Schwedische Kronen für einen Arztbesuch an den Landtag entrichten, der von der Krankenkasse die restlichen Kosten erstattet bekam. Krankenhausärztinnen und -ärzte wurden vollständig zu Angestellten des öffentlichen Sektors.

Mit dem Gesundheits- und medizinischen Dienstleistungsgesetz von 1982 (Hälso- och sjukvårdslagen / Health and Medical Service Act) wurde den Landtagen die umfassende Verantwortung für die Gesundheit ihrer Bevölkerung in den Bereichen medizinische Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention zugeordnet. In Fortsetzung der gesundheitspolitischen Ausrichtung der 1960er-Jahre war die Orientierung an "equity", an einer bedarfsorientierten angemessenen Versorgung, zentral.

Mit der DAGMAR-Reform von 1985 wurden die finanziellen Zuständigkeiten für die ambulante Versorgung reorganisiert, und die Landtage erhielten mehr Einfluss auf die im privaten Sektor erbrachten Leistungen. Zuvor erstattete die Krankenversicherung Ausgaben für die Leistungen des öffentlichen und privaten Sektors auf Grundlage einer Gebührenordnung und der Anzahl der Arztbesuche. Diese Überweisungen wurden auf nach sozialen und medizinischen Kriterien gewichtete bevölkerungsbezogene



Kopfpauschalen umgestellt, die den Landtagen überwiesen wurden. Die Landtage übernahmen damit die Verantwortung für die Ausgaben in der ambulanten Versorgung und in diesem Zusammenhang insbesondere auch für die Ausgaben der im privaten Sektor erbrachten Leistungen. Damit erhöhten sich ihre Planungsmöglichkeiten sowie ihr Interesse an einer Kontrolle des Leistungsgeschehens in diesem Sektor.

### Wissenscheck

Für einen kurzen Zeitraum, unter dem von einer bürgerlichen Regierungskoalition verabschiedeten Familienarztgesetz von 1993 und dem Gesetz über die Freiheit zur Einrichtung einer privaten Praxis im Jahr 1994, erhielten Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, sich niederzulassen, und die Landtage waren weitgehend verpflichtet, diese in die öffentlich finanzierten Versorgung einzubeziehen. Nach der Regierungsübernahme durch die sozialdemokratische Partei SAP wurden die Gesetze wieder abgeschafft, und die Landtage erhielten das Recht, über die vertragliche Einbindung privat praktizierender Ärztinnen und Ärzte in die öffentliche Versorgung zu entscheiden. Mit diesem Schritt wurde die ambulante Versorgung gänzlich in die Entscheidungskompetenzen der Landtage integriert. Privat praktizierende Ärztinnen und Ärzte sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten haben seitdem die Möglichkeit, aus öffentlichen Mitteln finanzierte Leistungen auf der Grundlage einer nationalen Gebührenordnung oder besonderer Verträge mit den Landtagen abzurechnen. Die Art der Einbindung privat praktizierender Ärztinnen und Ärzte sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie die Bemühungen um eine Privatisierung von Einrichtungen der stationären Versorgung unterscheiden sich nicht zuletzt aufgrund der jeweiligen politischen Mehrheiten zwischen den Landtagen.

### Pflege, Arzneimittel, Zahnmedizin

Mit der Ädel-Reform von 1992 (Care of the Elderly Reform) wurden den Gemeinden die stationäre Langzeitpflege und die Altenpflege überantwortet. Ziel der Reform war die Integration der erforderlichen medizinischen und sozialen Versorgungsangebote auf einer Ebene. Zugleich sollten Anreize für den Ausbau von Pflegeeinrichtungen geschaffen werden, um den Krankenhaussektor zu entlasten. Zahlreiche Patientinnen und Patienten belegten Krankenhausbetten ohne einen medizinischen Versorgungsbedarf, weil Kapazitäten in der Pflege fehlten. Mit der Reform mussten die Gemeinden den Landtagen die Kosten für den Krankenhausaufenthalt dieser Personen erstatten. Wenige Jahre später wurden die Gemeinden auch für die Versorgung von Behinderten ("Handikappreformen" 1994) und psychisch Kranken ("Psykiatriereformen" 1995) zuständig. Mit den Reformen wurden circa 20 Prozent der Gesundheitsausgaben der Landtage zu den Gemeinden verlagert. Die Hälfte der Gemeinden hat mit den Landtagen vereinbart, auch die ambulante Pflege von Alten und Behinderten zu übernehmen. Bei der anderen Hälfte sind dafür die Landtage zuständig.

Ein weiterer Reformbereich betraf den Arzneimittelmarkt. Im Jahr 1997 wurde das Kostenerstattungssystem für verschriebene Arzneimittel verändert. Der von Patientinnen und Patienten zu tragende Finanzierungsanteil wurde erhöht. Um soziale Härten zu vermeiden, wurde eine Obergrenze für privat zu tragende Ausgaben für verschriebene Arzneimittel eingeführt. Die Landtage erhielten außerdem das Recht, verschreibungspflichtige Arzneimittel direkt bei Pharmaunternehmen einzukaufen. Im folgenden Jahr wurde den Landtagen die finanzielle Verantwortung für verschreibungspflichtige Medikamente übertragen, die zuvor der Krankenversicherung oblag. Damit erhöhte sich ihr Interesse, auf ein sparsames Verordnungsverhalten hinzuwirken.

Mit einer Reform im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung kam es 1999 zur stärksten Veränderung in der gesundheitsbezogenen sozialen Absicherung in den letzten 20 Jahren. Die von den Patientinnen und Patienten zu tragenden Ausgaben erhöhten sich mit der Reform erheblich. Eine prozentuale Erstattung der Preise, die in einer Gebührenordnung festgelegt waren, wurde durch die Einführung von Festbeträgen bei freier Preisgestaltung der Anbieter ersetzt. Im Jahr 2002 wurde diese Reform durch eine Absicherung von hohen Ausgaben für die Gruppe der über 64-Jährigen ergänzt. Insgesamt werden die Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung zu 60 Prozent direkt von den Patientinnen und Patienten getragen.

### Wissenscheck

### Wartezeiten, Prioritätenlisten, Patientenrechte

Ein zentraler Problembereich des schwedischen Gesundheitssystems sind mitunter lange Wartezeiten in der medizinischen Versorgung. Im Jahr 1992 wurde für zwölf elektive Interventionen eine nationale Behandlungsgarantie eingeführt. Patientinnen und Patienten erhielten das Recht, nach einer Wartezeit von drei Monaten die Leistungen eines anderen als des vorgesehen Krankenhauses innerhalb oder außerhalb ihres Landtags in Anspruch zu nehmen. Inzwischen wurde die Wartezeitgarantie durch die "0-7-90-90"-Regelung ersetzt: Bei Beschwerden soll es unmittelbar möglich sein, Kontakt zu Einrichtungen der medizinischen Versorgung herzustellen. Einen Allgemeinarzt zu konsultieren, soll bei Bedarf innerhalb von sieben Tagen möglich sein. Der Besuch bei einem Spezialisten soll innerhalb von 90 Tagen stattfinden können. Zwischen der Diagnosestellung und dem Behandlungsbeginn sollen ebenfalls nicht mehr als 90 Tage vergehen.

Im Jahr 1997 wurden bedarfsbezogene Prioritäten für die medizinische Versorgung aufgestellt. Zwei Jahre später wurden die Patientenrechte gestärkt. Patientinnen und Patienten erhielten das Recht, in der ambulanten Versorgung Ärztinnen und Ärzte unabhängig von geografischen Gebietseinheiten frei zu wählen. Seit 2003 haben Patientinnen und Patienten das Recht, für die für sie in ihrem Landtag vorgesehenen Leistungen jede Versorgungseinrichtung in Schweden in Anspruch zu nehmen. Seit dem 1. November 2005 deckt die nationale Gesundheitsversorgungsgarantie (National Health Care Guarantee) alle Leistungen im Planungsbereich der Landtage ab: Ist es in einem Landtag nicht möglich, einer Patientin oder einem Patienten eine vorgesehene

Behandlung innerhalb von 90 Tagen nach der entsprechenden Entscheidung anzubieten, ist der Landtag verpflichtet, die Patientin oder den Patienten dabei zu unterstützen, die Behandlung in einem anderen Landtag durchführen lassen zu können.

Festgeschrieben wurden außerdem ein Informationsrecht, das Recht auf die freie Entscheidung bei mehreren Behandlungsoptionen sowie das Recht auf eine Zweitmeinung bei komplizierten Behandlungsfällen.

### Literatur

Alban, Anita/Christiansen, Terkel (Hrsg.) (1995): The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems. Odense

Glenngård Anna H./Hjalte, Frida/Svensson, Marianne/Anell, Anders/Bankauskaite, Vaida (2005): Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Heidenheimer, Arnold J./Elvander, Nils (Hrsg.) (1980): The Shaping of the Swedish Health System. London

Schwedisches Institut (2007): Das schwedische Gesundheitswesen. Tatsachen über Schweden (Ts 76r)



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72924/aktuelle-probleme>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Schweden | Aktuelle Probleme

## Aktuelle Probleme und künftige Reformvorhaben in Schweden

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

**Fragen der Ausgabenbegrenzung sowie der Effektivität und Effizienz der Versorgung werden die gesundheitspolitische Debatte in Schweden auch weiterhin prägen. Zu lange Wartezeiten beeinflussen die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und den politisch Verantwortlichen erheblich. Das Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit dürfte wie in anderen Ländern auch von den verschiedenen Parteien unterschiedlich stark aufgegriffen werden.**

Es gibt eine breite Zustimmung zur öffentlichen Finanzierung der medizinischen Versorgung. Auf der Suche nach Lösungen für die gesundheitspolitischen Probleme wurden die Spielräume der Landtage im Hinblick auf die Bereitstellung der Versorgungsleistungen erheblich erweitert. In der Folge kam es zu einem Nebeneinander von Dezentralisierung und Zentralisierung. Je nach regionalen Bedingungen und politischen Präferenzen können die Landtage mehr auf Wettbewerb oder Kooperation sowie öffentliche oder private Anbieter setzen. Privatisierungsbemühungen beziehungsweise der Ausbau privater, gewinnorientierter **Leistungserbringer** erwiesen sich insbesondere in der stationären Versorgung als schwierig. Seit dem 1. Juli 2007 sind Regelungen in Kraft, die es den Landtagen erleichtern, private, gewinnorientierte Krankenhäuser in die Versorgung ihrer Bevölkerung einzubeziehen.

Parallel zur Erweiterung der Entscheidungsspielräume der Landtage wurde die Aufsicht auf der nationalen Ebene ausgebaut, und die schwedische Regierung hat sich in den vergangenen Jahren auch verstärkt über mit den Landtagen abgestimmte nationale Programme eingebracht. Auf diesem Weg ist es möglich, die Vorgabe zentraler gesundheitspolitischer Leitlinien mit Spielräumen für Experimente in der Bereitstellung der Versorgung und ihrer Ausgestaltung im Rahmen eines politischen Wettbewerbs zu verbinden.

Für die weitere Entwicklung des schwedischen Gesundheitswesens dürften die Ergebnisse einer Kommission relevant sein, die sich mit der Zuordnung der Zuständigkeiten im schwedischen Gesundheitssystem beschäftigt. Ob mit grundlegenden Veränderungen zu rechnen ist, ist fraglich. Rückblickend stellt sich die historische Entwicklung des schwedischen Gesundheitssystems mit seinen Reformen spätestens seit Anfang der 1970er-Jahre als Ausarbeitung und Rationalisierung eines demokratisch legitimierten, öffentlich finanzierten und durch die Landtage öffentlich organisierten Leistungsangebotes dar – unter Berücksichtigung der jeweiligen Diskussionen über eine Modernisierung der öffentlichen Verwaltung.

### Literatur

Alban, Anita/Christiansen, Terkel (Hrsg.) (1995): The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems. Odense

Glenngård Anna H./Hjalte, Frida/Svensson, Marianne/Anell, Anders/Bankauskaite, Vaida (2005): Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Heidenheimer, Arnold J./Elvander, Nils (Hrsg.) (1980): The Shaping of the Swedish Health System. London

Schwedisches Institut (2007): Das schwedische Gesundheitswesen. Tatsachen über Schweden (Ts 76r)





URL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72928/finanzierung>

Pfad: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Großbritannien | Finanzierung

## Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Großbritannien

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

**Die vier nationalen Gesundheitssysteme in Großbritannien finanzieren sich zum größten Teil aus öffentlichen Mitteln, insbesondere aus allgemeinen Steuern, zweckgebundenen Steuern und – wenn auch in geringem Umfang – Sozialversicherungseinnahmen. Da der Beitragssatz zur nationalen Sozialversicherung ("National Insurance", NI) vom Staat festgelegt wird, werden die Sozialversicherungsbeiträge als Steuern betrachtet.**

Maßgeblich für die Entwicklung der finanziellen Ressourcen, die für die Gesundheitsversorgung in Großbritannien zur Verfügung stehen, bleibt trotz der Politik der Devolution das britische Finanzministerium in London ("Treasury"). Dieses verteilt die für die Gesundheitsversorgung geplanten Mittel als Teil von historisch gewachsenen Blockzahlungen für die gesamten öffentlichen Aufwendungen in Wales, Schottland und Nordirland. Zudem sind Prävention und Gesundheitsförderung ("Public Health") in allen vier Landesteilen originär öffentliche Aufgaben. Sie werden zwischen den verschiedenen betroffenen Ministerien koordiniert und auf der lokalen Ebene von kommunalen Gesundheitsbehörden umgesetzt.

Die Verteilung der vom britischen Finanzministerium zugewiesenen Finanzmittel auf die Gesundheitsversorgung wird in den vier Landesteilen allerdings nach unterschiedlichen Regeln und Zielsetzungen durchgeführt. Dies betrifft sowohl die Regeln und Prinzipien der Allokation als auch die Bereiche des Gesundheitssystems, die öffentlich finanziert werden. Insbesondere die Versorgungsstrukturen und die Regulierungen der Gesundheitsversorgung weichen wegen der an die Länder abgegebenen Kompetenzen zum Teil erheblich voneinander ab. Im Folgenden wird der Schwerpunkt der Darstellung auf die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in England gelegt. Für nähere Informationen zu den Versorgungs- und Regulierungsstrukturen der Gesundheitssysteme in Wales, Schottland und Nordirland sei auf die Web-Links verwiesen.

### Finanzierungssystem und Ausgabenentwicklung

Die Verteilung der Finanzmittel auf die **Leistungserbringer** im englischen nationalen Gesundheitsdienst ("National Health Service", NHS) folgt einem mehrstufigen System aus zentraler Planung, dezentraler Zuweisung und Wettbewerb. Zunächst wird zwischen dem Finanzministerium und dem Gesundheitsministerium ("Department of Health", DoH) für drei Jahre das Gesundheitsbudget ausgehandelt. Dieses wird dann auf der Grundlage einer komplizierten Formel an lokale beziehungsweise regionale Einrichtungen des nationalen Gesundheitsdienstes verteilt. Die Berechnungsformel orientiert sich dabei an verschiedenen Kriterien, die die Verteilung der Finanzmittel gemäß lokalem Bedarf sicherstellen sollen. Im Jahr 2006 wurden 74,2 Milliarden britische Pfund (circa 109 Milliarden Euro) für die nationale Gesundheitsversorgung in England ausgegeben; davon entfielen rund 50 Prozent auf Krankenhausleistungen, etwa 30 Prozent auf ambulante Gesundheitsleistungen und circa 20 Prozent auf kommunale Gesundheitsleistungen.

Die laufenden Behandlungskosten werden den zuständigen 152 lokalen NHS-Einrichtungen, den Primary Care Trusts (PCTs), überwiesen, die die lokale Gesundheitsversorgung sicherstellen. Die öffentlichen Investitionsmittel für Krankenhausneubauten und größere Anschaffungen werden hingegen an die zehn regional organisierten strategischen Gesundheitsbehörden ("Strategic Health Authorities", SHA) geleitet. Die öffentlichen Mittel für große Investitionsprojekte werden durch eine Initiative zur Nutzung privaten Kapitals für Krankenhausneubauten ergänzt; diese Mittel der sogenannten Private Financing Initiative (PFI) machen mittlerweile das Gros der finanziellen Mittel für Krankenhausneubauten aus.

Investitionsmittel von Hausärztinnen und -ärzten ("General Practitioners", GPs) und alternativen Versorgungseinrichtungen der primären Gesundheitsversorgung werden in der Regel aus den laufenden Einnahmen der Leistungserbringer finanziert. Parallel zu dem PFI-Programm hat New Labour auch ein Programm zur Nutzung privaten Kapitals in der Primärversorgung aufgelegt (Local Improvement Finance Trust, LIFT).

### Wissenscheck



Die soziale Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Erwachsenen und Kindern durch private und kommunale Leistungsanbieter von persönlichen sozialen Diensten erfolgt im Auftrag von 150 kommunalen Gemeinderäten in England. Die Kommunen erhalten zur Finanzierung dieser persönlichen sozialen Dienste finanzielle Mittel aus dem allgemeinen Steueraufkommen des Zentralstaates; zudem können sie auch begrenzt eigene lokale Steuern erheben. Die Inanspruchnahme dieser personalen sozialen Dienste ist abhängig von einer Bedürftigkeitsprüfung, wobei die Einkommen und Vermögen der Antragsteller zugrunde gelegt werden. Entsprechend existieren neben öffentlichen Aufwendungen hohe private Aufwendungen für die Finanzierung dieser persönlichen sozialen Dienste. Im Jahr 2006 wurden für persönliche soziale Dienste für Erwachsene insgesamt 21,2 Milliarden britische Pfund (circa 31 Milliarden Euro) ausgegeben; hiervon entfielen 43 Prozent auf die Unterstützung und Pflege von älteren Menschen, 25 Prozent für Familien mit Kindern, 16 Prozent für Menschen mit Lernbehinderungen, sieben Prozent für Menschen mit körperlichen Behinderungen und fünf Prozent für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die hiermit zum Teil einhergehende medizinisch notwendige Pflege ist – den Prinzipien des englischen NHS entsprechend – frei. Dies hat jedoch zu starken Abgrenzungsschwierigkeiten in der Finanzierung und Organisation von sozialen personalen Diensten und medizinisch notwendigen Pflegeleistungen geführt.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (Gesundheitsquote) liegt in Großbritannien im Vergleich zu anderen Industrieländern historisch sehr niedrig. Dies hat in Großbritannien immer wieder zu der Kritik geführt, dass der nationalen Gesundheitsversorgung zu wenig finanzielle Mittel zur Verfügung stünden, sie mithin chronisch unterfinanziert sei. Seit dem Jahr 2000 jedoch sind die britischen Gesundheitsausgaben stark gestiegen, um vor allem das mit der Unterfinanzierung einhergehende Problem von (mitunter sehr langen) Wartezeiten für elektive, also planbare Behandlungen anzugehen (siehe Abbildung "Gesundheitsausgaben in Deutschland, Großbritannien, Niederlande, Schweden und Schweiz in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (1980 - 2005)").

## Prinzipien der Mittelaufbringung für das Gesundheitswesen

Jede Einwohnerin und jeder Einwohner des Vereinigten Königreiches hat das Recht auf einen freien Zugang zur medizinischen Versorgung des nationalen Gesundheitsdienstes ohne Beachtung seiner finanziellen Möglichkeiten. Deshalb zeichnet sich die Gesundheitsversorgung in Großbritannien durch einen hohen Grad an Solidarität aus. Dies ist vor allem auf das progressiv ausgestaltete Einkommenssteuersystem zurückzuführen.

Der Anteil von **Zuzahlungen** für Leistungen des englischen nationalen Gesundheitsdienstes an den gesamten Gesundheitsausgaben ist gering und betrifft hauptsächlich Zuzahlungen für Arzneimittel, aber auch Sehtests und einige **zahnärztliche** Leistungen. Besonders schützenswerte soziale Gruppen – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, ältere Menschen über 60 Jahren und Bezieherinnen und Bezieher von Sozialleistungen – sind von der Aufbringung dieser Zuzahlungen befreit. Zuzahlungen und hohe private Aufwendungen existieren aufgrund der bedürftigkeitsgeprüften Gewährung kommunaler Transferzahlungen allerdings bei der Versorgung mit persönlichen sozialen Diensten.

Trotz der bedarfsbezogenen und universellen Krankenversorgung existiert im britischen Gesundheitssystem – und insbesondere im Großraum London – ein privater Krankenversicherungsmarkt. 11,3 Prozent aller Britinnen und Briten nehmen private Krankenversicherungsleistungen in Anspruch. Der Anteil dieser Leistungen an den gesamten Gesundheitsausgaben in Großbritannien macht jedoch weniger als drei Prozent aus. Die privaten Krankenversicherungsleistungen sollen einen schnelleren Zugang zur Versorgung und vereinzelt auch eine umfassendere Versorgung für die Versicherungsnehmerinnen und -nehmer ermöglichen.

## Literatur

Baggott, Rob (2004): Health and Health Care in Britain. Third Edition, Houndsmill/New York

Baggott, Rob (2007): Understanding Health Policy, Bristol

King's Fund (2006): An independent Audit of the NHS under Labour (1997 - 2005), London  
 »<http://www.kingsfund.org.uk/publications/independent-audit-nhs-under-labour-1997-2005>«

Klein, Rudolf (2006): The new politics of the NHS. From creation to reinvention. Fifth Edition, Oxford/Seattle

OECD (2007): Health Data 2007. Paris

Talbot-Smith, Alison/Pollock, Allyson M. (2006): The new NHS. A guide, Milton Park/New York



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72931/versorgungsstrukturen>

Pfad: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Großbritannien | Versorgungsstrukturen

## Versorgungsstrukturen des britischen Gesundheitssystems

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Public Health: Koordination und Verzahnung von Ministerien, Kommunen und NHS

Die nationalen Kompetenzen zum Schutz der Bevölkerung vor gesundheitlichen Gefahren ("Public Health") verteilen sich in Großbritannien auf verschiedene Ministerien und bewirken einen hohen Koordinationsaufwand. Die politische Schlüsselstellung hat auch hier das nationale Gesundheitsministerium inne. Die Kommunen sind traditionell für bevölkerungsbezogene Interventionen wie Bildung und Aufklärung, Wohnpolitik sowie für weite Bereiche des Gesundheitsschutzes (Hygiene, Lebensmittelsicherheit, Umweltschutz) zuständig. Public-Health-Maßnahmen werden daher von den kommunalen Gesundheitsbehörden geplant und in konkrete Programme und Projekte umgesetzt.

Die drei Labour-Regierungen (seit 1997) haben eine bessere Zusammenarbeit von nationalem Gesundheitsdienst und kommunalen Gesundheitsbehörden zur Bekämpfung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit zu einem wichtigen gesundheitspolitischen Ziel gemacht. Hierzu sollen sowohl die Förderung präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen als auch die Erarbeitung lokaler Gesundheitsstrategien beitragen. Dabei existieren zahlreiche Programme zur Integration der Arbeit des National Health Service (NHS), der kommunalen Gesundheitsbehörden und der nicht staatlichen Akteure. In besonders von gesundheitlichen Problemen betroffenen Regionen sind zum Beispiel Health Action Zones (HAZs) eingerichtet worden. Zudem sitzt im Vorstand eines jeden Primary Care Trusts ein Beauftragter für Public-Health-Probleme, der direkt vor Ort in Zusammenarbeit mit einem Public Health Team die bessere Koordinierung von nationalem Gesundheitsdienst und kommunalen Gesundheitsbehörden bewerkstelligen soll.

## Primäre Gesundheitsversorgung: Das "Gatekeeper-System" im Wandel

Die hausärztliche Versorgung wird von Hausärztinnen und -ärzten ("General Practitioners", GPs) ausgeübt, die in der Regel in Gruppenpraxen tätig sind. Patientinnen und Patienten tragen sich dazu bei ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt vor Ort in ein Patientenregister ein. Eine freie Arztwahl wie in Deutschland in der hausärztlichen Versorgung ist nicht ohne Weiteres möglich, obwohl Patientinnen und Patienten durchaus die zuständige Hausärztin oder den zuständigen Hausarzt wechseln können. Allerdings muss die neu gewählte Hausärztin/der neu gewählte Hausarzt die Patientin oder den Patienten akzeptieren und in das eigene Register aufnehmen.

Die Hausärztinnen und Hausärzte behandeln ihre Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis oder überweisen sie zur Weiterbehandlung an Einrichtungen der fachärztlichen (sekundären) Krankenversorgung (Krankenhäuser und intermediäre Organisationen). Ein direkter Zugang zu Krankenhausleistungen besteht für Patientinnen und Patienten – mit Ausnahme von Notfällen – in Großbritannien daher nicht. Die Hausärztin oder der Hausarzt fungiert vielmehr als "Lotse" ("Gatekeeper") der Patientin oder des Patienten und steuert sie/ihn auf dem Behandlungsweg durch das NHS.

Im internationalen Vergleich liegt die Versorgung mit Hausärztinnen und -ärzten in Großbritannien deutlich unter der Versorgungsdichte in Deutschland. Sie betrug in Großbritannien – gemessen an dem Verhältnis praktizierender Allgemeinärztinnen und -ärzte zur Bevölkerung – im Jahr 2004 0,7 Allgemeinärztinnen und -ärzte pro 1.000 Einwohner, wohingegen der Wert für Deutschland bei 1,0 pro 1.000 lag (siehe Abbildung "Dichte in der hausärztlichen Versorgung im Landesvergleich").

Neben den Hausärztinnen und -ärzten arbeiten noch Zahnärztinnen und -ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Optikerinnen und Optiker ebenfalls als selbstständige Kleinunternehmer für den NHS und stellen zusammen jene Gruppe von Gesundheitsdienstleistungen bereit, die als Family Health Services bezeichnet werden. Zudem werden von kommunalen Krankenhäusern, Tageskliniken und kommunalen Gesundheitsdiensten ergänzende Leistungen bereitgestellt. Hierunter fasst



man zum Beispiel die fürsorgliche und pflegerische Tätigkeit von Gemeindeschwestern, Gesundheitsbesuchern, Hebammen und Krankenpflegepersonal ("Community Health Services") zusammen. Hausärztinnen und -ärzte arbeiten in Primary Health Care Teams eng mit diesen Berufsgruppen und den kommunalen Gesundheitsbehörden zusammen. Die primäre Gesundheitsversorgung umfasst daher nicht nur kurative Maßnahmen zur Heilung und Behandlung von akuten oder chronischen Erkrankungen, sondern auch präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit der lokalen Bevölkerung ("Family Health Services" + "Community Health Services" = "Primary Care").

Sowohl ein landesweiter Telefondienst ("NHS Direct") als auch von speziell ausgebildeten Krankenschwestern und -pflegern geleitete Einrichtungen zur Behandlung kleinerer Verletzungen und Erkrankungen ("NHS Walk-In Centres") entlasten die meist als Gruppenpraxis geführten hausärztlichen Praxen. Die NHS Walk-In Centres befinden sich vor allem im Zentrum von kleineren und größeren Städten.

### Wissenscheck

## Fachärztliche Krankenversorgung: Krankenhäuser und intermediäre Organisationen

Die hausärztliche und die fachärztliche (sekundäre) Versorgung sind in Großbritannien durch die Dominanz des Gatekeeper-Systems und die Konzentration von fachärztlichen Tätigkeiten im Krankenhaussektor traditionell strikt getrennt. Im internationalen Vergleich liegt die Krankenhausedichte in Großbritannien historisch sehr niedrig und weist im Jahr 2004 mit 3,6 Akutbetten auf 1.000 Einwohnern eine deutlich geringere Versorgungsdichte als in Deutschland auf (siehe Abbildung "Versorgungsdichte der Krankenhäuser im Landesvergleich").

Die starre Grenze zwischen ambulanter hausärztlicher und stationärer fachärztlicher Versorgung wird durch den medizinischen Fortschritt ("minimalinvasive Medizin" und "Standardisierung von operativen Eingriffen") und durch die politische Förderung von Wettbewerb im sekundären Sektor allerdings durchlässiger. Zum einen können zusätzlich qualifizierte Hausärztinnen und -ärzte auch kleinere Operationen und spezialisierte Diagnoseverfahren ambulant durchführen. Zum anderen lagern Krankenhäuser einfache Eingriffe auf der Grundlage hoch standardisierter Operationsverfahren tendenziell aus dem **Krankenhaus** in ambulante – privatwirtschaftlich wie auch staatlich geführte – Tages- und Polikliniken aus ("Treatment Centers"). Die fachärztliche Versorgung in Großbritannien basiert daher mittlerweile nicht nur auf zahlreichen staatlichen und kommunalen Krankenhäusern, sondern auch auf privaten Krankenhäusern und zahlreichen (privaten und staatlichen) Tages- und Polikliniken. Im Jahr 2006 gab es in England 171 Akutkrankenhäuser ("NHS Trusts" und "NHS Foundation Trusts"), die jedoch über mehrere Klinikstandorte verfügten; zudem existierten noch circa 400 kleinere kommunale Krankenhäuser. Die größere Anzahl von rund 250 (gewinnorientierten und gemeinnützigen) privaten Krankenhäusern mit circa 9.200 Akutbetten (2004) darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die staatlichen und kommunalen Krankenhäuser mit ungefähr 104.000 Akutbetten (2006) den Großteil der stationären Versorgung in England bereitstellen (etwa 90 Prozent).

### Wissenscheck

## Persönliche soziale Dienste

Ein weiterer wichtiger Bereich des britischen Gesundheitssystems ist die Versorgung von vulnerablen sozialen Gruppen von Erwachsenen und Kindern mit unterstützenden persönlichen sozialen Diensten. Zu diesen hilfsbedürftigen Personengruppen gehören ältere hilfsbedürftige Menschen, psychisch Kranke sowie Menschen mit physischen und geistigen Beeinträchtigungen. Zwar werden diese Dienstleistungen weitgehend von den Kommunen auf der Grundlage von Bedürftigkeitstests finanziert (siehe oben), in der Regel jedoch nicht von ihnen erbracht. Bei der Gruppe dieser persönlichen sozialen Dienste spielt der private Sektor eine bedeutende Rolle, der in England sowohl Kapitalunternehmen als auch karitative Einrichtungen umfasst.

Die Langzeitpflege von erwachsenen Menschen wird entweder in privaten oder kommunalen Pflegeheimen, privaten Wohnanlagen oder zu Hause durch private oder kommunale Pflegedienste erbracht. Im Jahr 2006 wurden in 2.200 Einrichtungen 259.200 Menschen betreut, von denen 80 Prozent über 65 Jahre alt waren. Der Anteil kommunaler Einrichtungen ist seit Jahren rückläufig und betrug im Jahr 2006 nur noch zehn Prozent. Entsprechend sind die Anteile privater **Leistungserbringer** gewachsen – von 20 Prozent im Jahr 1993 auf 90 Prozent im Jahr 2006. Im selben Jahr haben 345.800 englische Haushalte soziale Dienste für Erwachsene erhalten. Auch hier ist der Anteil privater Leistungserbringer mit etwa 70 Prozent deutlich größer als Leistungen, die die Bedürftigen direkt von kommunalen Einrichtungen bekommen haben (30 Prozent). Der Großteil der sozialen Dienste entfällt dabei auf ältere Menschen über 65 Jahre.

Zur besseren Integration der medizinischen und sozialen Versorgung für Menschen mit Mehrfacherkrankungen oder mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen können Primary Care Trusts oder auch andere Versorgungseinrichtungen des NHS wie zum Beispiel Akutkrankenhäuser ("NHS Trusts") oder psychiatrische Krankenhäuser ("NHS Mental Health Trusts") zusammen mit den kommunal zuständigen Behörden gemeinsame Einrichtungen gründen ("Care Trusts"). Trotz der hohen politischen Bedeutung, die dieser Integration von medizinischen und sozialen Versorgungsbereichen zugewiesen wird, haben sich bislang nur wenige gemeinsame freiwillige Partnerschaften zwischen NHS-Akteuren und kommunalen Behörden gebildet.

## Literatur

Baggott, Rob (2004): Health and Health Care in Britain. Third Edition, Houndsmill/New York

Baggott, Rob (2007): Understanding Health Policy, Bristol

King's Fund (2006): An independent Audit of the NHS under Labour (1997 - 2005). London  
»<http://www.kingsfund.org.uk/publications/independent-audit-nhs-under-labour-1997-2005>«

Klein, Rudolf (2006): The new politics of the NHS. From creation to reinvention. Fifth Edition, Oxford/Seattle

OECD (2007): Health Data 2007. Paris

Talbot-Smith, Alison/Pollock, Allyson M. (2006): The new NHS. A guide, Milton Park/New York



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72937/regulierung>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Großbritannien | Regulierung

## Die Regulierung des Gesundheitswesens in Großbritannien

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## New Public Management und die veränderte Rolle des Staates

Das britische Gesundheitssystem galt im internationalen Vergleich lange Zeit als Idealtyp eines staatlichen Gesundheitsdienstes (ein sogenanntes "Beveridge-System"). Dieses integrierte System aus staatlicher Finanzplanung und weitgehend staatlicher Leistungserstellung befindet sich allerdings seit einiger Zeit im Übergang auf ein System regulierter Versorgungsmärkte. New Labour hat den öffentlichen Sektor insgesamt und die Rolle des Staates bei der Regulierung der Gesundheitsversorgung gemäß den Prinzipien des New Public Managements umgestaltet. Dies bedeutet zum einen die stärkere Nutzung von Märkten und Wettbewerb bei der Organisation öffentlicher Dienstleistungen und zum anderen die Regulierung des Marktwettbewerbs durch (quasi)staatliche Behörden. Sowohl die primäre Gesundheitsversorgung als auch die fachärztliche Krankenversorgung sowie die persönlichen sozialen Dienste werden zunehmend wettbewerblich gestaltet (Anbieterpluralität, Marktanreize). Der Marktwettbewerb wird staatlich reguliert und überwacht, um für alle Bürgerinnen und Bürger eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Von herausragender Bedeutung für die veränderte Rolle des Staates sind dabei die von der Regierung aufgestellten grundlegenden gesundheitspolitischen Zielsetzungen, die alle Versorgungseinrichtungen bei ihrer alltäglichen Arbeit zu beachten haben. Die Überwachung der quantitativen und qualitativen Ziele für die Effizienz und Qualität der Krankenversorgung im National Health Service (NHS) einerseits und der originären Gesundheitsziele für die englische Bevölkerung andererseits wird dabei von einer ganzen Reihe von (quasi-)staatlichen Behörden durchgeführt.

### Wissenscheck

## Nationale Gesundheitsziele, klinische Standards und betriebswirtschaftliche Effizienz

Zunächst legen das Finanzministerium und das Gesundheitsministerium in einem gemeinsamen Abkommen ("Public Service Agreement", PSA) quantifizierbare gesundheitspolitische Ziele fest, die in der nächsten Finanzplanungsperiode (drei Jahre) erreicht werden sollen. Die meisten nationalen Ziele beziehen sich auf die Verbesserung der Ergebnisse der Versorgung. Neben der Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung soll eine bessere Unterstützung und Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, die Verbesserung des Zuganges zu Gesundheitsdiensten (Wartezeitenabbau) und die Förderung einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung erreicht werden. Für die Umsetzung dieser Ziele sind die Primary Care Trusts zuständig, die zudem noch eigene lokale gesundheitspolitische Prioritäten verfolgen können. Diese werden in vertraglichen Beziehungen mit den jeweiligen Leistungserbringern zum Bestandteil des Versorgungsauftrages gemacht. Neben den gesundheitspolitischen Zielen sollen auch nationale Standards der Leistungserstellung durch die **Leistungserbringer** beachtet werden. Sie werden ebenfalls in dem Abkommen zwischen dem Finanzministerium und dem Gesundheitsministerium festgelegt. Hierbei handelt es sich nicht nur um national definierte Qualitätsstandards (Zugang zu Leistungen, Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten sowie Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit klinischer Leistungen), sondern auch um qualitative Kriterien für die Bewertung gesundheitspolitischer Zielsetzungen, beispielsweise des Abbaus sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit durch die Förderung von spezifischen Präventionsmaßnahmen oder aber der Sicherstellung finanzieller **Nachhaltigkeit** von NHS-Einrichtungen.

Neben den nationalen Gesundheitszielen und Standards existiert noch ein System von klinischen Standards, das die medizinische Versorgung nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin ausrichten soll. Die maßgebliche Institution ist hier das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Seine Aufgabe besteht darin, der interessierten Öffentlichkeit und professionellen Leistungserbringern im Gesundheitswesen verlässliche Informationen über evidenzbasierte Diagnose- und Therapieverfahren bereitzustellen. Die Empfehlungen des NICE sollten von Ärztinnen, Ärzten



und anderen im Gesundheitswesen Tätigen in ihrer Arbeit beachtet werden. Neben der Bewertung neuer Technologien unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten ("technology appraisal") erarbeitet das NICE klinische Leitlinien zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Erkrankungen und Krankheitszuständen. Schließlich bewertet das NICE noch intervenierende Diagnose- und Behandlungsverfahren hinsichtlich ihrer klinischen Sicherheit und Effektivität.

Die Tätigkeit des NICE wird von Richtlinien des Gesundheitsministeriums ("National Service Frameworks", NSFs) unterstützt. Diese beinhalten Anweisungen und Empfehlungen, wie bestimmte Versorgungsleistungen durchgeführt werden sollten. Die meisten dieser Richtlinien beziehen sich auf weitverbreitete Erkrankungen und besonders vulnerable soziale Gruppen (ältere Menschen und Kinder). Sie legen Standards für die Diagnose und Therapie konkreter Erkrankungen fest und beschreiben Behandlungsabläufe und Best-Practice-Modelle der Leistungserstellung anhand notwendiger medizinischer Leistungen (zum Beispiel zur Diagnose und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes).

### Wissenscheck

Die Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele und der nationalen Standards in Einrichtungen des NHS und des privaten Sektors wird von der Commission for Healthcare Audit and Inspection (kurz: "Healthcare Commission") überprüft. Darüber hinaus sind alle Versorgungseinrichtungen des NHS dazu verpflichtet, die klinischen Standards durch ein System der internen Qualitätssicherung einzuhalten. Diese Umsetzung der klinischen Standards wird ebenfalls von der Healthcare Commission evaluiert. Diese Behörde bewertet die einzelnen Organisationen und Einrichtungen mit den Attributen exzellent ("excellent"), gut ("good"), angemessen ("fair") und schwach ("weak"). Hoch bewertete NHS-Organisationen (zum Beispiel "NHS Trusts" und "Primary Care Trusts") erhalten einen größeren operativen und finanziellen Handlungsspielraum und können Stiftungsstatus beantragen (siehe unten). Schlechter bewertete Einrichtungen müssen mit häufigeren Kontrollen, finanziellen Strafen und mit dem Austausch des Managements rechnen. Hinsichtlich der finanziellen Bewertung arbeitet die Healthcare Commission mit den jeweils zuständigen strategischen Gesundheitsbehörden zusammen, die auch die finanzielle Performance der NHS Trusts und Primary Care Trusts überwachen.

Stiftungskrankenhäuser hingegen ("NHS Foundation Trusts") sind diesem Bewertungssystem entzogen. Sie werden weder vom Gesundheitsministerium noch von den strategischen Gesundheitsbehörden, sondern von der (quasi)staatlichen Regulierungsbehörde Monitor überwacht. Monitor achtet bei der Regulierung von Stiftungskrankenhäusern vor allem auf finanzielle und wirtschaftliche Kriterien. Hierzu stellt Monitor spezifische Zulassungsbedingungen auf, die das Stiftungskrankenhaus akzeptieren und in Zukunft auch weiter erfüllen muss. Sollte Monitor der Meinung sein, dass die Stiftungskrankenhäuser ihre Zulassungsbedingungen nicht erfüllen, stehen der Behörde zahlreiche Interventionsinstrumente zur Verfügung. Sie reichen von der Verwarnung über die Aushandlung von Umschuldungsvereinbarungen mit Gläubigern des Stiftungskrankenhauses bis hin zum Austausch des Managements. Monitor fungiert zudem auch als Zulassungsagentur für finanziell erfolgreiche Einrichtungen des NHS und (seit 2010) für private Leistungsanbieter, die Stiftungskrankenhäuser werden möchten. Es war geplant, dass bis 2010 alle regulären Krankenhäuser (NHS Trusts) und lokalen Primary Care Trusts diesen Stiftungsstatus erhalten sollen (siehe Abbildung "Die regulativen Strukturen des neuen NHS in England").

### Wettbewerb und Vergütungssysteme in der primären und sekundären Gesundheitsversorgung

In einem zunehmend wettbewerblichen System kommt den Primary Care Trusts (PCTs) die zentrale Stellung für die Sicherstellung der Versorgung zu. Sowohl die primäre Gesundheitsversorgung als auch die sekundäre Krankenversorgung wird von diesen öffentlichen Körperschaften auf lokaler Basis sichergestellt. Sie legitimieren sich in ihrem lokalen Zuständigkeitsbereich über ihr Leitungsgremium, einen Art Vorstand ("Board"), in dem neben geschäftsführenden Ärztinnen und Ärzten und anderen Fachleuten auch nicht geschäftsführende lokale Laienvertreterinnen und -vertreter (Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten) sitzen. Die Laienvertreterinnen und -vertreter werden in einem geregelten Auswahlverfahren anhand personeller und fachlicher Kriterien von einer NHS-Agentur ernannt ("NHS Appointments Commission"). Der Steuerungsrat kontrolliert die alltäglichen Geschäfte des PCT-Managements und wird dabei von einem medizinischen Fachausschuss unterstützt ("Professional Executive Committee"). Im Jahr 2007 gab es über Großbritannien verteilt 152 PCTs, deren räumlicher Zuständigkeitsbereich mittlerweile zu 90 Prozent mit den Kommunen übereinstimmt.

Die PCTs sichern die primäre Gesundheitsversorgung sowohl über national eingerahmte, jedoch lokal ausgehandelte Verträge mit Hausärztinnen und -ärzten sowie Zahnärztinnen und -ärzten als auch – wenn nötig – über ergänzende Verträge mit alternativen Anbietern von primären Präventions- und Krankenversorgungsleistungen, zu denen andere PCTs, staatliche Krankenhäuser und auch private Anbieter gehören können. Die Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte wird von den PCTs direkt vom Finanzministerium an die Hausärztinnen und Hausärzte weitergeleitet; sie besteht aus einer Grundpauschale und einem qualitätsbezogenen Zuschuss. Mit diesem Praxisbudget werden die hausärztlichen Leistungen, ein Teil der hausärztlichen Infrastrukturen und die personellen Ressourcen finanziert. Die finanzielle Solidität von Hausarztpraxen wird von dem zuständigen Primary Care Trust überwacht. Im Endergebnis entsteht ein regulierter Markt für primäre Gesundheitsversorgung, in dem Hausarztpraxen untereinander und mit alternativen Anbietern um Verträge mit PCTs konkurrieren.

Fachärztliche Leistungen werden durch PCTs und auch von Hausarztpraxen, die sich hierfür entschieden haben (sogenannte "Practice Based Commissioning", PBC), von konkurrierenden Leistungsanbietern für die jeweilige lokale Bevölkerung eingekauft. Staatliche und private Krankenhäuser sowie tages- und poliklinische Einrichtungen konkurrieren dabei miteinander um Verträge mit den Primary Care Trusts und den PBC-Hausarztpraxen. Zusätzlich zu den Verträgen mit den Primary Care Trusts können staatliche Krankenhäuser auch Behandlungsverträge mit Privatpatientinnen und -patienten sowie mit privaten Dienstleistungsunternehmen eingehen (zum Beispiel im Finanzmanagement, aber auch im Gebäudemanagement). Hierdurch besteht neben der langfristigen zentralen Finanzplanung des Staates ein zentrales Element von Wettbewerb bei der Verteilung der finanziellen Mittel auf die Leistungserbringer. Die Rolle der PCTs besteht in diesem System darin, die Einhaltung staatlicher



Regeln und Vorgaben sowie des Praxisbudgets durch die Hausarztpraxen zu überwachen und Versorgungsengpässe über Verträge mit alternativen Anbietern abzudecken. Darüber hinaus überwachen PCTs den Einkauf von sekundären Krankenhausleistungen sowie ergänzenden kommunalen Sozial- und Gesundheitsdiensten durch lokale Hausarztpraxen.

Fachärztliche Leistungen werden seit 2009 leistungsbezogen vergütet. Das neue Vergütungssystem, das unter dem Programmnamen "Payment by Results" (PbR) firmiert, basiert auf einem patientenorientierten Fallpauschalensystem. Am Ende der Einführungszeit soll für jede fachärztliche Leistung ein einheitlicher Preis gelten ("National Tariff"). Während Stiftungskrankenhäuser bereits das Fallpauschalensystem übernommen haben, befinden sich die anderen staatlichen Krankenhäuser noch in einer Übergangsphase. Im Ergebnis entsteht zunehmend eine pluralistische Versorgungslandschaft unterschiedlicher Träger in der fachärztlichen Krankenversorgung, wobei staatliche Anbieter weiterhin zwar dominieren, der Anteil privater Leistungserbringer für Leistungen des NHS jedoch zunehmen wird. Das gesundheitspolitische Ziel ist ein regulierter einheitlicher Markt für fachärztliche Krankenversorgungsleistungen mit privaten und staatlichen Krankenhäusern und Polikliniken.

Auch die persönlichen sozialen Dienste werden im Wettbewerb zwischen kommunalen, privatwirtschaftlichen und freigemeinnützigen/karitativen Anbietern erbracht. Einkäufer dieser Leistungen sind in der Regel die kommunalen Gesundheitsbehörden; es können jedoch lokal organisierte Primary Care Trusts zusammen mit kommunalen Gesundheitsbehörden integrierte Versorgungsstrukturen schaffen, die dann als Einkäufer fungieren (sogenannte "Care Trusts"). Zur Sicherung der Qualität der persönlichen sozialen Dienste wurden mit dem Care Standards Act im Jahr 2000 grundlegende Minimalstandards in die Leistungserbringung sozialer Dienstleistungen eingeführt. Die Einhaltung dieser Minimalstandards wird im Rahmen von regelmäßigen Inspektionen von privaten und kommunalen Anbietern durch die (quasi)staatliche Commission for Social Care Inspection (CSCI) überprüft. Ähnlich dem oben beschriebenen Bewertungssystem für Krankenhäuser existiert dabei für kommunale Leistungserbringer von sozialen Dienstleistungen ein Rankingsystem. Zudem werden die integrierenden Versorgungsorganisationen ("Care Trusts") durch die Healthcare Commission überwacht und müssen nationale Richtlinien ("National Service Frameworks") für die Versorgung älterer Menschen einhalten.

## Selbstverwaltungskörperschaften: Stärkerer Zugriff des Staates

Traditionell hatte der Staat in Großbritannien keine großen Einflussmöglichkeiten auf die Regulierung der Aus- und Fortbildung sowie der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten und anderem nicht ärztlichem Personal. Der General Medical Council (GMC) war zuständig für die Festlegung von Ausbildungsstandards und Verhaltensregeln sowie für die Überprüfung von klinischen Ergebnissen von Ärztinnen und Ärzten. Er setzte sich aus ärztlichen Vertreterinnen und Vertretern aller Fachrichtungen zusammen. Hierbei arbeitete der GMC eng mit den medizinischen Fachgesellschaften (den "Royal Colleges") zusammen, welche die Regeln und Inhalte medizinischer Ausbildung an die Entwicklung des medizinischen Wissens rückkoppelten. Zudem erhielten angehende Ärztinnen und Ärzte vom GMC die Bescheinigung ihrer fachlichen Kompetenz sowie ihre Arztzulassung.

Doch zahlreiche medizinische Skandale, ärztliches Fehlverhalten und fachliche Inkompetenz sowie die gesundheitspolitische Priorität einer zunehmend standardisierten und evidenzbasierten Gesundheitsversorgung haben die Autonomie des GMC erheblich eingeschränkt. Dies gilt nicht nur für die Festlegung von klinischen Standards durch staatliche Behörden wie beispielsweise durch das NICE (siehe oben), sondern auch für die Inhalte der ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung und für die Überwachung und Sanktionierung ärztlichen Fehlverhaltens.

Zum einen wurde die Anzahl von Repräsentanten im GMC verkleinert. Als interne Kontrollmaßnahme besteht etwa ein Drittel der Mitglieder aus sogenannten Laienvertreterinnen und -vertretern, die von einem staatlichen Gremium, dem Privy Council, de facto aber vom Gesundheitsministerium bestellt werden. Zudem wurde eine übergeordnete Instanz geschaffen, die die Arbeit des GMC und anderer professioneller Selbstverwaltungskörperschaften (für Pflegepersonal und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) überwachen soll: der Rat für regulatorische Exzellenz im Gesundheitswesen ("Council for Healthcare Regulatory Excellence"). Zum anderen wurden zusätzliche staatliche Behörden geschaffen, die einerseits die ärztliche Weiterbildung ("The NHS Institute for Learning Skills and Innovation") und andererseits eine Kultur des Fehlervermeidens von Ärztinnen und Ärzten ("The National Patient Safety Agency") befördern sollen.

## Literatur

Baggott, Rob (2004): Health and Health Care in Britain. Third Edition, Houndsmill/New York

Baggott, Rob (2007): Understanding Health Policy, Bristol

King's Fund (2006): An independent Audit of the NHS under Labour (1997 - 2005). London  
[»http://www.kingsfund.org.uk/publications/independent-audit-nhs-under-labour-1997-2005«](http://www.kingsfund.org.uk/publications/independent-audit-nhs-under-labour-1997-2005)

Klein, Rudolf (2006): The new politics of the NHS. From creation to reinvention. Fifth Edition, Oxford/Seattle

Talbot-Smith, Alison/Pollock, Allyson M. (2006): The new NHS. A guide, Milton Park/New York



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72942/juengere-reformen>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Großbritannien | Jüngere Reformen

## Jüngere Reformen der Gesundheitspolitik in Großbritannien

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate  
Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Kontinuität und Wandel unter New Labour (1997 bis 2001)

Das britische Gesundheitssystem befindet sich seit Ende der 1980er-Jahre im Umbruch. Noch unter der konservativen Premierministerin Margaret Thatcher geplant und unter ihrem Nachfolger John Major realisiert wurde 1989 die Einführung von Marktelementen in den bis dahin staatlich organisierten nationalen Gesundheitsdienst beschlossen (sogenannte "internal market"). Trotz vielfältiger Kritik von der Opposition hat die 1997 nachfolgende Labour-Regierung unter der Führung von Tony Blair die organisatorische Einrichtung eines internen Marktes im National Health Service (NHS) beibehalten, aber stärker auf die kooperative Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im nationalen Gesundheitsdienst gedrängt.

In anderen Bereichen jedoch hat die Regierung neue Akzente gesetzt, was insbesondere für die Initiierung zahlreicher Programme zur Bekämpfung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit gilt, deren Bedeutung von der konservativen Vorgängerregierung geleugnet wurde. Zudem setzte die Labour-Regierung auf eine konsequente staatliche Strategie zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung, wobei sie eine ganze Reihe von neuen (quasi)staatlichen Behörden gründete.

## "The NHS Plan" – ein Zehnjahresplan zur Neuerfindung des NHS

Der demografische Wandel moderner Gesellschaften, medizinisch-technologische Innovationen und höhere Versorgungsansprüche der Patientinnen und Patienten und Bürger an den NHS machen es nach Auffassung von New Labour unerlässlich, den nationalen Gesundheitsdienst grundlegend umzubauen. Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Strategie von New Labour steht die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung ("Primary Care") gegenüber dem traditionellen stark durch Krankenhäuser geprägten nationalen Gesundheitsdienst. Im Jahr 2000 legte die britische Regierung – legitimiert durch zahlreiche, sich häufende Gesundheitsskandale und die medial skandalisierten Auswirkungen der Grippewelle mit überfüllten Krankenhauszimmern im Winter 1999/2000 – mit dem NHS-Plan ("The NHS Plan – A Plan for Investment, A Plan for Reform") einen ambitionierten Zehnjahresplan vor, mit dem der englische nationale Gesundheitsdienst grundlegend modernisiert werden sollte. Die zentralen Eckpunkte der Modernisierungsstrategie von New Labour sind:

1. die Bekämpfung des Wartelistenproblems durch die Vergrößerung der Versorgungskapazitäten und eine Erhöhung vor allem der Anzahl von Ärztinnen, Ärzten und Krankenpflegepersonal im englischen NHS
2. die Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung, der klinischen Ergebnisse und des Gesundheitszustandes der Bevölkerung
3. eine stärkere Verzahnung von gesundheitlicher und sozialer Versorgung von älteren Menschen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels
4. eine intensivere Nutzung der Kapazitäten des privaten Sektors zum Abbau von Wartelisten und zur Erhöhung der Wahlmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten und
5. die Etablierung einer stärkeren Patientenorientierung und Patientenmitsprache im nationalen Gesundheitsdienst durch neue Repräsentationsstrukturen und mehr Wahlfreiheiten

Um dieses Reformprogramm zu erreichen, verpflichtete sich die Regierung von Tony Blair, die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit nachhaltig zu erhöhen, um die chronische Unterfinanzierung des NHS zu beenden und Strukturreformen zu ermöglichen. Die Steigerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ist in der Tat beträchtlich. Nach Angaben des britischen Finanzministeriums stieg das Budget für Gesundheitsausgaben nominal von 56 Milliarden Pfund (circa 92 Milliarden Euro) im Jahr 2001 auf 80,8 Milliarden Pfund (circa 119 Milliarden Euro) im Jahr 2007. Dies ist eine Steigerung um 28 Milliarden Pfund in sechs Jahren, was einer jährlichen Wachstumsrate von über acht Prozent entspricht.

Im internationalen Vergleich wuchs damit der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den Gesamtgesundheitsausgaben in Großbritannien seit Verkündung des NHS-Plans deutlich an und stellte sich gegen den Trend einer abnehmenden Bedeutung von öffentlichen Gesundheitsausgaben in Deutschland, den Niederlanden und in Schweden



(siehe Abbildung "Öffentliche Gesundheitsausgaben im Landesvergleich").

### Wissenscheck

### Literatur

Baggott, Rob (2004): Health and Health Care in Britain. Third Edition, Houndsmill/New York

Baggott, Rob (2007): Understanding Health Policy, Bristol

King's Fund (2006): An independent Audit of the NHS under Labour (1997 - 2005). London  
»<http://www.kingsfund.org.uk/publications/independent-audit-nhs-under-labour-1997-2005>«

Klein, Rudolf (2006): The new politics of the NHS. From creation to reinvention. Fifth Edition, Oxford/Seattle

OECD (2007): Health Data 2007. Paris

Talbot-Smith, Alison/Pollock, Allyson M. (2006): The new NHS. A guide, Milton Park/New York



## Aktuelle Probleme und künftige Reformvorhaben in Großbritannien

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Erste Bewertungen des Reformprogramms von New Labour

Das ambitionierte Reformprogramm von New Labour hat vielfältige Kritik, aber auch zahlreiche Unterstützung erhalten. Grundsätzlich wird das viel zu hohe Reformtempo kritisiert, was sich zum einen in der Veröffentlichung einer Vielzahl von Grundsatz- und Reformpapieren und zum anderen in einer stetigen Umorganisation der administrativen und organisatorischen Strukturen des National Health Services (NHS) ausdrückt. Beobachterinnen und Beobachter sprechen mittlerweile schon von einer "permanenten Revolution", wenn sie die Geschwindigkeit und das Ausmaß der Reformanstrengungen unter New Labour charakterisieren sollen. Betrachtet man die zentralen Eckpunkte des Reformprogramms, so lassen sich folgende Ergebnisse feststellen:

1. Hinsichtlich der Wartelistenproblematik hat New Labour merkliche Fortschritte gemacht. So gelang es – insbesondere durch eine Erhöhung der Kapazitäten und durch die stärkere Nutzung des privaten Sektors, die maximale Wartezeit für eine Behandlung in einem Krankenhaus (nach Überweisung, kein Notfall) von über 18 Monaten (2000) auf unter sechs Monate (2005) zu senken. Ebenso konnte die Wartezeit für eine Behandlung in einer tages- oder poliklinischen Einrichtung von über sechs Monaten (2000) auf unter drei Monate (2005) reduziert werden. Auch die Wartezeiten, eine Hausärztin oder einen Hausarzt (innerhalb zweier Werktage) oder eine Gemeindeschwester (innerhalb eines Werktages) zu sehen, wurden erfolgreich verkürzt. Schließlich gelang es New Labour auch, die Wartezeiten für Notfälle deutlich zu senken.
2. Ein weiterer wichtiger Bereich der Reformbemühungen von New Labour war die Verbesserung der Qualität der Versorgung und der gesundheitlichen Ergebnisse. New Labour hat dafür ein mehrstufiges Qualitätsberichts- und Evaluationssystem über die Einhaltung von nationalen Zielen und klinischen Standards entwickelt. Eine eindeutige Bewertung dieses Reformaspekts ist nicht möglich, existieren doch sehr unterschiedliche Ansichten hierzu. Während einige Kritikerinnen und Kritiker meinen, die Krankenversorgung im NHS sei zu sehr zentralen politischen Vorgaben ausgesetzt und entwickle daher einen bürokratischen Überbau, plädieren andere für den Ausbau des Überwachungssystems.
3. Hinsichtlich der gesundheitlichen Ergebnisse gelang es während der Regierungszeit von New Labour, die Sterberaten für Krebserkrankungen und Herzkrankheiten zu senken. Während die Labour-Regierung dies als Erfolg ihrer Gesundheitspolitik der Förderung von Prävention, einer besseren Früherkennung dieser Krankheiten und einer besseren Versorgung (schnellerer Zugang zu den Versorgungseinrichtungen) bezeichnet, bleiben Kritikerinnen und Kritiker skeptisch. Da die Sterberaten schon seit längerer Zeit rückläufig sind, sei ein eindeutiger Zusammenhang mit den gesundheitspolitischen Initiativen von New Labour nicht belegt.
4. Besonders umstritten ist die von New Labour verfolgte Politik der Förderung des privaten Sektors und der Vermarktlichung der Versorgung. Dies führt zum einen zu einer stärkeren Einbeziehung von privaten Leistungserbringern in die Versorgung von NHS-Patientinnen und -Patienten und zu einer Förderung privater Finanzmittel für Investitionszwecke im NHS. Zum anderen werden NHS-Einrichtungen mittels der Foundation Trusts und der Public-Private-Partnerships (teil)privatisiert und zunehmend dem Gewinnkalkül unterworfen. Kritikerinnen und Kritiker befürchten eine Privatisierung der nationalen Gesundheitsversorgung und eine Infragestellung des gleichen Zugangs für alle Einwohnerinnen und Einwohner.
5. Mit der grundlegenden Modernisierung des nationalen Gesundheitsdienstes vollzog sich schließlich auch ein Wandel der Legitimations- und Repräsentationsstrukturen des NHS. So bestehen die Leitungsgremien (Vorstand) der Primary Care Trusts aus geschäftsführenden Repräsentantinnen und Repräsentanten dieser Einrichtungen einerseits und nicht geschäftsführenden Vertreterinnen und Vertretern von Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern der jeweils betreuten Region andererseits. Auch alle anderen Trusts (Foundation Trusts, Care Trusts usw.) haben eine solche gemischte Repräsentationsstruktur.

## Ausblick auf künftige Reformvorhaben

Der britische NHS befindet sich am Ende einer langen Reformperiode, die mit dem NHS-Plan im Jahr 2000 begann. Obwohl die Finanzierungsgrundlagen des NHS nicht geändert wurden, sind die Versorgungsstrukturen liberalisiert worden und neue private Leistungsanbieter sowohl in die primäre Gesundheits- als auch in die fachärztliche Sekundärversorgung gestoßen. Zehn Jahre nach dem Beginn der Regierungsära von New Labour ist Tony Blair im Juni 2007 als Regierungschef zurückgetreten und hat



seinem langen Mitstreiter Gordon Brown, dem ehemaligen Finanzminister, das Amt des Premierministers überlassen. Obwohl viele Beobachterinnen und Beobachter dem NHS eine Reformpause gewünscht hatten, kündigte dieser bereits umfassende Reformmaßnahmen an. Zur detaillierten Erarbeitung von Reformvorschlägen hatte er einen Bericht für den Herbst 2008 angekündigt, den einer der Staatssekretäre im Gesundheitsministerium, Lord Darzi of Denham, verfassen würde.

Als weitere Reformmaßnahme ist zum einen die Einführung eines Individualbudgets für die persönlichen sozialen Dienste geplant, um die Wahlfreiheit der Patientin oder des Patienten beziehungsweise seiner Vertreterin oder seines Vertreters zu erhöhen. Zum anderen soll zum Abschluss des Transformationsprozesses ein vereinheitlichtes Regulierungssystem für soziale und gesundheitliche Dienstleistungen errichtet werden. Die hiermit anvisierte integrierte Regulierungsbehörde soll die Sicherheit und Qualität der Leistungen, die Tätigkeit von Leistungseinkäufern und die Veröffentlichung von Informationen über die Leistungserstellung und deren Bewertung regulieren. Bis zum Jahr 2010 sollte der Übergang zum regulierten Markt abgeschlossen sein (siehe Abbildung "Übergang vom öffentlichen Monopolversorger NHS zum regulierten Markt für Gesundheits- und Sozialdienstleistungen").

## Literatur

Baggott, Rob (2004): Health and Health Care in Britain. Third Edition, Houndsmill/New York

Baggott, Rob (2007): Understanding Health Policy, Bristol

King's Fund (2006): An independent Audit of the NHS under Labour (1997 - 2005). London  
»<http://www.kingsfund.org.uk/publications/independent-audit-nhs-under-labour-1997-2005>«

Klein, Rudolf (2006): The new politics of the NHS. From creation to reinvention. Fifth Edition, Oxford/Seattle

Talbot-Smith, Alison/Pollock, Allyson M. (2006): The new NHS. A guide, Milton Park/New York

Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72950/finanzierung>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Schweiz | Finanzierung

## Die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

Die Organisation des schweizerischen Gesundheitssystems beruht auf dem 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz, das weitreichende Veränderungen für die Krankenversicherung vorsah.

### Obligatorische Grundversicherung – private Zusatzversicherung

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) trennt die Krankenversicherung in eine obligatorische Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung – OKPV) und eine freiwillige Zusatzversicherung. Alle in der Schweiz wohnenden Personen sind Pflichtmitglieder in der OKPV. Der Grundleistungskatalog ist für alle Versicherten einheitlich. Er umfasst folgende Leistungen:

- ambulante und stationäre medizinische Versorgung
- medizinische Präventionsmaßnahmen (Impfungen, Früherkennung)
- ambulante und stationäre Pflegeleistungen
- Versorgung mit Medikamenten
- ärztlich veranlasste Leistungen anderer Heilberufe (Massage, Physiotherapie etc.)
- Leistungen bei Schwangerschaft

Allerdings sind **zahnärztliche** Leistungen nicht durch die Grundversicherung abgedeckt, ebenso wenig die Zahlung von Krankengeld. Von diesen – allerdings wichtigen – Ausnahmen abgesehen, gewährleistet die obligatorische Grundversicherung in der Schweiz insgesamt eine umfassende Versorgung mit medizinisch notwendigen Leistungen.

### Wissenscheck

### Wettbewerb der Krankenversicherer

Träger der OKPV sind rund 80 Krankenversicherungen (Stand: 1. Januar 2012) (Bundesamt für Gesundheit 2012), die Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sein können. Ihre Zahl ist in den letzten Jahren stark zurückgegangen: 1993 gab es noch 183 Krankenversicherer.

Die Bürgerinnen und Bürger können sowohl in der Grund- als auch in der Zusatzversicherung ihren Krankenversicherer frei wählen. Bei einem Wechsel unterliegen sie einer dreimonatigen Kündigungsfrist, im Falle einer Prämienanhebung durch die Krankenkasse gilt eine Kündigungsfrist von einem Monat zum Monatsende. Mit der freien Wahl des Krankenversicherers werden die **Kassen** in eine Konkurrenzsituation hineinmanövriert, deren wichtigster Parameter die Höhe der Kopfprämie ist. Jede Kasse setzt ihre **Beiträge** individuell nach Maßgabe ihrer Finanzsituation fest. Ähnlich wie in Deutschland wird mit dem Kassenwettbewerb die Hoffnung auf eine wirksame Ausgabenbegrenzung verbunden.

Die Krankenversicherer unterliegen in der Grundversicherung einem Kontrahierungszwang, das heißt, sie müssen alle beitragswilligen Versicherten aufnehmen. Dieser Kontrahierungszwang wird begleitet von einem Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern. Er verfolgt – wie in Deutschland – das Ziel, für die Kassen gleiche Startbedingungen zu schaffen. Dabei stand die Erwartung im Hintergrund, dass sich die zwischen den Kassen existierenden Unterschiede in der Risikostruktur durch die Wanderungen der Versicherten mittelfristig ausgleichen und dann nur noch Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit zu Abweichungen in der Prämienhöhe führen würden.

Der Risikoausgleich berücksichtigt nur die Merkmale Alter und Geschlecht, nicht aber Einkommensunterschiede und Morbiditätsmerkmale der Versicherten. Hinzu kommt, dass diese Risiken nur innerhalb eines Kantons und nicht bundesweit ausgeglichen werden. Im Ergebnis kommt es zu erheblichen Abweichungen in der Prämienhöhe zwischen den Kassen und den Kantonen, die weit über die Beitragssatzdifferenzen in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinausgehen. Im Jahr 2008 schwanken die Durchschnittsprämien für Erwachsene zwischen 216 Franken im Kanton Nidwalden und 423 Franken



im Kanton Genf; der landesweite Durchschnitt lag bei 313 Franken (Bundesamt für Gesundheit 2007, S. 693). (Ein Schweizer Franken entspricht circa 0,63 Euro. Stand: April 2008.)

## Kopfpauschale

Die schweizerische Krankenversicherung wird ausschließlich durch die Beiträge (Prämien) der Versicherten finanziert. Es gibt also keine Arbeitgeberbeteiligung an den Krankenversicherungsbeiträgen. Bei den Prämien handelt es sich um Kopfprämien, die für alle erwachsenen Versicherten innerhalb einer Kasse und eines Kantons gleich sind. Lediglich Kindern und jungen Erwachsenen bis zu einem Alter von 25 Jahren werden reduzierte Prämien eingeräumt. Von dieser Ausnahme abgesehen, ist die Höhe der Kopfprämien unabhängig von Alter, Geschlecht und individuellem Krankheitsrisiko, aber auch unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Es findet mit dieser Form der Finanzierung also eine Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Jungen und Alten sowie zwischen Männern und Frauen statt, nicht aber zwischen einkommensstärkeren und einkommensschwächeren Personen.

Im Krankheitsfall müssen die erwachsenen Versicherten die Kosten bis zu einer Höhe von 300 Franken pro Jahr vollständig selbst tragen. Dieser **Selbstbehalt** wird als "Jahresfranchise" bezeichnet. Zusätzlich müssen sie zehn Prozent der Behandlungskosten, die diese Jahresfranchise übersteigen, bis zu einem Betrag von 7.000 Franken übernehmen, also maximal 700 Franken jährlich. Die maximale private Kostenbeteiligung im Rahmen der Grundversicherung für Erwachsene beläuft sich somit auf 1.000 Franken pro Jahr. Für Kinder entfällt die obligatorische Jahresfranchise. Außerdem müssen sie die zehnprozentige Zuzahlung nur bis zur Hälfte des für Erwachsene festgesetzten Höchstbetrages leisten. Sie zahlen in der Grundversicherung also maximal 350 Franken jährlich zu.

## Prämienverbilligung

Einkommensschwache Personen erhalten eine Prämienverbilligung, die gemeinsam vom Bund und vom jeweiligen Kanton getragen wird. Grundsätzlich soll sich die Bemessung der Zuschüsse an dem Ziel orientieren, dass kein Haushalt mehr als acht Prozent des Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden muss. Der Bund verteilt die für die Prämienverbilligung vorgesehenen Gelder nach der Bevölkerungszahl, der Finanzkraft und der Prämienhöhe auf die Kantone. Die Kantone müssen einen Komplementärbetrag in Höhe von 50 Prozent des Bundesbeitrags aufbringen, um alle Bundesmittel auszulösen. Unterschreiten sie diesen Wert, so wird der Bundeszuschuss im selben Verhältnis gekürzt. Insgesamt haben die Kantone recht große Freiheiten bei der Umsetzung dieser Bestimmungen. Jeder Kanton hat mittlerweile ein eigenes System der Prämienverbilligung entwickelt, und dabei machen zahlreiche Kantone von ihren Kürzungsmöglichkeiten auch Gebrauch.

## Individuelle Reduktion der Kopfpauschale

Die Versicherten haben die Möglichkeit, ihre individuelle Kopfpauschale zu reduzieren. Dies ist auf drei Wegen möglich:

1. Sie können eine höhere Kostenbeteiligung als 300 Franken wählen und erhalten dafür einen Prämienrabatt. Erwachsene können zwischen fünf Selbstbehaltstufen wählen, nämlich 500, 1.000, 1.500, 2.000 und 2.500 Franken. Für Kinder gelten sechs Stufen, nämlich 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Die Versicherten müssen sich bis zum 30. September eines Jahres für die Franchisestufe des nächsten Jahres entscheiden und sind für diesen Zeitraum an ihre Entscheidung gebunden. Dabei sind die Krankenversicherer nicht gezwungen, jede dieser Prämienstufen anzubieten. Bei der Prämienreduktion müssen die Krankenversicherungen folgende Auflagen beachten:

- eine reduzierte Prämie muss mindestens 50 Prozent der ordentlichen Prämie in der jeweiligen Altersgruppe und Prämienregion ausmachen;
- der gewährte Rabatt darf höchstens 80 Prozent des Risikos betragen, das der Versicherte mit seiner individuellen Wahl einer erhöhten Franchisestufe im Vergleich zur ordentlichen Franchise zusätzlich übernimmt (siehe Tabelle "Das System der wählbaren Franchisen für Erwachsene in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV)").

Damit werden also Mindestprämien und Höchststrabatte festgelegt. Unabhängig von der gewählten Franchisestufe bleibt der durchgängige Selbstbehalt in Höhe von zehn Prozent bis maximal 700 Franken pro Jahr bestehen.

2. Versicherte können eine Bonusversicherung abschließen. Sie funktioniert nach dem Muster einer Autohaftpflichtversicherung: Je länger man keine Kosten verursacht, desto stärker sinkt die Versicherungsprämie. Nach fünf Jahren erreicht der Rabatt den gesetzlich vorgeschriebenen Höchstwert von 45 Prozent. Sobald die oder der Versicherte Kosten verursacht, wird sie/er auf die Rabattstufe des Vorjahres zurückversetzt.
3. Die Versicherten können Versicherungen abschließen, mit denen sie sich zu einer Einschränkung ihrer freien Wahl des Leistungsanbieters verpflichten. Sie können dann nur noch solche Anbieter aufsuchen, die mit ihrer Krankenversicherung einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben (Klingenberg 2002; Wirthner/Ulrich 2003). Dafür kann diese ihnen eine Prämienreduktion von bis zu 20 Prozent einräumen. Mit diesen Bestimmungen sollten vor allem Health Maintenance Organisations (HMOs) gefördert werden. HMOs sind Versicherungen, die zugleich Anbieter von medizinischen Leistungen sind oder für ihre Versicherten Leistungen bei bestimmten Anbietern einkaufen, die sich zur Einhaltung von Behandlungsleitlinien verpflichten und als besonders günstig gelten. Kontinuierliche Fallbesprechungen, Analysen des ärztlichen Handelns, die Entwicklung von Leitlinien und ein präzises Controlling sollen helfen, die Qualität zu verbessern und die Krankenversicherungsausgaben wirkungsvoll einzudämmen. Neben den HMOs sind auch Hausarztmodelle als neue Versicherungsmodelle von Bedeutung. In Hausarztmodellen verpflichten sich die Versicherten, im Krankheitsfall – von bestimmten Ausnahmen abgesehen – stets zunächst ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt aufzusuchen. Bei Einschreibung in ein derartiges Versorgungsmodell können die Prämien um zehn Prozent reduziert werden.

Aufgrund dieser Maßnahmen gilt die Schweiz in Europa als ein Pionier bei der Entwicklung neuer Versorgungs- und Versicherungsformen mit einer eingeschränkten Wahl der **Leistungserbringer**. In Deutschland sind nach diesem Vorbild mit dem



**GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)** von 2004 und dem **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)** aus dem Jahr 2007 ähnliche Möglichkeiten geschaffen worden. Allerdings dürfen hier – im Unterschied zur Schweiz – Krankenkassen nicht selbst als Betreiber von Versorgungseinrichtungen auftreten.

## Zusatzversicherungen

Wer Mehrleistungen in Anspruch nehmen will, kann dies durch private Zusatzversicherungen abdecken. Die Krankenversicherer haben hierzu mittlerweile ein vielfältiges Angebot entwickelt. Bei den Zusatzversicherungen gelten die Bestimmungen des privaten Versicherungsrechts. Die Krankenversicherer unterliegen keinem Kontrahierungszwang. Versicherungsdauer und Kündigungsfristen können frei vereinbart werden. Anders als in der OKPV können die Krankenversicherer hier auch risikoäquivalente Prämien erheben. Dies hat zur Folge, dass derartige Zusatzversicherungen für ältere Menschen oftmals unerschwinglich sind. Jüngere Personen wiederum machen davon selten Gebrauch, weil sie nur ein geringes Krankheitsrisiko haben.

## Ausgaben und Ausgabenentwicklung

Die gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz beliefen sich 2005 auf 11,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) (OECD 2007). Damit steht sie in Europa vor Frankreich (11,1 Prozent) und Deutschland (10,7 Prozent) an der Spitze und nimmt hinter den USA (15,3 Prozent) weltweit den zweiten Platz ein (OECD 2007). Wie in anderen vergleichbaren Ländern auch liegt der Anstieg der Gesundheitsausgaben langfristig über dem des Bruttoinlandsprodukts. 1975 betrug der betreffende Anteil noch 7,0 Prozent (OECD 2007).

Betrachtet man die Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsträgern, so wird deutlich, dass die Privathaushalte etwa zwei Drittel aller Gesundheitsausgaben tragen. Auf sie entfallen die Prämien in der OKPV sowie die Direktzahlungen in der medizinischen Versorgung und die Beiträge für die Zusatzversicherung.

## Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Die Ausgaben in der Krankenpflege-Grundversicherung betrugen im Jahr 2006 rund 20,6 Milliarden Franken, von denen 85,3 Prozent durch die Krankenversicherungsprämien und 14,7 Prozent durch individuelle Kostenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten gedeckt wurden (siehe Tabelle "Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1996 – 2006"). Seit den 1990er-Jahren stiegen die OKPV-Ausgaben kräftig an – in dem Jahrzehnt seit Inkrafttreten des KVG insgesamt um knapp zwei Drittel. Ihr jährlicher Anstieg liegt seit Mitte der 1990er-Jahre – abgesehen von 2006 – stets bei über vier Prozent und in den meisten Jahren deutlich darüber. Zwischen 1996 und 2006 stieg die private Kostenbeteiligung der Versicherten (plus 81,0 Prozent) deutlich stärker an als die von den Krankenversicherern über die Kopfprämien finanzierten Ausgaben (plus 62,9 Prozent).

Mit den Ausgaben in der OKPV sind auch die Kopfprämien zur Krankenversicherung seit dem Inkrafttreten des KVG 1996 deutlich angestiegen: für Erwachsene im Jahresdurchschnitt um mehr als fünf Prozent, für junge Erwachsene um mehr als sieben Prozent und für Kinder um mehr als drei Prozent (siehe Tabelle "Durchschnittliche Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1996 – 2008").

Betrachtet man die Ausgabenverteilung nach einzelnen Leistungsarten, so wird deutlich, dass dem **Krankenhaus** als Ausgabenfaktor ein besonders großes Gewicht zukommt. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass die Krankenhäuser in der Schweiz – anders als in Deutschland – Patientinnen und Patienten ohne Einschränkung auch ambulant behandeln dürfen. In den letzten Jahren sind gerade diese Ausgaben für die ambulante Behandlung im Krankenhaus besonders stark gestiegen.

## Literatur

Achtermann, Wally/Berset, Christel (2006): Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Bd. 1: Analyse und Perspektiven. Bern

Bundesamt für Gesundheit (2007): Prämienübersicht 2008. Bern

Bundesamt für Gesundheit (2008): Statistiken zur Krankenversicherung: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006. Bern

Bundesamt für Gesundheit (2012): Verzeichnisse der zugelassenen Krankenversicherer

»[http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/11274/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t.Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpjC%20KeH5.f2ym162epYbg2c\\_JjKbNoKS6A-](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/11274/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t.Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpjC%20KeH5.f2ym162epYbg2c_JjKbNoKS6A-)«

Klingenberger, David (2002): Health Maintenance Organizations in der Schweiz – Darstellung und Kritik – (IDZ-Information Nr. 1/2002). Köln

Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hrsg.) (2007): Gesundheitswesen Schweiz 2007 – 2009. Eine aktuelle Übersicht. Bern

Obinger, Herbert (1998): Politische Institutionen und Sozialpolitik in der Schweiz. Der Einfluß von Nebenregierungen auf Struktur und Entwicklungsdynamik des schweizerischen Sozialstaates. Frankfurt am Main



OECD (2007): OECD Health Data 2007. Paris

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern

Wirthner, Adrian/Ulrich, Volker (2003): Managed Care. In: Zenger, Christoph A./Jung, Tarzis (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext – Normen – Perspektiven. Bern u. a., S. 255 - 267



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72957/versorgungsstrukturen>

Pfad: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Schweiz | Versorgungsstrukturen

## Die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in der Schweiz

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

**Ein charakteristisches Merkmal der Gesundheitsversorgung in der Schweiz besteht in der gemischtwirtschaftlichen Struktur der Leistungsanbieter. Dabei erfolgt die ambulante Versorgung überwiegend durch niedergelassene, freiberufliche Ärztinnen und Ärzte. Krankenhäuser sind zumeist in öffentlichem Eigentum (vor allem Kantone, Kommunen); daneben spielen aber auch private Träger eine gewisse Rolle.**

### Öffentliche Akteure: Public Health

Seit der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre hat der Public-Health-Gedanke eine deutliche Aufwertung erfahren. Mit ihm wuchs auch die Aufmerksamkeit für Prävention und Gesundheitsförderung in der schweizerischen Gesundheitspolitik. Dieser Wandel schlug sich im Krankenversicherungsgesetz (KVG) nieder, das eine Reihe von einschlägigen Bestimmungen enthält. So zählt es nun zu den Aufgaben der Krankenversicherungen, die Verhütung von Krankheit zu fördern. Außerdem haben die Krankenversicherer und die Kantone gemeinsam eine Institution zu betreiben, die Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung anregen, koordinieren und evaluieren soll. Diese Aufgabe nimmt die Stiftung "Gesundheitsförderung Schweiz" wahr.

Sie finanziert ihre Ausgaben über die Krankenversicherungsprämien, die von den Krankenkassen an die Stiftung weitergeleitet werden. Die vom Bundesrat festgelegte Beitragshöhe beläuft sich seit 1998 auf 2,40 Schweizer Franken pro Jahr und Versicherten. Damit stehen ihr jährlich rund 18 Millionen Franken zur Verfügung.

Die Stiftung verfolgt das Ziel, die Bürgerinnen und Bürger dazu zu befähigen, das eigene Leben in einem gesundheitsförderlichen Sinne zu gestalten. Das Konzept geht also über die bloße Krankheitsprävention hinaus: Individuelle Ressourcen sollen gestärkt und gesellschaftliche Rahmenbedingungen gesundheitsgerecht gestaltet werden. Instrumente sind unter anderem die Förderung von Eigenkompetenzen der Bevölkerung, die Entwicklung von Konzepten für eine nationale Gesundheitsförderungspolitik und die finanzielle Unterstützung von Projekten. Die Stiftung orientiert ihr Handeln an drei Kernthemen: "Gesundheitsförderung und Prävention stärken", "Gesundes Körpergewicht" sowie "Psychische Gesundheit – Stress". Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf dem Ziel, die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen, die auch in der Schweiz sehr ausgeprägt ist (Bisig/Bopp/Minder 2001), zu verringern.

Das Konzept der Gesundheitsförderung spielt aber trotz mancher Fortschritte auch bei den gesundheitspolitischen Akteuren eine nur marginale Rolle. Als Indikator dafür mag gelten, dass die Ausgaben für Prävention im Jahr 2005 mit 1,13 Milliarden Franken lediglich 2,2 Prozent der Gesundheitsausgaben ausmachten, die Ausgaben für Gesundheitsförderung lagen sogar bei nur 15,9 Millionen Franken beziehungsweise 0,1 Prozent der Gesundheitsausgaben (Bundesamt für Statistik 2007, S. 41; eigene Berechnungen).

Von weit größerem Gewicht als die Stiftung ist auf dem Gebiet der Präventionspolitik das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Dabei handelt es sich um eine staatliche Einrichtung. Nach eigener Aussage arbeitet das BAG ebenfalls auf der Grundlage eines ganzheitlichen Gesundheitsansatzes (Bundesamt für Gesundheit 2002). Allerdings liegen seine Kernaufgaben auf den klassischen Feldern der Präventionspolitik: der Überwachung von Chemikalien, dem Strahlenschutz, dem Schutz vor Giften, der Sicherheit von technischen Einrichtungen und Geräten, dem Umgang mit Betäubungsmitteln und Sera, der Lebensmittelkontrolle sowie der Überwachung und Prävention von Infektionskrankheiten.

### Ambulante Versorgung

**Niedergelassene** Ärztinnen und Ärzte sind das Rückgrat der ambulanten medizinischen Versorgung. 90 Prozent aller Personen, die ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, suchen zunächst eine niedergelassene **Ärztin** oder einen niedergelassenen **Arzt** auf. Allerdings werden ambulante medizinische Leistungen in erheblichem Umfang auch an den Spitälern erbracht. Die Versicherten haben im ambulanten Bereich das Recht der freien Arztwahl, sofern sie nicht eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der **Leistungserbringer** abgeschlossen haben. Die Schweiz zählt mit Deutschland zu den wenigen Staaten, die im Rahmen der sozialen Krankenversicherung den Versicherten einen direkten Zugang zu ambulant tätigen Spezialistinnen und Spezialisten



ermöglichen.

In freier Praxis waren 2007 knapp 15.600 Ärztinnen und Ärzte tätig; ihr Anteil an allen berufstätigen Ärztinnen und Ärzten betrug damit 53,7 Prozent (Foederatio Medicorum Helveticorum 2007). Damit liegt er deutlich über dem betreffenden Anteil niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass in der Schweiz etwa 2.000 Ärztinnen und Ärzte ihre Praxis in einem **Krankenhaus** eingerichtet haben.

Die Arztzahlen und die Arztdichte haben – wie in anderen OECD-Staaten auch – seit den 1970er-Jahren stark zugenommen. Mit 20,4 frei praktizierenden Ärzten je 10.000 Einwohner im Jahr 2005 [5: 50] liegt die Schweiz bei der Arztdichte weltweit in der Spitzengruppe. Dabei ist der Anteil der Spezialisten unter den frei praktizierenden Ärzten mit Praxistätigkeit sehr hoch: 2007 waren lediglich 23,0 Prozent von ihnen Allgemeinmediziner oder Praktische Ärzte, hingegen 77 Prozent Spezialisten [4]. Trotz der im Durchschnitt hohen Arztdichte treten in bevölkerungsarmen Regionen vermehrt Schwierigkeiten auf, die Versorgung sicherzustellen. Vor allem die hausärztliche und die pädiatrische Versorgung sind davon betroffen.

In der Schweiz war bis zum Jahr 2000 im ambulanten Bereich keinerlei Steuerung der Arztzahlen möglich. Ärzte, die über die erforderliche Qualifikation verfügen, hatten das Recht der freien Niederlassung und konnten zulasten der Krankenversicherer Leistungen erbringen. Dies hat sich erst unter dem Eindruck anhaltend hoher Steigerungsraten bei den Krankenversicherungsausgaben geändert: Einstweilen existiert bis 2008 ein Zulassungsstopp für frei praktizierende Ärzte.

Niedergelassene Ärzte haben – anders als in Deutschland – das Recht, Medikamente abzugeben (Dispensierrecht). Dies regeln die Kantone. In 13 der 26 Kantone ist diese Abgabe uneingeschränkt gestattet; in neun Kantonen generell verboten und in vier Kantonen nur in ländlichen Regionen gestattet (Hänggeli/Stettler/Jau/Hersperger/Bradke 2007, S. 57).

### Wissenscheck

## Stationäre Versorgung

Im Jahr 2006 standen in 333 Anstalten etwa 41.800 Betten für die stationäre und teilstationäre Versorgung zur Verfügung, davon knapp 24.800 in Krankenhäusern für allgemeine Pflege und 16.700 in Spezialkliniken (psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken, Chirurgiekliniken etc.). 62 Prozent der Krankenhäuser sind in öffentlicher Hand, 38 Prozent in privater Hand. Insgesamt gab es während dieses Jahres 1.158.000 stationäre und 274.000 teilstationäre Behandlungsfälle. Auf 1.000 Einwohner entfallen damit 150 stationäre und 36 teilstationäre Behandlungsfälle. Die durchschnittliche **Verweildauer** betrug 12,4 Tage, bezogen auf Akutkrankenhäuser 9,0 Tage. Sowohl die Anzahl der Krankenhäuser und Betten als auch die durchschnittliche Verweildauer sind seit den 1970er-Jahren drastisch reduziert worden. Die durchschnittliche Verweildauer liegt mit 9,6 Tagen (2004) immer noch deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Staaten, allerdings ist die Akutbettendichte mit 3,9 je 1.000 Einwohner mittlerweile unter den OECD-Durchschnitt (4,1) gesenkt worden (Saladin/Wegmüller/Gillioz/Bienlein 2007, S. 335).

## Versorgungsprobleme und Managed Care

Der medizinischen Versorgung in der Schweiz wird im Allgemeinen ein hohes Niveau attestiert. Seit den 1990er-Jahren genießt das Thema der Qualitätssicherung eine erhöhte Aufmerksamkeit. So hat das KVG die einschlägigen Anforderungen an die Leistungsanbieter angehoben. Leistungsanbieter müssen zum Beispiel ein Qualitätskonzept erarbeiten und dieses in einem detaillierten Maßnahmen- und Zeitplan konkretisieren. Die wichtigsten Eckpunkte sind in Qualitätsverträgen mit den Finanzierungsträgern festzulegen. Der Bundesrat kann außerdem systematische wissenschaftliche Maßnahmen und Kontrollen zur Qualitätssicherung vorsehen. Auch sind seit dem Inkrafttreten des KVG zahlreiche Initiativen zur Qualitätssicherung auf den Weg gebracht worden. Dennoch sieht sich auch das schweizerische Versorgungssystem mit Qualitäts- und Effizienzproblemen konfrontiert. Ein wichtiger Grund liegt darin, dass die starke Stellung der Fachärztinnen und -ärzte und die oftmals fehlende Koordination durch Hausärztinnen und -ärzte das Entstehen jener Schnittstellenprobleme begünstigen, die auch im deutschen Gesundheitswesen zu beobachten sind.

Die Einführung von Managed Care durch die Förderung von HMOs, Hausarztmodellen und anderen Versorgungsformen mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer (siehe Abschnitt "Die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz") sollten helfen, diese Defizite zu beseitigen. Zu durchgreifenden Verbesserungen ist es aber – darauf deuten jedenfalls bisherige Ergebnisse hin – bisher nicht gekommen (siehe Abschnitt "Bilanz der Krankenversicherungsreform 1996").

## Literatur

Achtermann, Wally/Berset, Christel (2006): Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik, Bd. 1: Analyse und Perspektiven. Bern

Bisig, Brigitte/Bopp, Matthias/Minder, Christoph E. (2001): Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim (Hrsg.): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München, S. 60 - 70

Bundesamt für Gesundheit (2002): Unser Leitbild. Bern

Bundesamt für Statistik (2007): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005. Neuchâtel

Foederatio Medicorum Helveticorum (2007): FMH-Ärzttestatistik 1930 - 2007



»<http://www.fmh.ch/themen/aerztodemographie/aerztestatistik.html>«

Hänggeli, Christoph/Stettler, Simon/Jau, Jürg/Hersperger, Martina/Bradke, Sven (2007): Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte. In: Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007 - 2009, S. 47 - 57

Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hrsg.)(2007): Gesundheitswesen Schweiz 2007 - 2009. Eine aktuelle Übersicht. Bern

Obinger, Herbert (1998): Politische Institutionen und Sozialpolitik in der Schweiz. Der Einfluß von Nebenregierungen auf Struktur und Entwicklungsdynamik des schweizerischen Sozialstaates. Frankfurt am Main

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern

Saladin, Peter/Wegmüller, Bernhard/Gillioz, Anne/Bienlein, Martin (2007): Spitäler. In: Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007 - 2009, S. 333 - 351

Wirthner, Adrian/Ulrich, Volker (2003): Managed Care. In: Zenger, Christoph A./Jung, Tarzis (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext - Normen - Perspektiven. Bern u. a.



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72959/regulierung>

Pfäd: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Schweiz | Regulierung

## Die Regulierung des Gesundheitswesens in der Schweiz

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Bund und Kantone

Für die Regulierung des Gesundheitswesens ist der Staat von außerordentlich großer Bedeutung. Die Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden ist insgesamt recht unübersichtlich und in manchen Fällen auch widersprüchlich.

Die wichtigste Kompetenz des **Bundes** besteht in der Rahmengesetzgebung auf dem Gebiet der Krankenversicherung, die dem in der Verfassung vorgeschriebenen Ablauf folgt. Des Weiteren sind auf Bundesebene eine Reihe exekutiver Kompetenzen angesiedelt, die vom Bundesrat, vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) und vom Bundesamt für **Sozialversicherung** (BSV) wahrgenommen werden. Der Bund verfügt über folgende wichtige Kompetenzen:

- Zulassung von Krankenversicherungsträgern und Aufsicht über die Krankenversicherung (Bundesrat, Bundesamt für Sozialversicherung)
- Aufsicht über die Kantone bei der Implementierung der eidgenössischen Gesetze
- Definition des Leistungskatalogs der Krankenversicherung (Bundesrat)
- Genehmigung der zwischen den Krankenversicherern und Leistungserbringern ausgehandelten gesamtschweizerischen Tarife
- Bestimmungen zur Finanzierung der Krankenversicherung (Selbstbehalte, wählbare Franchisestufen, Höchststrabatte) (Bundesrat)
- Ausbildung und Zulassung der akademischen Gesundheitsberufe (Bundesrat)

### Wissenscheck

Die Kantone sind für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verantwortlich und in dieser Eigenschaft die gesundheitspolitischen Hauptakteure. Nicht ganz zu Unrecht wird gelegentlich davon gesprochen, dass es in der Schweiz 26 unterschiedliche Gesundheitssysteme gebe (Hoffmeyer 1993, S. 17). Auch als Finanzierungsträger haben die Kantone ein beachtliches Gewicht, tragen sie doch mehr als 55 Prozent der staatlichen Gesundheitsausgaben. Sie nehmen bei der Regulierung des Gesundheitswesens unter anderem folgende Aufgaben wahr:

- die Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes
- die **Krankenhausplanung** sowie die Beteiligung an der Krankenhausfinanzierung
- die Genehmigung der für den jeweiligen Kanton abgeschlossenen Tarifverträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern einschließlich der Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten durch Schiedsinstanzen
- die Regelung von Patientenrechten
- die Ausbildung und Zulassung der nicht akademischen Gesundheitsberufe

## Zentralisierungs- und Vereinheitlichungstendenzen

In den letzten Jahren hat sich eine Tendenz zur Zentralisierung von Regulierungskompetenzen und zur bundesweiten Vereinheitlichung von Rahmenbedingungen in der Gesundheitspolitik bemerkbar gemacht. Wichtigster Ausdruck dieser Tendenzen ist die erwähnte Verabschiedung des Krankenversicherungsgesetzes und – darin zum Teil eingeschlossen – folgende Neuerungen:

- die Einführung einer eidgenössischen Versicherungspflicht
- die Definition eines bundeseinheitlichen Leistungskatalogs
- die Festsetzung einheitlicher Rahmenbedingungen zur Prämiensubventionierung für sozial Schwache
- die Erweiterung der Aufsichtsrechte des Bundesamts für Sozialversicherung

- die Schaffung einer neuen Institution ("Swissmedic") für die nunmehr landesweit einheitliche Zulassung von Arzneimitteln

Die häufig unklare und manchmal widersprüchliche Arbeitsteilung zwischen Bund und Kantonen sowie die mit der gesundheitspolitischen Machtstellung der Kantone verbundene Fragmentierung des Gesundheitssystems wird in der Schweiz zunehmend kritisch betrachtet und häufig als ineffizient angesehen (Achtermann/Berset 2006). In der Vergangenheit sollte die interkantonale Zusammenarbeit sowie die Zusammenarbeit zwischen Kantonen und Bund durch die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) – das politische Koordinationsorgan der zuständigen Mitglieder der 26 Kantonsregierungen – gefördert werden. Jedoch waren die Ergebnisse unbefriedigend. Im Jahr 2003 haben Bund und Kantone daher das Projekt "Nationale Gesundheitspolitik Schweiz" auf den Weg gebracht, mit dem eine bessere Abstimmung zwischen Bund und Kantonen sowie zwischen den politisch Verantwortlichen und den Akteuren im Gesundheitswesen hergestellt werden soll. Trotz dieser Entwicklungen ist die Stellung der Kantone und damit die Fragmentierung des schweizerischen Gesundheitswesens aber nach wie vor sehr stark ausgeprägt.

## Wissenscheck

## Wettbewerb und Managed Care

Das schweizerische Gesundheitssystem orientiert sich am Leitbild des regulierten Wettbewerbs. Ausgaben- und Qualitätsprobleme sollen mithilfe von Managed-Care-Konzepten gelöst werden. Kernelemente des regulierten Wettbewerbs sind:

- die freie Wahl des Krankenversicherers;
- die Entwicklung besonderer Versorgungsformen (Health Maintenance Organizations, Arztnetze und Hausarztmodelle) und die Möglichkeit zum Abschluss entsprechender Verträge zwischen Krankenversicherern und Leistungsanbietern;
- finanzielle Anreize vor allem für die Versicherten, sich im Rahmen solcher Modelle versorgen zu lassen.

Ausgaben-, Qualitäts- und damit Effizienzprobleme sollen also durch marktförmige Steuerungsmechanismen und wirtschaftliche Anreize für die Akteure auf der Mikroebene (Krankenversicherer, Leistungsanbieter, Versicherte, Patientinnen und Patienten) gelöst werden. Der Staat erlässt dafür in der Gesamtschweiz und in den Kantonen entsprechende Rahmenvorschriften.

## Literatur

Achtermann, Wally/Berset, Christel (2006): Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik, Bd. 1: Analyse und Perspektiven. Bern

Bundesamt für Statistik (2007): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005. Neuchâtel

Bundesamt für Gesundheit (2007): Prämienübersicht 2008. Bern

Hoffmeyer, Ullrich (Hrsg.) (1993): **Gesundheitsreform** in der Schweiz. Auszug aus einem internationalen Vergleich. Zürich

Klingenberger, David (2002): Health Maintenance Organizations in der Schweiz – Darstellung und Kritik – (IDZ-Information Nr. 1/2002). Köln

Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hrsg.) (2007): Gesundheitswesen Schweiz 2007 – 2009. Eine aktuelle Übersicht. Bern

Obinger, Herbert (1998): Politische Institutionen und Sozialpolitik in der Schweiz. Der Einfluß von Nebenregierungen auf Struktur und Entwicklungsdynamik des schweizerischen Sozialstaates. Frankfurt am Main

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern

Wirthner, Adrian/Ulrich, Volker (2003): Managed Care. In: Zenger, Christoph A./Jung, Tarzis (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext – Normen – Perspektiven, Bern u. a., S. 255 – 267



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72962/juengere-reformen>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Schweiz | Jüngere Reformen

## Jüngere Reformen in der Gesundheitspolitik der Schweiz

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Bilanz der Krankenversicherungsreform 1996

Die Reform des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verfolgte im Wesentlichen drei Ziele:

- die Stärkung der Solidarität,
- die Sicherung einer hochwertigen Versorgung vor allem durch die Einführung von Managed Care,
- eine wirksame **Kostendämpfung**.

Welche Bilanz lässt sich nach einem guten Jahrzehnt ziehen?

## Solidarcharakter der Krankenversicherung

Die Verabschiedung des KVG ist in der Schweiz überwiegend positiv bewertet worden. Betont wird vor allem, dass mit der Einführung einer bundesweiten **Versicherungspflicht**, mit der Vereinheitlichung des Leistungskatalogs und mit der Schließung von Lücken im Leistungsrecht (siehe Abschnitt "Finanzierung des Gesundheitswesens der Schweiz") der Solidarcharakter des schweizerischen Gesundheitssystems gestärkt worden sei. Gleichwohl führen die gesetzliche Franchise, der zehnprozentige **Selbstbehalt** sowie die Kosten für **zahnärztliche** Behandlung und eine Krankengeldversicherung dazu, dass die privat zu tragenden Kosten im Krankheitsfall im internationalen Vergleich sehr hoch sind. Zudem werden die sozial schwächeren Gruppen durch die einkommensunabhängige **Kopfpauschale** erheblich belastet. Das System der **Prämienverbilligung**, in deren Genuss 2006 28,8 Prozent der Bürgerinnen und Bürger bei einem Gesamtvolumen von 3,3 Milliarden Franken kamen (Bundesamt für Statistik 2007, S. 28), soll hier Abhilfe schaffen, wird aber oftmals als unzureichend kritisiert:

- Die staatlichen Zuschüsse sind gerade in den Kantonen mit hohen Prämien oftmals recht niedrig.
- Manche Kantone versuchen, die Zuschüsse zur Prämienverbilligung für sozial Schwache niedrig zu halten, und nehmen daher nur eine reduzierte Prämienverbilligung vor.

Darüber hinaus zeigte sich, dass die Möglichkeit zur Prämienreduktion durch die Wahl einer erhöhten Franchise vor allem von Gesunden genutzt wird. Dies führt zu einer weiteren Umverteilung der Lasten auf die Schultern von Kranken. Gleichzeitig kann der Risikoausgleich den Anreiz zur **Risikoselektion** durch die Krankenversicherer nicht ausschalten, weil er auf die Parameter Alter und Geschlecht beschränkt ist und die **Morbidität** der Versicherten nicht erfasst. Schließlich ist auch die regionale Solidarität durch die kantonale Begrenzung des Risikoausgleichs nur schwach ausgeprägt. In der Gesamtbilanz hat sich der Anteil der privaten Kostenbeteiligung in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) seit 1996 deutlich erhöht.

## Managed Care

Die Einführung von Managed Care hat die hoch gesteckten Erwartungen bei der Verabschiedung des KVG bisher nicht erfüllt. Neue Versicherungs- und Versorgungsformen haben bisher nur eine geringe Verbreitung erreicht. 2006 waren 18 Prozent der Bürgerinnen und Bürger in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl eingeschrieben (siehe Tabelle "Versichertenbestand nach Versicherungsformen in der Obligatorischen Krankenversicherung 1999 und 2006"). Allerdings hat sich dieser Anteil zwischen 2004 und 2006 nahezu verdoppelt. Jedoch ändert dies wenig an der enttäuschenden Zwischenbilanz für die Gesamtschweiz.

Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig:

- Erstens sind sie aufseiten der Versicherer zu suchen. Zwar hat die Einführung der freien Wahl des Krankenversicherers zu einem verschärften Wettbewerb unter den Finanzierungsträgern geführt; aber der Zuschnitt der Wettbewerbsordnung und insbesondere der unzureichende Risikoausgleich (siehe oben) machen es für sie weitaus interessanter, Konkurrenzvorteile



- durch das Anlocken guter Risiken als durch effizientere Versorgungsmodelle zu erzielen. Zwar kann die Konkurrenz um Mitglieder ein prinzipielles Interesse der **Kassen** an der Entwicklung solcher Modelle begründen, allerdings müssten sie auch befürchten, mit ihnen die schlechten Risiken anderer Krankenversicherer anzulocken, deren hoher Behandlungsaufwand die möglichen Einspareffekte effizienter Versorgungsformen überkompensieren könnte.
- Zweitens ist die Realisierung solcher Vorhaben für Ärztinnen und Ärzte häufig nicht sonderlich attraktiv. Zum einen ist die im Rahmen der Regelversorgung praktizierte **Einzelleistungsvergütung** für sie weit lukrativer als eine Vergütung auf der Grundlage von Kopfpauschalen, auf die sie bei Managed-Care-Modellen in der Regel umsteigen müssten. Zum anderen sind Managed-Care-Modelle aus ärztlicher Perspektive durch ein hohes Maß an Fremdkontrolle gekennzeichnet. Sie müssen sich hier in weit stärkerem Maße als bisher Behandlungsleitlinien und einem betriebswirtschaftlichem Controlling unterwerfen.
- Drittens dürfte die mit Managed-Care-Modellen verbundene Einschränkung der freien Arztwahl bei zahlreichen Versicherten nur auf eine geringe Resonanz stoßen, weil das recht der freien Arztwahl ein hohes Gut darstellt (Klingenberger 2002). Zudem ist das Versicherungsangebot für die Patientinnen und Patienten insgesamt recht intransparent, und es mangelt an einschlägigen unabhängigen Beratungsstellen für Versicherte.

Außerdem ist unklar, inwieweit Health Maintenance Organizations (HMOs) tatsächlich Einsparungen und Qualitätsverbesserungen mit sich gebracht haben. Die verfügbaren Daten lassen darüber keine verlässlichen Angaben zu. Zwar liegen einzelne Untersuchungen vor, denen zufolge Einsparungen ohne Qualitätsverlust möglich sind. Allerdings ist ungeklärt, inwieweit diese Effekte auf die geringere Morbidität des Versichertenkreises zurückzuführen sind. Denn üblicherweise ist der Anteil von Gesunden an derartigen Versorgungs- und Versicherungsformen gemeinhin überdurchschnittlich hoch. Deshalb ist es auch möglich, dass die Ausgaben senkungen auf den ohnehin geringeren Behandlungsbedarf der im Durchschnitt gesünderen Versicherten zurückzuführen sind. Weitgehend im Dunkeln liegen bisher auch die Qualitätseffekte von Hausarztnetzen.

## Ausgabenentwicklung

Das wohl wichtigste Ziel für die KVG-Reform 1996 war die Dämpfung des starken Ausgabenanstiegs in der Krankenversicherung. In dieser Hinsicht fällt die Bilanz negativ aus. Seit 1996 konnte die Ausgabendynamik nicht gebremst werden, sondern hat sich eher noch beschleunigt (siehe Tabellen "Ausgaben in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1996 bis 2006" und "Durchschnittliche Prämien in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) 1996 bis 2008"). Erst in jüngster Zeit zeichnet sich ein Rückgang des jährlichen Ausgabenzuwachses ab – wobei keineswegs sicher ist, ob er von Dauer sein wird. Auch der Prämienanstieg hat sich 2007 und 2008 abgeflacht. Allerdings spielten hier auch die Anhebung der Jahresfranchise und des Selbstbehalts eine gewisse Rolle (siehe Abschnitt "Jüngere Reformen"). Hinter dem geringeren Prämienanstieg versteckt sich also nicht ein vergleichbarer Rückgang der Krankenversicherungsausgaben, sondern zumindest zum Teil eine stärkere finanzielle Belastung der Patientinnen und Patienten. Die marktorientierten Reformmaßnahmen haben in der Schweiz also keineswegs zu einer Dämpfung der Ausgabenentwicklung geführt, sondern gingen vielmehr mit einem anhaltend hohen Zuwachs der Krankenversicherungskosten einher.

## Jüngere Reformen

Seit seinem Inkrafttreten ist das KVG Gegenstand neuerlicher Reformbemühungen. Sie stellen keine grundsätzliche Neuorientierung, sondern Korrekturen am beziehungsweise Ergänzungen zum Konzept dar, an dem sich die Schweizer Gesundheitspolitik mit dem KVG orientiert hat. Wichtigster Anlass waren die hohen Prämien- und Ausgabensteigerungen in der OKPV. Daneben spielten aber auch andere Probleme und Fehlsteuerungen eine Rolle.

Eine erste Teilrevision des KVG trat im Jahr 2001 in Kraft. Sie enthielt unter anderem die Möglichkeit für den Bundesrat, Zulassungsbeschränkungen für Gesundheitsberufe vorzunehmen. Der Bundesrat machte von dieser neuen Möglichkeit Gebrauch und erließ einen Zulassungsstopp für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Dies geschah in der Erwartung, mit der Begrenzung der Arztzahlen auch die Ausgabendynamik in der OKPV eindämmen zu können.

2004 und 2005 folgte eine umfassende Reform der bisherigen Franchise-, Selbstbehalt- und Rabattregelungen. Sie sollte zum einen den starken Prämienanstieg in der OKPV eindämmen, zum anderen negative Auswirkungen auf den Solidarcharakter des Systems begrenzen. Vor diesem Hintergrund traten die oben beschriebenen Bestimmungen in Kraft (siehe Abschnitt "Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz")

Die Anhebung der Franchise auf 300 Franken (vorher: 230 Franken) und des maximalen Selbstbehalts auf 700 Franken (vorher: 600 Franken) sollte dazu beitragen, den Prämienanstieg zu drosseln. Zum anderen sollte die Einführung von Mindestprämien und Höchststrabatten zum 1. Januar 2005 die Umverteilung zulasten von Kranken, die mit der Wahl einer erhöhten Franchise einherging, begrenzen. Denn die bisherigen Erfahrungen hatten gezeigt, dass sich fast ausschließlich Junge und Gesunde, also Personen, die ohnehin nicht oder nur in geringem Umfang Krankenversorgungsleistungen in Anspruch nehmen, für eine erhöhte Franchise entschieden und sich auf diese Weise von der Finanzierung der Krankenversicherung entlasteten.

## Literatur

Achtermann, Wally/Berset, Christel (2006): Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Bd. 1: Analyse und Perspektiven. Bern

Bundesamt für Statistik (2007): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005. Neuchâtel

Klingenberger, David (2002): Health Maintenance Organizations in der Schweiz – Darstellung und Kritik – (IDZ-Information Nr. 1/2002). Köln

Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hrsg.) (2007): Gesundheitswesen Schweiz 2007 - 2009. Eine aktuelle Übersicht. Bern



Obinger, Herbert (1998): Politische Institutionen und Sozialpolitik in der Schweiz. Der Einfluß von Nebenregierungen auf Struktur und Entwicklungsdynamik des schweizerischen Sozialstaates. Frankfurt am Main

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern

Wirthner, Adrian/Ulrich, Volker (2003): Managed Care. In: Zenger, Christoph A./Jung, Tarzis (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext – Normen – Perspektiven, Bern u. a., S. 255 - 267



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72964/aktuelle-probleme>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Schweiz | Aktuelle Probleme

## Aktuelle Probleme und künftige Reformvorhaben in der Schweiz

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

Zu dem vielleicht wichtigsten gesundheitspolitischen Vorhaben der nächsten Jahre dürfte die Reform der Krankenhausvergütung werden. Bisher wurden die Leistungen überwiegend nach Tages- oder Abteilungs- beziehungsweise Fachgebietspauschalen oder einer Kombination dieser Systeme abgerechnet. Im Dezember 2007 hat das Parlament aber die Einführung eines neuen Vergütungssystems für Krankenhausleistungen beschlossen. Demnach müssen seit 2012 die stationären Behandlungen in den Schweizer Krankenhäusern nach einem gesamtschweizerischen, einheitlichen Fallpauschalensystem vergütet werden. Es beruht auf diagnoseorientierten Fallpauschalen (**Diagnosis Related Groups – DRG**) und orientiert sich unter der Bezeichnung "SwissDRG" am deutschen Vergütungssystem. Außerdem beschloss der Nationalrat, für die Versicherten die freie Spitalwahl einzuführen. Bisher mussten die Krankenversicherten sich in ihrem Kanton stationär versorgen lassen. Eine Behandlung in einem anderen Kanton bedurfte einer Zusatzversicherung. Mit der Einführung der freien Krankenhauswahl wird das Ziel verfolgt, die Planungsregionen zu vergrößern und die Ineffizienz der an den Kantonsgrenzen endenden **Krankenhausplanung** zu verringern. Des Weiteren wird auch intensiv über eine Reform der **Krankenhausfinanzierung** und der Krankenhausplanung diskutiert. Aber Entscheidungen darüber sind noch nicht gefallen.

Beständiger Diskussionsgegenstand ist daneben der Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern. Das Umverteilungsvolumen fällt in der Schweiz – verglichen mit dem Ausgleich in Deutschland und den Niederlanden – sehr gering aus, weil sich der Ausgleich nur auf die Indikatoren Alter und Geschlecht, nicht aber auf das Einkommen und die Erkrankungen (**Morbidität**) der Versicherten bezieht. Diese Beschränkung bringt – wie erwähnt – starke Anreize zur **Risikoselektion** mit sich. Außerdem erfolgt er nicht für die Gesamtschweiz, sondern nur innerhalb der einzelnen Kantone. Vor diesem Hintergrund wird auch in der Schweiz über eine Erweiterung des Risikostrukturausgleichs diskutiert.

### Wissenscheck

Schließlich wird in der Schweiz intensiv über eine Neuordnung der Pflegefinanzierung diskutiert. In diesem Bereich ist in den letzten Jahren ein besonders starker Ausgabenanstieg zu verzeichnen. Kontrovers werden in diesem Zusammenhang vor allem zwei Fragen behandelt:

- Wie sollen die steigenden Pflegekosten zwischen Versicherten, Krankenversicherern und öffentlicher Hand verteilt werden?
- In welcher Weise sollen die Pflegeeinrichtungen vergütet werden?

Vor allem wegen des starken Ausgabenanstiegs ist die Krankenversicherung Gegenstand immer neuer Reformdebatten und Reformbestrebungen. Angesichts der Vielzahl der Steuerungsprobleme ist ein Ende der Reformen im schweizerischen Gesundheitswesen gegenwärtig nicht abzusehen. Dabei zeichnet sich ab, dass Wettbewerbselemente im schweizerischen Gesundheitswesen weiter an Bedeutung gewinnen werden. Trotz der existierenden Systemunterschiede lassen sich in mancher Hinsicht also erstaunliche Parallelen in der Entwicklung des deutschen und des schweizerischen Krankenversicherungssystems erkennen.

### Literatur

Achtermann, Wally/Berset, Christel (2006): Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik, Bd. 1: Analyse und Perspektiven. Bern

Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hrsg.) (2007): Gesundheitswesen Schweiz 2007 - 2009. Eine aktuelle Übersicht. Bern

Obinger, Herbert (1998): Politische Institutionen und Sozialpolitik in der Schweiz. Der Einfluß von Nebenregierungen auf Struktur und Entwicklungsdynamik des schweizerischen Sozialstaates. Frankfurt am Main

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.

Bern

Wirthner, Adrian/Ulrich, Volker (2003): Managed Care. In: Zenger, Christoph A./Jung, Tarzis (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext – Normen – Perspektiven, Bern u. a., S. 255 - 267



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72969/finanzierung>

Pfäd: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Niederlande | Finanzierung

## Die Finanzierung des Gesundheitswesens in den Niederlanden

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Ausgaben und Ausgabenentwicklung

Wie in vergleichbaren europäischen Ländern auch haben sich die Ausgaben für Gesundheit in den Niederlanden seit den 1970er-Jahren erhöht. Der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stieg von 7,1 Prozent im Jahr 1975 auf 10,81 Prozent im Jahr 2009 (Trading Economics 2012). In Deutschland wurden im selben Jahr 11,7 Prozent des BIP für Gesundheit aufgewendet (Statistisches Bundesamt 2012).

Der Ausgabenanstieg zwischen Mitte der 1970er- und Anfang der 1980er-Jahre war Ausgangspunkt für verschiedene Reformvorhaben mit dem Ziel, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu dämpfen. Die Kostendämpfungspolitik basierte lange Zeit auf einer restriktiven staatlichen Steuerung der Versorgungskapazitäten. Es wurde sowohl die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser reduziert als auch die Menge der Akutbetten. Als kostensenkendes Merkmal erweist sich die niedrige Einweisungsquote zum stationären Sektor. Die Einweisungen zur akutstationären Versorgung liegen bei einem Anteil von 10,2 Prozent der Bevölkerung und damit etwa acht Prozent unter dem Durchschnittswert vergleichbarer europäischer Länder.

Der überwiegende Teil aller Arztkontakte wird durch die hausärztliche Versorgung abgedeckt. Um so überraschender erscheint es, dass die Allgemeinärztinnen und -ärzte in den Niederlanden nur 3,4 Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit und Pflege verursachen (2002). Der Krankenhaussektor vereinigt 24,4 Prozent der Ausgaben auf sich. Der größte Ausgabenanteil entfällt auf den Bereich der "Social Care". Dazu zählen verschiedenen Leistungsbereiche wie zum Beispiel Alten- und Pflegeheime sowie ambulante Pflegeangebote, aber auch die Behandlung und Betreuung psychisch Kranker. Die Niederlande haben – bezogen auf die Bevölkerungsgröße – europaweit den größten Anteil von Alten- und Pflegeheimen. Insgesamt nimmt der Bereich der "Social Care" 37,2 Prozent aller Ausgaben in Anspruch.

## Die drei Säulen der niederländischen Krankenversicherung

Der Anteil öffentlicher Mittel (aus Steuern und Sozialversicherungen) an den gesamten Gesundheitsausgaben lag in den Niederlanden im Jahr 2002 bei 63 Prozent. Das ist im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedsstaaten ein niedriger Wert. In Deutschland wurden etwa 75 Prozent der Ausgaben aus öffentlichen Quellen bestritten, in Großbritannien lag der Wert bei 82 und in Schweden bei 85 Prozent. Die Ursache für den großen Anteil privater Finanzierungsquellen liegt in der Ausnahmestellung, die den privaten Krankenversicherungen in den Niederlanden zukommt. Eine private Krankenvollversicherung existiert in der EU ansonsten nur noch in Deutschland, dort deckt sie allerdings einen kleineren Versichertenkreis ab. Mit der **Gesundheitsreform** von 2006 wurden in den Niederlanden die ehemals gesetzlichen Krankenversicherungen in privatrechtliche Organisationen transformiert. Damit ist der Anteil privater Finanzierungsquellen noch einmal deutlich gestiegen.

Das niederländische System der Krankenversicherung beruht auf drei Säulen, die für die Finanzierung unterschiedlicher Leistungsbereiche zuständig sind (siehe Abbildung "Drei Säulen der Krankenversicherung in den Niederlanden").

Die erste Säule stellt die **Pflegeversicherung** dar (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ). Die AWBZ geht in ihren Leistungen über den Versorgungsumfang der deutschen Pflegeversicherung hinaus. Sie dient der Absicherung gegen besonders schwere gesundheitliche Risiken wie zum Beispiel der Langzeitpflege, langwieriger beziehungsweise dauerhafter Behinderungen oder psychiatrischer Erkrankungen. Die AWBZ ist eine "Volksversicherung", das heißt, jede Einwohnerin und jeder Einwohner der Niederlande ist hier pflichtversichert. Sowohl Arbeitnehmerinnen und -nehmer als auch Selbstständige leisten einen an der Höhe ihres Einkommens orientierten Beitrag. Der **Beitragssatz** lag im Jahr 2013 bei 12,65 Prozent des Arbeitsentgeltes (Sociale Verzekeringsbank 2013). Die AWBZ besitzt für die Finanzierung des niederländischen Gesundheitssystems eine große Bedeutung. Im Jahr 2003 wurden etwa 41 Prozent aller Gesundheitsausgaben durch die Pflegeversicherung abgedeckt.

Die zweite Säule des Versicherungssystems wird seit der Reform des Jahres 2006 durch die eigentliche Krankenversicherung (Zorgverzekeringswet – ZVW) gebildet. Die ZVW stellt eine Basisversicherung dar, mit der alle wesentlichen Leistungen der



Akutversorgung abgesichert werden. Damit alle Bürgerinnen und Bürger der Niederlande über diesen Versicherungsschutz verfügen, wurde eine **Versicherungspflicht** eingeführt, die sich auf einen gesetzlich definierten Standardtarif bezieht. Die Rahmenbedingungen der Versicherung werden durch den Gesetzgeber gestaltet, die konkrete Umsetzung obliegt jedoch privatrechtlich organisierten Versicherungsunternehmen. Die privaten Versicherungen sind dazu verpflichtet, jeder Einwohnerin und jedem Einwohner, auf Wunsch eine Versicherung anzubieten (Kontrahierungszwang).

Die Finanzierung der ZVV geschieht über zwei Arten von Prämien. Zum einen erhebt jede Versicherung eine pauschale Prämie, die jede/jeder Versicherte ab 18 Jahren unabhängig von der Höhe des eigenen Einkommens entrichten muss. Im Jahr 2011 betrug die durchschnittliche jährliche Prämie 1.100 Euro (Sociale Verzekeringsbank 2013). Bedürftige erhalten einen staatlichen Zuschuss in Höhe von maximal 400 Euro. Etwa 6,5 Millionen Niederländerinnen und Niederländer haben Anspruch auf diese staatliche Unterstützungsleistung. Die Pauschale soll circa 50 Prozent des Finanzbedarfs der Krankenversicherung abdecken. Der zweite Finanzierungsbestandteil ist eine einkommensabhängige Prämie in Höhe von 7,75 Prozent (2013) des Bruttoeinkommens (ebd.), die bis zu einem Jahreseinkommen von 50.853 Euro (2013) (ebd.) berechnet wird und oberhalb dieser Grenze gedeckelt ist. Dieser Prämienbestandteil wird vom **Arbeitgeber** abgeführt. Selbstständige zahlen einen ermäßigten Satz von 4,5 Prozent ihres Bruttoeinkommens.

Die verschiedenen Finanzierungsbestandteile fließen in einen neu geschaffenen Krankenversicherungsfonds (siehe Abbildung), dessen Konstruktion dem ab dem Jahr 2009 wirksamen **Gesundheitsfonds** in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ähnelt. Auch der niederländische Staat zahlt in diesen Fonds ein, um damit aus Steuermitteln die Krankenversicherung für Kinder unter 18 Jahren zu finanzieren, für die kein Beitrag zu entrichten ist. Aus dem Fonds erhalten die Versicherungen eine **Kopfpauschale** für jede Versicherte und jeden Versicherten, die nach dem Gesundheitszustand differenziert wird. Damit wirkt im Finanzierungssystem ein **Risikosturorausgleich**, der verhindern soll, dass **Kassen** mit überdurchschnittlich vielen "schlechten Risiken", das heißt mit Versicherten mit schweren oder chronischen Erkrankungen, im Wettbewerb benachteiligt werden.

Private Zusatzversicherungen bilden die dritte Säule der niederländischen Krankenversicherung. Sie haben in den vergangenen Jahren eine zunehmende Bedeutung erlangt, weil durch verschiedene Maßnahmen des Gesetzgebers eine Reihe von Leistungen aus dem Katalog der anderen Versicherungssysteme ausgegrenzt wurden. So können zum Beispiel Zahnersatz, Hörgeräte, Physiotherapie oder alternative Behandlungsformen grundsätzlich nur durch eine private Zusatzversicherung abgesichert werden. Der Abschluss einer solchen Versicherung ist freiwillig. Mittlerweile haben jedoch etwa 95 Prozent aller Versicherten eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen.

Die verschiedenen Versicherungssegmente decken nicht die gesamten Behandlungskosten ab. Sowohl bei stationären Behandlungen als auch bei den Arzneimittelkosten und bei der Physiotherapie müssen **Zuzahlungen** geleistet werden. Diese wurden im Rahmen der Kostendämpfungspolitik seit Beginn der 1980er-Jahre eingeführt beziehungsweise erhöht. So gibt es seit 1983 eine Rezeptgebühr auf Arzneimittelverschreibungen für alle Pflichtversicherten. Die Höhe der gesamten Zuzahlungen, die eine Versicherte oder ein Versicherter pro Jahr leisten muss, sind allerdings "gedeckt" und dürfen im Jahr einen bestimmten Betrag nicht übersteigen. Schätzungen aus dem Jahr 2001 gingen davon aus, dass neun Prozent aller Gesundheitsausgaben in den Niederlanden durch privat zu leistende Zuzahlungen erbracht wurden.

## Literatur

Bartholomée, Yvette / Maarse, Hans (2006): Health insurance reform in the Netherlands. In: Eurohealth Vol 12 No 2, S. 7 - 9

Exter, André den (u. a.) (2004): Health Care Systems in Transition. Netherlands. Copenhagen

Hartmann, Anja K. (2002): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik. Opladen

Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (2006): Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden. Tragfähigkeit, Solidarität, Entscheidung, Qualität, Effizienz. Broschüre des niederländischen Gesundheitsministeriums

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) (2007): Submission by the Dutch Healthcare Authority (NZa) to the EU consultation regarding Community action on health services

»[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co201\\_nl.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co201_nl.pdf)« OECD (2007): Health Data 2007. Paris

Sociale Verzekeringsbank (2013): Wie funktioniert die Krankenversicherung in den Niederlanden?

»[http://www.svb.nl/int/de/bdz/ziektekostenverzekering/wonen\\_in\\_duitsland\\_en\\_uw\\_ziektekostenverzekering/ziektekostenverzekering\\_in\\_nederland/](http://www.svb.nl/int/de/bdz/ziektekostenverzekering/wonen_in_duitsland_en_uw_ziektekostenverzekering/ziektekostenverzekering_in_nederland/)«

Statistisches Bundesamt (2012): Entwicklung der Gesundheitsausgaben: Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP)

»[https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/\\_Grafik/AnteilBIP.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/_Grafik/AnteilBIP.html)«

Trading Economics (2012): Health expenditure; total (% of GDP) in Netherlands

»<http://www.tradingeconomics.com/netherlands/health-expenditure-total-percent-of-gdp-wb-data.html>«

Walser, Christina (2006): Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden. In: Soziale Sicherheit 3, S. 87 - 92





Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72974/versorgungsstrukturen>

Pfad: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Niederlande | Versorgungsstrukturen

## Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in den Niederlanden

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

**Grundsätzlich lässt sich als ein charakteristisches Merkmal der Gesundheitsversorgung in den Niederlanden festhalten, dass die Leistungen zu einem überwiegenden Teil von gemeinnützigen und privaten Anbietern erbracht werden. Der Staat konzentriert sich überwiegend auf die Steuerung von Versorgungskapazitäten, die Regulierung des Preissystems und die Qualitätskontrolle. Als Leistungserbringer ist er lediglich über den öffentlichen Gesundheitsdienst und nur in Ausnahmefällen auch als Träger von stationären Einrichtungen tätig.**

### Öffentliche Akteure: Public Health

Im Public-Health-Sektor übernehmen staatliche Institutionen wichtige Aufgaben. Die kommunalen und lokalen Gesundheitsämter sind unter anderem für Impfungen zuständig. Die Niederlande verfügen im internationalen Vergleich über ein hohes Immunisierungsniveau hinsichtlich der bedeutenden Infektionskrankheiten. Zudem üben die öffentlichen Gesundheitsdienste in Zusammenarbeit mit einer Reihe von staatlichen Instituten auch Aufsichts- und Kontrollfunktionen bezüglich der Qualität der medizinischen Leistungen, des Gesundheitsschutzes, der Lebensmittelsicherheit oder der Verbreitung von Infektionskrankheiten aus. Eine vergleichsweise große Bedeutung besitzen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Auch hier haben kommunale Gesundheitsdienste neben verschiedenen gemeinnützigen Organisationen eine wichtige Aufgabe. Die Schwerpunkte liegen in der Information, Aufklärung und Beratung, in der Familienhilfe und der Gesundheitserziehung. Das Ziel ist, die Bedeutung krankheitsrelevanter Risikofaktoren in der Bevölkerung zu reduzieren. Auch in den Niederlanden ist eine sozial ungleiche Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen zuungunsten sozial benachteiligter Bevölkerungsschichten zu beobachten, weshalb in der jüngeren Vergangenheit das Ziel der Reduzierung sozioökonomisch bedingter Unterschiede im Bereich Public Health eine größere Aufmerksamkeit erhalten hat.

### Hausärztliche Versorgung: Das "Gatekeeper-System"

Ein hervorstechendes Merkmal der ärztlichen Versorgung in den Niederlanden ist das sogenannte "Gatekeeper-System". Die Funktion des Gatekeepers wird von den Haus- beziehungsweise Familienärztinnen und -ärzten übernommen. Das sind Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die auf Krankheiten mit geringem Schweregrad sowie auf weitverbreitete und chronische Erkrankungen spezialisiert sind. Die Hausärztin oder der Hausarzt übernimmt einerseits alle wichtigen Funktionen der primären Krankenversorgung, andererseits hat sie/er darüber zu entscheiden, ob sie/er die Patientin oder den Patienten an eine Fachärztin/einen Facharzt beziehungsweise in ein **Krankenhaus** überweist. Im Gatekeeper-System besitzt die Hausärztin oder der Hausarzt die Schlüsselposition für den weiteren Behandlungsweg. Die Versicherten müssen sich bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt registrieren lassen, die/der die erste Anlaufstelle für die medizinische Versorgung darstellt. Ohne Überweisung durch die Hausärztin/den Hausarzt haben die niederländischen Versicherten keinen Zugang zu einer Fachärztin oder einem Facharzt beziehungsweise zu einer **Krankenhausbehandlung**. Das Ziel des Gatekeeper-Systems besteht darin, unnötige und doppelte Untersuchungen und Behandlungen dadurch zu vermeiden, dass mit der Hausärztin oder dem Hausarzt eine medizinische Expertin/ein medizinischer Experte über die notwendigen Arztkontakte entscheidet. Und tatsächlich decken die Hausärztinnen und -ärzte im Vergleich zum deutschen System der freien Arztwahl einen überdurchschnittlich hohen Anteil aller Arztkontakte ab.

Lange Zeit dominierte die hausärztliche **Einzelpraxis** das ambulante Versorgungsgeschehen, in der die einzelne **Ärztin** oder der einzelne **Arzt** als Selbstständige oder Selbstständiger tätig ist. In der jüngeren Vergangenheit hat sich hier allerdings ein bemerkenswerter Wandel vollzogen. Der Anteil der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die in einer Einzelpraxis arbeiten, sank von 1970 bis 2000 von 91 Prozent auf 43 Prozent. Stark zugenommen hat dagegen die Zahl der Gruppenpraxen und der Gesundheitszentren, in denen neben den Allgemeinmedizinerinnen und -medizinerinnen auch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie zuweilen auch Hebammen und Geburtshelfer tätig sind.

### Fachärztliche Versorgung

Die Versorgung durch die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt (Primary Care) wird ergänzt durch die akutmedizinische fachärztliche Versorgung im Krankenhaus (Secondary Care). Der niederländische Krankenhausesektor unterscheidet sich von



seinem deutschen Pendant dadurch, dass dort nicht nur stationäre, sondern auch ambulante Leistungen erbracht werden. Die Fachärztinnen und -ärzte, die sowohl die ambulanten als auch die stationären Leistungen erbringen, sind keine Angestellten des Krankenhauses, sondern verfügen (formal) über einen Selbstständigenstatus auf Basis von vertraglichen Vereinbarungen mit der jeweiligen Klinik.

In den Niederlanden gibt es etwa 130 Krankenhäuser (ohne psychiatrische Kliniken), bei denen es sich zu über 90 Prozent um Non-Profit-Einrichtungen in privatem Besitz handelt. Die restlichen knapp zehn Prozent sind öffentliche Einrichtungen, vor allem Universitätskliniken. Es existieren circa 100 allgemeine Krankenhäuser, die eine breite Palette medizinischer Leistungen anbieten. Der Rest sind spezialisierte Kliniken, deren Versorgung sich auf ein Fachgebiet, auf einzelne Krankheiten oder bestimmte Patientengruppen beschränkt.

Die Versorgungsdichte im stationären Sektor bemisst sich an der Zahl der Betten pro 1.000 Einwohner. Hier ist in den Niederlanden in den vergangenen Jahren ein Rückgang zu beobachten. Bei den Häusern der Akutversorgung sank die Bettendichte zwischen 1990 und 2008 von 3,8 auf 2,9 Betten je 1.000 Einwohner. Damit ist die Bettendichte in den Niederlanden weniger als halb so hoch wie in Deutschland (5,7 Betten je 1.000 Einwohner im Jahr 2008) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2013).

### Wissenscheck

## Versorgungsprobleme

Mit Blick auf die medizinische Versorgung werden in den Niederlanden verschiedene Probleme diskutiert. Im Folgenden werden zwei Problemkomplexe skizziert, die bereits seit Längerem Gegenstand gesundheitspolitischer Debatten sind: Die Schnittstellenproblematik zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie die Wartelisten in der stationären Versorgung.

Das Gatekeeper-System soll dazu beitragen, die Patientinnen und Patienten bedarfsorientiert durch die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens zu leiten und überflüssige Untersuchungen und Behandlungen zu vermeiden. Daher ist den Hausärztinnen und -ärzten eine Schlüsselposition im System zugewiesen worden. Sie entscheiden auch darüber, ob Patientinnen und Patienten in stationäre Einrichtungen überwiesen und dort von Fachärztinnen und -ärzten weiterbehandelt werden. Allerdings bestehen beim Übergang zwischen ambulantem und stationärem Sektor organisatorische und finanzielle Hürden, die eine effektive Krankenversorgung beeinträchtigen. Dieses Schnittstellenproblem, das wir auch aus dem deutschen Gesundheitswesen kennen, trifft insbesondere Personengruppen, die in langwieriger oder dauerhafter medizinischer Behandlung sind. Die Barrieren zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren erschweren insbesondere chronisch kranken Patientinnen und Patienten, die häufig zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wechseln, einen reibungslosen Behandlungsablauf. Damit ist nicht nur ein erhöhter organisatorischer Aufwand verbunden, der sektorale Übergang kann sich auch negativ auf Kontinuität und Qualität der Behandlung auswirken. Zeitliche Verzögerungen und schlechte Kommunikation zwischen den behandelnden Berufsgruppen der verschiedenen Einrichtungen gehen letztlich zulasten der betroffenen Patientinnen und Patienten. Aus diesem Grund hat der Nationale Gesundheitsrat (Nationale Raad voor de Volksgezondheid) bereits 1994 das Konzept "Transmural Care" entwickelt. Die "mauernübergreifende" Versorgung soll an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert sein, die Kooperation und Koordination zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten verbessern sowie Verantwortungsbereiche definieren, die von den verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam beziehungsweise separat auszufüllen sind.

Eine Schwierigkeit der stationären Versorgung in den Niederlanden besteht darin, dass eine beträchtliche Zahl von Patientinnen und Patienten auf ihre anstehende Krankenhausbehandlung warten muss. Das Problem der Wartelisten verschärfte sich in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre. Im Oktober 2001 warteten 185.000 Niederländerinnen und Niederländer auf eine Krankenhausbehandlung. Die durchschnittliche Wartezeit lag bei drei Monaten. Ende der 1990er-Jahre setzte die Regierung ein "Wartelistenkomitee" ein, das die Ursachen der zeitlichen Verzögerungen analysieren und Lösungsvorschläge erstellen sollte. Die Analyse deutete auf drei wesentliche Problemkomplexe hin: eine finanzielle Unterausstattung aufseiten der Leistungsanbieter, organisatorische Defizite bei der Leistungserbringung sowie ein Mangel an Fachpersonal (sowohl auf der ärztlichen als auch auf der pflegerischen Seite). In den Folgejahren stellte die Regierung zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung, mit denen die Wartezeiten im Krankenhaussektor verringert werden sollten. Die Maßnahmen erhöhten die öffentlichen Gesundheitsausgaben deutlich und führten tatsächlich zu einer Reduzierung der Wartelisten. Ein Bericht an das Gesundheitsministerium aus dem Jahr 2004 stellte fest, dass zwei Drittel der 139.000 Wartenden ihre Behandlung in einem Zeitraum von vier bis fünf Wochen erhielten. Nach Auffassung des Ministeriums handelt es sich dabei um einen vertretbaren Zeitraum. Trotz der Verkürzung der Wartezeiten in den vergangenen Jahren bleiben die knappen Kapazitäten im stationären Sektor dennoch ein Konfliktthema in der niederländischen Gesundheitspolitik.

## Literatur

Bartholomée, Yvette / Maarse, Hans (2006): Health insurance reform in the Netherlands. In: Eurohealth Vol 12 No 2, S. 7 - 9

Exter, André den (u. a.) (2004): Health Care Systems in Transition. Netherlands. Copenhagen

Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2013: Betten in der stationären Versorgung

»[http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gastg&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=9066::Bettendichte](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9066::Bettendichte)«

Hartmann, Anja K. (2002): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den

Niederlanden und der Bundesrepublik. Opladen

Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (2006): Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden. Tragfähigkeit, Solidarität, Entscheidung, Qualität, Effizienz. Broschüre des niederländischen Gesundheitsministeriums

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) (2007): Submission by the Dutch Healthcare Authority (NZa) to the EU consultation regarding Community action on health services

»[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co201\\_nl.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co201_nl.pdf)«

Walser, Christina (2006): Nach der **Gesundheitsreform** in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden. In: Soziale Sicherheit 3, S. 87 - 92





Bundeszentrale für  
politische Bildung

URL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72976/regulierung>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Niederlande | Regulierung

## Regulierung des Gesundheitswesens in den Niederlanden

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

Die Bedeutung, die der Staat, die Verbände und die Märkte in der Regulierung des niederländischen Gesundheitswesens spielen, hat sich in den vergangenen vier Jahrzehnten verändert. Angesichts der starken Ausgabensteigerungen in den 1970er-Jahren wurden staatliche Steuerungskompetenzen gestärkt, um eine **Kostendämpfung** durchsetzen zu können. In den 1980er-Jahren vollzog sich ein politischer Wandel, in dessen Folge die Rolle des Marktes für die Regulierung des Gesundheitswesens stärker betont wurde. Der Staat sollte sich künftig auf die Setzung von Rahmenbedingungen beschränken, und durch die Liberalisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern soll ein Wettbewerb um Preise und Qualität verstärkt werden. Derzeit basiert die Regulierung des niederländischen Gesundheitswesens auf einem Mix aus staatlichen, verbandlichen (korporatistischen) und marktförmigen Steuerungselementen. Die aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungstendenz deutet auf einen weiteren Rückzug des Staates, einen Verlust verbandlicher Kompetenzen und einen Ausbau von liberalisierten Gesundheitsmärkten hin.

### Wissenscheck

## Veränderte Rolle des Staates

Der Staat trifft die grundlegenden Entscheidungen über die Strukturen und die Organisation des Gesundheitswesens, er plant den Versorgungsbedarf und die vorzuhaltenden Kapazitäten, er vergibt Konzessionen für die Krankenversicherung, er legt den Umfang des Leistungskatalogs fest, er gestaltet das Tariffsystem und entwickelt Qualitätsstandards. Je nach Regelungsgegenstand werden weitere Akteure in die gesundheitspolitischen Entscheidungen einbezogen. So wirken die Provinzregierungen bei der **Krankenhausplanung** mit, eine Reihe von staatlichen beziehungsweise auf gesetzlicher Grundlage tätigen Institutionen und Gremien beraten die Regierung in verschiedenen Sachfragen und die Verbände der Krankenversicherungen, **Leistungserbringer** und der Patientinnen und Patienten sind in verschiedenen korporatistischen Arrangements in relevante Entscheidungsprozesse mit einbezogen.

Besonders ausgeprägt war die starke Rolle des Staates bei der Kapazitätsplanung und -entwicklung in der Versorgung. Eine zentrale Position nimmt dabei wiederum das Gesundheitsministerium ein, das die Verantwortung für die Bedarfsdeckung in der medizinischen Versorgung trägt. Das Ministerium entscheidet über die Zulassung von Versorgungseinrichtungen. So obliegt die Planung und Genehmigung von neuen Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen, aber auch des Umbeziehungsweise Ausbaus bestehender Häuser, der zentralstaatlichen Regulierung durch das Gesundheitsministerium. Damit soll das Angebot dem Bedarf angepasst und eine effiziente Versorgung im stationären Sektor sichergestellt werden. Die Umsetzung der zentral beschlossenen Planung liegt in der Verantwortung der Provinzregierungen.

Mit der **Gesundheitsreform** aus dem Jahr 2006 zeichnet sich ein Wandel in der Steuerung des niederländischen Gesundheitssystems ab, der auch die Rolle des Staates als regulativer Instanz nachhaltig verändert. In den Niederlanden wurde der Krankenversicherungsmarkt (die zweite Säule) vollständig privatisiert. Zuvor bestehende gesetzliche Versicherungen wurden in privatrechtliche Organisationen überführt. Die Liberalisierung des Marktes für Gesundheitsdienstleistungen soll einen stärkeren Wettbewerb unter Finanzierungsträgern und Versorgungseinrichtungen erzeugen. Zu diesem Zweck werden bestehende staatliche Regulierungen abgebaut und – wie etwa in der Preisgestaltung – schrittweise dem Wettbewerb übertragen. Die Regierung setzt darin die Hoffnung, dass Leistungen künftig effizienter, kostengünstig und mit hoher Qualität erbracht werden. Der größere Handlungsspielraum, der den einzelnen Akteuren (Versicherungen, Leistungsanbieter, Versicherte) dabei eingeräumt wird, ist in ein neuartiges Steuerungssystem eingebettet, in dem die im Oktober 2006 gegründete Niederländische Gesundheitsagentur (Nederlandse Zorgautoriteit – NZa) eine zentrale Rolle spielt. Bei der NZa handelt es sich um eine unabhängige Regulierungsagentur, die nach dem Vorbild anderer liberalisierter Sektoren (Telekommunikation, Energie etc.) eingerichtet wurde. Das Gesundheitsministerium bleibt verantwortlich für die politische Entwicklung, die konkrete Regulierung des Gesundheitsmarktes ist in vielen Bereichen jedoch der neuen Agentur übertragen worden. Aufgabe der



Agentur ist es, den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu fördern. Dabei sollen die gesetzlich verankerten Ziele eines barrierefreien Zugangs zur Gesundheitsversorgung, einer hohen Qualität und der finanziellen Tragfähigkeit nicht verletzt werden.

### Wissenscheck

Die Entwicklung eines Gesundheitsmarktes schließt die Möglichkeit ein, dass einzelne Akteure eine marktbeherrschende Stellung erlangen. Um das Funktionieren des Marktes zu gewährleisten, hat die NZa eine Kontrollfunktion inne, die es ihr erlaubt, im Falle von marktbeherrschenden Stellungen korrigierende Maßnahmen zu treffen, wie beispielsweise die Herstellung von Transparenz über die Marktsituation, die Verpflichtung der betreffenden Akteure, zu Vereinbarungen zu kommen, oder auch verschiedene preisgestaltende Mechanismen.

### Abnehmende Bedeutung der Verbände

In den Niederlanden wird die große Mehrheit der Versorgungsleistungen von nicht staatlichen Trägern erbracht. Private und freigemeinnützige Einrichtungen besitzen eine herausragende Bedeutung im Gesundheitssystem. Deren Verbände sind traditionell in die Formulierung und Umsetzung der niederländischen Gesundheitspolitik einbezogen. Gleiches gilt für die Organisationen der Krankenversicherungen. Insbesondere die Spitzenverbände der verschiedenen Akteursgruppen spielen eine wichtige Rolle in der korporatistischen Regulierungsstruktur. Das niederländische System weist damit einige Parallelen zum deutschen System auf, das traditionell ebenfalls durch eine einflussreiche Stellung von verschiedenen Verbänden geprägt ist. Das niederländische Verbandssystem im Gesundheitssektor ist allerdings weniger zentralisiert. Insgesamt wird die Zahl der Dachverbände im Gesundheitswesen auf circa 250 geschätzt. Während lange Zeit die gemeinnützigen Akteure eine dominante Stellung im Verbandssystem innehatten, gewinnen aufgrund der jüngsten Gesundheitsreformen private und kommerzielle Akteure an Bedeutung. Die traditionellen Verhandlungspartner in der niederländischen Gesundheitspolitik sind die Kassenverbände und der Staat. Aber auch der Ärzteverband (Nederlandse Vereniging van Artsen – VvAA), der sich in einen Hausarzt- und einen Facharztverband unterteilt, spielt in der Regulierung des Versorgungssystems eine wichtige Rolle.

In der jüngeren Vergangenheit wächst die Bedeutung von direkten Verhandlungen und Vereinbarungen zwischen Versicherungen und Leistungserbringern. Der gesundheitspolitisch vergrößerte Spielraum in der Vertragsgestaltung ermöglicht den einzelnen Akteuren zunehmend selektive Vertragsabschlüsse zwischen einzelnen Versicherungen mit ausgewählten Leistungserbringern, das heißt, die Verbände verlieren einen Teil ihrer Aufgaben. Die Marktorientierung in der jüngeren niederländischen Gesundheitspolitik geht daher mit einer Schwächung des traditionellen korporatistischen Steuerungsmodells einher. Eine größere Bedeutung als im deutschen System besitzen die Patientenverbände. Es existiert ein nationaler Patientenverband, die Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), in der etwa 300 Patienten- und Verbraucherorganisationen zusammengeschlossen sind. Die NPCF ist als vierter Partner neben Staat, Krankenversicherungen und Leistungserbringern in verschiedenen gesundheitspolitischen Regulierungsgremien vertreten.

### Zunehmende Wettbewerbsorientierung

Die jüngere Entwicklung des niederländischen Gesundheitswesens gilt als Modell für die marktorientierte Reform eines Krankenversicherungssystems. Seit den 1980er-Jahren wurden verschiedene Schritte in Richtung einer stärkeren Bedeutung von Markt- und Wettbewerbselementen im Gesundheitswesen vollzogen. Die gesetzlichen Krankenversicherungen wurden bereits in den 1990er-Jahren auf ihre Rolle als Marktteilnehmer vorbereitet. Die Anfänge selektiver Vertragsgestaltung der Krankenkassen mit Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhäusern wurden im Jahr 1994 gemacht. Damals wurden die Versicherungen vom Kontrahierungszwang mit den zugelassenen Leistungsanbietern befreit und konnten mit ausgewählten Versorgungseinrichtungen Verträge abschließen. Durch dieses System sollte auch der Wettbewerbsdruck unter den Leistungsanbietern erhöht werden. In den Folgejahren wurde dieses Instrument von den Versicherungen allerdings nur begrenzt genutzt. Die Regierung hat daraufhin den vertraglichen Gestaltungsspielraum weiter ausgedehnt. Mit der Einführung der freien Kassenwahl in der Krankenversicherung und der Privatisierung der ehemals gesetzlichen Versicherungen sind zudem Rahmenbedingungen geschaffen worden, die die einzelnen Akteure dazu veranlassen, ihre Marktposition durch eine geschickte Vertragspolitik zu verbessern.

Die Liberalisierung des niederländischen Gesundheitssektors folgt dem Leitbild eines nachfragegesteuerten Wettbewerbs von Anbietern und Leistungserbringern, der im Rahmen gesetzlicher Vorgaben den Interessen der Patientinnen und Patienten beziehungsweise Verbraucherinnen und Verbraucher und der Öffentlichkeit dienen soll. Als ein Schlüsselinstrument gilt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten beziehungsweise Verbraucherinnen und Verbraucher, die sich insbesondere in der freien Wahl der Krankenversicherung seit 2006 ausdrückt. Generell werden drei Typen von Gesundheitsmärkten identifiziert (siehe Abbildung "Marktakteure im Gesundheitswesen"):

- der Versorgungsmarkt, auf dem die Leistungsanbieter um die Patientinnen und Patienten beziehungsweise Verbraucherinnen und Verbraucher konkurrieren sollen
- der Einkaufsmarkt, auf dem vor allem Versicherungen und Leistungsanbieter, aber auch Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Leistungsanbieter interagieren
- der Versicherungsmarkt, auf dem die Krankenversicherungen um Versicherte konkurrieren

### Literatur



Bartholomée, Yvette/Maarse, Hans (2006): Health insurance reform in the Netherlands. In: Eurohealth Vol 12 No 2, S. 7 - 9

Exter, André den (u. a.) (2004): Health Care Systems in Transition. Netherlands. Copenhagen

Hartmann, Anja K. (2002): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik. Opladen

Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (2006): Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden. Tragfähigkeit, Solidarität, Entscheidung, Qualität, Effizienz. Broschüre des niederländischen Gesundheitsministeriums

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) (2007): Submission by the Dutch Healthcare Authority (NZa) to the EU consultation regarding Community action on health services

»[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co201\\_nl.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co201_nl.pdf)«

Walser, Christina (2006): Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden. In: Soziale Sicherheit 3, S. 87 - 92



## Jüngere Reformen in der Gesundheitspolitik der Niederlande

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

Ähnlich wie in der Bundesrepublik Deutschland gibt es in der niederländischen Gesundheitspolitik seit mehreren Jahrzehnten intensive Debatten um notwendige Reformschritte. Mit der Einführung des Allgemeinen Gesetzes über besondere Krankheitskosten (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – AWBZ) im Jahr 1967 war das dreigliedrige System der Krankenversicherung vervollständigt worden. Im Unterschied zur aktuellen Gesetzeslage war die Säule der Akutversicherungen bis 2005 jedoch noch einmal in zwei unterschiedliche Bereiche aufgeteilt. Für die finanzielle Sicherung der Akutversorgung waren – ähnlich wie in Deutschland – einerseits gesetzliche Versicherungen (Ziektefondswet – ZFW) und andererseits private Versicherungen zuständig.

Die Komplexität des Versicherungssystems und die Dualität von privaten und gesetzlichen Versicherungen, die zu einer hohen und schwer überschaubaren Regelungsdichte geführt hatten, lösten bereits in den 1970er-Jahren Debatten über eine grundlegende Reform des niederländischen Krankenversicherungssystems aus. Aus dem Jahr 1974 stammte der Vorschlag aus einem Strukturbericht an die Regierung, eine einheitliche Volksversicherung für alle Einwohnerinnen und Einwohner der Niederlande zu schaffen ("Hendriks-Plan"). Dieser Vorstoß wurde jedoch vorerst nicht weiter verfolgt.

Die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen und die fehlgeschlagenen staatlichen Steuerungsversuche auf dem Gebiet der **Kostendämpfung** und der Qualitätssicherung ließen jedoch auch in den Folgejahren die Diskussionen um eine große **Gesundheitsreform** nicht verstummen. In den 1980er-Jahren nahm die Reformdiskussion eine neue Wendung. Die Regierung beauftragte eine Kommission unter dem Vorsitz des ehemaligen Managers des Elektronikkonzerns Philipps, Wisse Dekker, ein Reformkonzept für das Gesundheitswesen zu entwickeln. Mit dem Dekker-Report von 1987 wurde eine gesundheitspolitische Strategie entwickelt, mit der die Rolle des Staates im Gesundheitswesen reduziert und die Entwicklung der Krankenversicherungen verstärkt dem Wettbewerb überantwortet werden sollte.

Der Dekker-Report benannte drei Kernprobleme des Systems:

1. die komplexe Finanzierungsstruktur, die durch die Trennung in Akut- und Langzeitversorgung entstanden sei
2. die Aufteilung in eine öffentliche und eine private Krankenversicherung, die den Finanzierungsträgern zu wenig Anreize zu effizientem Handeln böte und die Privatversicherungen zur **Risikoselektion**, das heißt zu einer Konzentration auf Versicherte mit geringen Gesundheitsproblemen veranlasste
3. das Scheitern der staatlichen Steuerung bei dem Versuch, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu dämpfen

Die Kommission setzte in ihren Vorschlägen einerseits auf eine Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes, mit der unter anderem die Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung abgeschafft werden sollten. Die Intensivierung eines (staatlich regulierten) Wettbewerbs zwischen den Finanzierungsträgern und den medizinischen Leistungserbringern sollte die Wirtschaftlichkeit des Systems erhöhen.

### Die Gesundheitsreform 2006

Nachdem in den 1990er-Jahren verschiedene kleinere Schritte in Richtung des Wettbewerbsmodells gegangen worden waren, trat am 1. Januar 2006 eine weitreichende Strukturreform im niederländischen Gesundheitswesen in Kraft. Die Regierungskoalition aus Christdemokraten (CDA), Liberalen (VVD) und Demokraten (D66) hatten umfangreiche Veränderungen im System der Krankenversicherung beschlossen. Mit der Reform wurden mehrere Ziele verfolgt: Die Fragmentierung des Finanzierungssystems sollte reduziert werden. Die Ausgabenentwicklung sollte gebremst werden, indem das System effizienter gestaltet wird. Zudem sollten Qualitätsdefizite behoben und kontinuierliche Qualitätsverbesserungen gefördert werden. Schließlich sollten Innovationen unterstützt und schneller implementiert werden. Das zentrale Steuerungsinstrument, mit dem diese Ziele erreicht werden sollen, ist der Wettbewerb. Sowohl aufseiten der Krankenversicherungen als auch aufseiten der Leistungsanbieter wurden neue Wettbewerbselemente eingeführt, die das Verhalten der Akteure in die gewünschte Richtung lenken sollen. Eine wichtige Stellung in diesem Konzept besitzen die Versicherten, die durch die ihnen eingeräumten



Wahlmöglichkeiten effizienten und qualitativ hochwertigen Angebote einen Wettbewerbsvorteil verschaffen sollen.

Im Mittelpunkt der Reform von 2006 stand die zweite Säule der Krankenversicherung, die bis zum Jahr 2005 in einen gesetzlichen und einen privaten Versicherungszweig aufgeteilt war. Die "alte" Krankenversicherung beruhte auf dem Ziekenfondswet (ZFW). Die gesetzliche Krankenversicherung war eine Pflichtversicherung für Beschäftigte, die über ein Einkommen unterhalb einer definierten Schwelle verfügten. Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der **Versicherungspflichtgrenze** konnten sich freiwillig bei einer privaten Krankenversicherung einschreiben. Eine freiwillige Versicherung innerhalb des gesetzlichen Systems – wie dies in Deutschland der Fall ist – existierte in den Niederlanden nicht. Die gesetzliche Versicherung finanzierte sich über **Beiträge**, die sich aus einem Arbeitgeberanteil (5,55 Prozent des Bruttoeinkommens) und einem Arbeitnehmeranteil (1,35 Prozent) zusammensetzten. Hinzu kam ein Pauschalbetrag von 104 Euro pro Jahr, den alle erwachsenen Versicherten unabhängig von ihrer finanziellen Situation zu entrichten hatten (kleine Kopfprämie). Die privaten Versicherungen kannten keinen Kontrahierungszwang, das heißt, sie konnten sich ihre Versicherten anhand des Gesundheitszustandes aussuchen und dadurch ihr versicherungsmathematisches **Risiko** reduzieren (Risikoselektion).

Mit dem Inkrafttreten des ZVW im Jahr 2006 wurden die Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Versicherungen abgeschafft. Nunmehr handeln alle Versicherungen – auch die ehemals gesetzlichen – auf einer privatrechtlichen Grundlage. Sie sind berechtigt, Profite zu erzielen und Dividenden an Anteilseigner auszuzahlen. Alle Krankenversicherungen der zweiten Säule konkurrieren seitdem im Rahmen einer einheitlichen Wettbewerbsordnung.

Die Regierung weitete zudem den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern aus, um dadurch die Kostenentwicklung zu bremsen und der Qualitätssicherung einen höheren Stellenwert zu verschaffen. Die Nachfragesteuerung durch den Verbraucher wurde gefördert, indem die Wahlmöglichkeiten der Versicherten beziehungsweise Patientinnen und Patienten auf dem Versicherungsmarkt ausgeweitet wurden. Den Versicherungen wurden verstärkt Instrumente in die Hand gegeben, mit denen sie um ihre Kundinnen und Kunden konkurrieren sollen. Neben der Höhe des pauschalen Beitragsbestandteils ist hier vor allem das Angebot verschiedener Tarife (Selbstbehalte etc.) zu nennen, aus denen die Versicherten wählen können.

Auch im Verhältnis der Leistungsanbieter (Ärztinnen, Ärzte, Krankenhäuser) wurde der Wettbewerb als Steuerungsinstrument gestärkt. Voraussetzung hierfür war, dass einzelnen Versicherungen und Leistungsanbietern verstärkt die Möglichkeit eingeräumt wurde, selektive Verträge abzuschließen. Dies bedeutet, dass die Leistungsanbieter um Vertragsabschlüsse mit den Versicherungen konkurrieren. In diesem Wettbewerb spielen einerseits Preise eine wichtige Rolle, andererseits soll der Nachweis besserer Qualität zu einem zentralen Wettbewerbsparameter werden. Zu diesem Zweck soll die Transparenz über das Qualitätsniveau der Anbieter erhöht werden, indem Daten und Rankings über die einzelnen Krankenhäuser öffentlich zugänglich gemacht werden.

### Ausbau der Eigenbeteiligung

Mit der Gesundheitsreform von 2006 wurde in die Finanzierung der Krankenversicherung das Instrument der Beitragsrückerstattung eingeführt, durch das das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt werden sollte. Das "No-Claim-Arrangement" (NCA) bedeutet, dass ein Teil der Versicherungsprämie als im Voraus zu leistende Zuzahlung entrichtet wird. Jede und jeder Versicherte muss seitdem 255 Euro Vorauszahlung leisten, die sie/er nur dann vollständig zurückerhält, wenn sie/er am Jahresende keine medizinischen Leistungen in Anspruch genommen hat. Ausgenommen vom NCA sind Leistungen, die durch die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt oder aufgrund von Schwangerschaft erbracht werden. Hat eine Versicherte oder ein Versicherter weniger als 255 Euro an Kosten verursacht, wird ihr/ihm die Differenz am Jahresende zurückerstattet. Übersteigen die Behandlungskosten 255 Euro, wird keine Rückerstattung geleistet.

Mit der Einführung dieses Versicherungselements sollten die Versicherten dazu angehalten werden, die Entscheidung über eine Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gründlich abzuwägen, um auf diese Weise unnötige Arztkontakte zu vermeiden und die Ausgaben des Gesundheitswesens zu reduzieren. Die Einführung des NCA war politisch jedoch hochgradig umstritten. Nicht nur die politische Linke, sondern auch die Ärzteschaft, die Versicherungen und die Patientenorganisationen lehnten die Maßnahme als unsolidarisch, medizinisch zweifelhaft und verwaltungstechnisch aufwendig ab. Erste Evaluationen des NCA nach seiner Einführung zeigen, dass alte Menschen, chronisch Kranke sowie Empfängerinnen und Empfänger von Sozialleistungen die höchsten **Zuzahlungen** leisten. Gleichzeitig hat sich der beabsichtigte Einsparungseffekt nicht im erhofften Maß realisieren lassen.

### Wissenscheck

Die Parlamentswahlen im November 2006 verschoben die politischen Kräfteverhältnisse. Die christlich-liberale Regierung, die das NCA beschlossen hatte, verlor ihre Mehrheit. Die Sozialdemokraten wurden an der Regierung Balkenende beteiligt. Die neue Regierung beschloss die Abschaffung des NCA zum Januar 2008, hält jedoch am Gedanken der stärkeren Eigenbeteiligung der Patientinnen und Patienten fest. Das NCA wird ersetzt durch einen verbindlichen **Selbstbehalt** für alle Versicherten in Höhe von 350 Euro (2013) pro Jahr (Sociale Verzekeringsbank 2013), das heißt, bis zu diesem Betrag muss die Patientin oder der Patient die erstmals anfallenden Behandlungskosten selbst tragen. Für Personen, die eine chronische Erkrankung oder eine Behinderung aufweisen, die die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unvermeidlich machen, wird eine finanzielle Kompensation durch den Staat eingeführt.

### Literatur

Bartholomée, Yvette/Maarse, Hans (2006): Health insurance reform in the Netherlands. In: Eurohealth Vol 12 No 2, S. 7 - 9

Exter, André den (u. a.) (2004): Health Care Systems in Transition. Netherlands. Copenhagen

Hartmann, Anja K. (2002): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik. Opladen

Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (2006): Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden. Tragfähigkeit, Solidarität, Entscheidung, Qualität, Effizienz. Broschüre des niederländischen Gesundheitsministeriums

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) (2007): Submission by the Dutch Healthcare Authority (NZa) to the EU consultation regarding Community action on health services

»[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co201\\_nl.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co201_nl.pdf)«

Sociale Verzekeringsbank (2013): Wie funktioniert die Krankenversicherung in den Niederlanden?

»[http://www.svb.nl/int/de/bdz/ziektekostenverzekering/wonen\\_in\\_duitsland\\_en\\_uw\\_ziektekostenverzekering/ziektekostenverzekering\\_in\\_nederland/](http://www.svb.nl/int/de/bdz/ziektekostenverzekering/wonen_in_duitsland_en_uw_ziektekostenverzekering/ziektekostenverzekering_in_nederland/)«

Walser, Christina (2006): Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden. In: Soziale Sicherheit 3, S. 87 - 92





## Aktuelle Probleme und künftige Reformvorhaben in den Niederlanden

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

1.3.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

Weiterhin bleibt das prioritäre Ziel der niederländischen Gesundheitspolitik eine effiziente, kostengünstige und qualitativ hochwertige Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger der Niederlande. Die Kostendämpfung, die Steigerung der Versorgungsqualität, der schnellere Zugang zu notwendigen medizinischen Behandlungen sollten durch die Stärkung des Wettbewerbs in der jüngsten Gesundheitsreform erreicht werden. Erste Analysen der Auswirkungen der Reform zeichnen ein widersprüchliches Bild.

### Erste Bewertungen der Gesundheitsreform 2006

Die Konsequenzen der Gesundheitsreform des Jahres 2006 wurden erst in Teilen evaluiert. Dennoch zeigen sich einige interessante Entwicklungstendenzen:

- Mit der Öffnung des Versicherungsmarktes setzte im Jahr 2006 eine rege Wechselbewegung der Versicherten ein. 18 Prozent aller Versicherten wechselten zu einer anderen Versicherung. Dieser Effekt ließ jedoch deutlich nach. Im Jahr 2007 lag die Wechselquote nur noch bei 4,5 Prozent aller Versicherten.
- Die Einführung der **Versicherungspflicht** in der Krankenversicherung verhindert nicht, dass es in den Niederlanden Menschen ohne Krankenversicherung gibt. Die Versicherungen können Versicherte ausschließen, wenn diese ihre Beitragszahlungen nicht leisten. Im Jahr 2007 wurde die Zahl der nicht versicherten Einwohnerinnen und Einwohner auf 247.000 geschätzt; das sind etwa 1,5 Prozent der Bevölkerung. Dies stellt einen Fortschritt gegenüber dem Zustand vor der Reform 2006 dar. Für das Jahr 2003 wurde der Anteil der Nichtversicherten auf sieben Prozent der Bevölkerung geschätzt. Beobachterinnen und Beobachter gehen allerdings davon aus, dass die Zahl der Nichtversicherten erneut steigen wird, wenn die Versicherungen die säumigen Beitragszahlerinnen und -zahler konsequent ausschließen werden.
- Der verschärfte Wettbewerb zwischen den Versicherungen hat offensichtlich zu Dumpingangeboten bei der Prämiengestaltung geführt. Die Prämien des Jahres 2006 wiesen eine Unterdeckung von etwa zwei Prozent auf. Viele Versicherungen verfügen über ausreichende Rücklagen, mit denen die Verluste ausgeglichen werden können. Künftig zeichnet sich jedoch ein deutlicher Prämienanstieg ab.
- Im Jahr 2006 war ein leichter Rückgang der Krankenhauspreise zu beobachten.
- Die Wartezeiten für elektive (planbare) Leistungen wurden deutlich reduziert.
- Die vorhandenen Informationen über die Versorgungsqualität werden als unzureichend eingeschätzt. Ein Wettbewerb um Qualität ist auf dieser Grundlage schwer möglich.
- Hinzu kommt, dass nur eine Minderheit der Versicherten ihre Wahlmöglichkeiten an Qualitätsindikatoren ausrichtet. Die große Mehrheit bemüht sich nicht um Informationen über die Versorgungsqualität. Dies deutet darauf hin, dass es primär finanzielle Kriterien sind, die den Wettbewerb im niederländischen Gesundheitsmarkt bestimmen.

### Ausblick auf künftige Reformvorhaben

Die Gesundheitsreform 2006 war für die christlich-liberale Regierungskoalition ein erster großer Schritt in Richtung einer stärkeren Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen. Bis zum Jahr 2012 waren weitere Schritte geplant. Durch den Regierungswechsel im Februar 2007 und den Eintritt der Sozialdemokraten in die Koalition war jedoch unsicher, was die nächsten gesundheitspolitischen Reformschritte sein würden. Die Rücknahme der "No-Claim"-Regelung war ein Hinweis darauf, dass die neue Regierung Korrekturen am Reformprojekt vornehmen würde. Dennoch sind weitere Schritte der Deregulierung des Gesundheitswesens vorgesehen.

Im Mittelpunkt künftiger Reformvorhaben steht der Krankenhaussektor. Die diskutierten Veränderungen laufen darauf hinaus, den einzelnen Krankenhäusern beziehungsweise den Krankenhausketten einen größeren unternehmerischen Gestaltungsspielraum zu eröffnen. Das Finanzierungssystem soll vereinfacht werden, um die Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Versicherungen zu fördern. Der Umfang der Verhandlungen soll deutlich ausgeweitet werden. Eine "Entstaatlichung" der Kapazitätsplanung soll den Krankenhäusern eine größere Entscheidungsautonomie gewähren. Angedacht ist auch eine Öffnung des Sektors für profitorientierte Einrichtungen, um verstärkt privates Kapital anzuziehen. Den Häusern soll zudem ermöglicht werden, auf eigenes **Risiko** an den Finanzmärkten zu agieren, um dadurch Investitionen zu finanzieren.

Daneben bleibt auch die Zusammenführung der ersten und der zweiten Säule der Krankenversicherung ein Thema der niederländischen Gesundheitspolitik. Ein derzeit diskutiertes Modell sieht vor, dass die in der AVBZ öffentlich erhobenen Mittel den privaten Versicherungsunternehmen entsprechend der Zahl ihrer Versicherten zur Verfügung gestellt werden, damit diese die Mittel nutzen, um die Leistungen der **Pflegeversicherung** für ihre Versicherten einzukaufen. Damit soll ein Übergang von den derzeit bestehenden regionalen Einkaufsmonopolen, die mit den Leistungsanbietern im Rahmen öffentlich bestimmter Budgets Verhandlungen führen, zu einem deregulierten Einkaufsmarkt für Pflegeleistungen vorangetrieben werden. Die Privatversicherungen, die dann die Rolle der Einkäufer wahrnehmen, sollen im Interesse ihrer Versicherten Verträge über kostengünstige und hochwertige Leistungen abschließen.

## Literatur

Bartholomée, Yvette/Maarse, Hans (2006): Health insurance reform in the Netherlands. In: Eurohealth Vol 12 No 2, S. 7 - 9

Exter, André den (u. a.) (2004): Health Care Systems in Transition. Netherlands. Copenhagen

Hartmann, Anja K. (2002): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik. Opladen

Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (2006): Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden. Tragfähigkeit, Solidarität, Entscheidung, Qualität, Effizienz. Broschüre des niederländischen Gesundheitsministeriums

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) (2007): Submission by the Dutch Healthcare Authority (NZa) to the EU consultation regarding Community action on health services

»[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co201\\_nl.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co201_nl.pdf)«

Walser, Christina (2006): Nach der Gesundheitsreform in den Niederlanden: Eine neue Krankenversicherung für jeden. In: Soziale Sicherheit 3, S. 87 - 92



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/148679/finanzierung>

Pfäd: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Frankreich | Finanzierung

## Finanzierung des Gesundheitswesens in Frankreich

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

12.11.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzliche Krankenversicherung (Assurance maladie) hat ihre historischen Wurzeln im Gesetz vom 5. April 1928 zur Errichtung einer Versicherung für Arbeiter/-innen gegen das Risiko der Erkrankung. Ihre formale Grundlage findet die heutige Assurance maladie allerdings in den Gründungsakten der einheitlichen Sozialversicherung, die die provisorische Übergangsregierung der französischen Republik unter der Führung von General Charles de Gaulle am 4. und am 19. Oktober 1945 erlassen hat. Es handelt sich um die Verordnung vom 4. Oktober 1945 zur Errichtung einer allgemeinen Sozialversicherung (Ordonnance no 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale) und die Verordnung vom 19. Oktober 1945 zur Schaffung einer Krankenversicherung für Arbeiter/-innen im Rahmen des allgemeinen Regimes der einheitlichen, risikenübergreifenden Sozialversicherung (Ordonnances no 45-2453 du 19 octobre 1945 modifiant et codifiant la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et adaptant cette législation à l'organisation de la sécurité sociale).

Zu diesen beiden Grundlegendendokumenten sind nach 1945 zahlreiche weitere Gesetze und Verordnungen hinzugetreten. Besonders erwähnenswert sind dabei die Verordnung zur Errichtung der nationalen Krankenkasse für Arbeiter/-innen „Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) aus dem Jahr 1967 und das Gesetz vom 27. Juli 1999 zur Herstellung des allgemeinen Krankenversicherungsschutzes (Loi no 99-641 portant création d'une couverture maladie universelle, CMU). Mit Letzterem holte die französische Regierung ab 2000 die hohe Anzahl von Personen ohne Krankenversicherungsschutz in das System der gesetzlichen Krankenversicherung zurück. Insgesamt sind die Grundlagen der Regelungen zur Sozialversicherung im Allgemeinen und zur gesetzlichen Krankenversicherung im Besonderen im Sozialversicherungsgesetzbuch, dem Code de la Sécurité sociale (CSS), niedergelegt.

### Tipp

#### Testen Sie Ihr Vorwissen zum Thema dieser Lerntour!

Bevor Sie weiterlesen, können Sie anhand eines Lückentextes ausprobieren, was Sie bereits über das Thema "Finanzierung des Gesundheitswesens in Frankreich" wissen.

Nutzen Sie später das ausgefüllte Arbeitsblatt als Zusammenfassung wesentlicher Lerninhalte.

Downloaden

## Die gesetzliche Krankenversicherung (Assurance maladie): Organisation, Leistungen und Erstattungspraxis

Die gesetzliche Krankenversicherung (Assurance maladie) ist neben der Familien-, Renten- und Unfall- sowie Berufsunfähigkeitsversicherung (Letztere wird von den Organismen der Krankenversicherung mitgetragen und mitverwaltet) eines von vier Standbeinen der französischen Sozialversicherung (Sécurité sociale)

Diese steht insgesamt auf drei zentralen Säulen oder "Versicherungsregimen" (weiterhin existieren circa 15 Sonderregime), dem

- Régime général de la Sécurité sociale (allgemeine Sozialversicherung),
- Régime agricole (landwirtschaftliche Sozialversicherung),
- Ensemble der Régimes sociaux des non-salariés et non-agricoles (Sozialversicherung für Selbstständige und unabhängige Professionen außerhalb des landwirtschaftlichen Sektors).

Jedes dieser drei Regime bietet je für sich genommen einen vergleichbaren umfassenden Schutz gegen die vier aufgezählten sozialen Risiken an. Im Bereich Krankheit ("la Branche maladie") integriert jedes einzelne Regime dabei eine eigene Krankenkasse, sodass das System der gesetzlichen Krankenversicherung im Kern aus den folgenden drei Kassen besteht:



- die Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS); sie wurde 1967 im Zuge der Neuordnung der allgemeinen Sozialversicherung gegründet und als einheitliche Krankenkasse innerhalb des Régime général etabliert; sie zählt circa 57 Millionen Versicherte (entspricht 89 Prozent der Bevölkerung), wovon circa 1,3 Prozent (2008) ein Anrecht auf staatliche Beitragsfinanzierung aufgrund der CMU besitzen;
- die Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) als einheitliche Hilfskasse unter anderem mit der Krankenversicherungsfunktion innerhalb des Régime agricole; sie zählt 1,2 Millionen Versicherte (2009), und
- das Régime sociale des indépendants (RSI) als spezieller Versicherungszweig zur Absicherung gegen Krankheit und Berufsunfälle innerhalb des Régime des non-salariés et non-agricoles mit circa 601.000 Versicherten (2009).

Seit der Gesundheitsreform im Jahr 2004 sind diese Kassen unter dem Dach einer neuen gemeinsamen Organisation, der "Union nationale des caisses d'assurance maladie" (UNCAM), zusammengefasst.

### Wissenscheck

Der Leistungskatalog für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in Frankreich (und gegebenenfalls ihre kostenlos mitversicherten Angehörigen) ist sehr umfangreich und umfasst im Einzelnen folgende Leistungsarten:

- ambulante und stationäre Versorgung, darunter auch zahnärztliche Behandlung (einschließlich Zahnersatz);
- Rehabilitationsbehandlungen (ambulant und stationär, zum Beispiel auch Kuren);
- gesetzliche Vorsorge- und Präventionsleistungen (beispielsweise Impfungen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen im Rahmen von Public-Health-Programmen);
- Versorgung mit Medikamenten und Heilmitteln;
- Kostenübernahme von Laboruntersuchungen und -analysen;
- Kosten der Unterbringung und Behandlung von behinderten Kindern und Jugendlichen in speziellen (ambulanten oder stationären) Einrichtungen;
- Kostenübernahme von Krankentransporten bis zu einer bestimmten Höhe und abhängig vom Krankheitszustand der Patientin oder des Patienten beziehungsweise der oder des Versicherten;
- Krankengeld bei Erkrankungen und Berufsunfällen (bei Vorlage eines hausärztlichen Attests);
- ärztlich veranlasste Heilbehandlungen unterschiedlicher Art (physiopraktische Behandlungen, Kuren etc.);
- psychotherapeutische Behandlungen.

Außerdem erstattet die Sécurité sociale (nicht die gesetzliche Krankenversicherung, die in diesen Fällen lediglich die administrative Abwicklung der Transfers übernimmt) im Bereich Gesundheit die folgenden Leistungen/Behandlungen:

- alle mit Schwangerschaft zusammenhängenden Untersuchungen und Behandlungen,
- Invaliden- beziehungsweise Arbeitsunfähigkeitsrenten,
- Sterbegeld.

Für die Einzelleistungen handelt der Generaldirektor der UNCAM mit dem Staat und den Leistungserbringern Preise aus, die – wie die übrigen Ausgabenposten des Budgets der gesetzlichen Krankenversicherung – jährlich in einer Budgetvereinbarung ("Convention d'objectives et de gestion") niedergelegt werden; gegebenenfalls legt das Gesundheitsministerium die Preise federführend fest. An den Preisverhandlungen sind Vertreter/-innen der Ärzteschaft beteiligt. Unter Berufung auf den Grundsatz der freien Medizin (médecine libérale) betrachtet heute circa ein Viertel der frei praktizierenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – insbesondere Fachärztinnen/-ärzte – die vereinbarten Preise für den Bereich der ambulanten Versorgung als nicht zwingend.

Diese Mediziner/-innen, die sogenannten "Ärzte des 2. Sektors" („médecins du secteur 2“), verabschiedeten sich 1980 – nach einer Honorarreform – aus Unzufriedenheit über die vereinbarten Arzthonorare teilweise aus dem 1971 errichteten Kollektivvertragssystem mit der gesetzlichen Krankenversicherung und legen ihre Honorare und Preise seither grundsätzlich autonom fest (Leicher 2010, S. 57). Die tatsächlich in Rechnung gestellten Behandlungskosten fallen daher heute insbesondere bei fachärztlichen ambulanten Behandlungen in der Regel höher aus, als es die auf dem Verhandlungsweg festgesetzten Preise nahelegen würden.

Vom festgesetzten Preis für eine Leistung erstattet die gesetzliche Krankenversicherung maximal einen Anteil von 70 Prozent. Voraussetzung hierfür ist, dass die infrage stehende Behandlung oder Maßnahme durch einen Arzt/eine Ärztin erfolgt beziehungsweise ärztlich veranlasst ist und/oder dass das infrage stehende Medikament ärztlich verordnet und als anerkanntes Medikament gelistet ist. Die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragenen Kostenanteile, das sogenannte "Ticket modérateur" als obligatorischer Selbstbehalt bei jeder Art von Krankenbehandlung (ambulant, stationär, Heilbehandlung etc.), das gegebenenfalls erhöhte Arzthonorar und die zusätzlich anfallende Praxis- beziehungsweise Krankenhausgebühr hat die oder der Versicherte grundsätzlich selbst zu tragen, es sei denn, sie/er hat eine private Zusatzversicherung ("Couverture santé complémentaire") abgeschlossen. Diese sichert in der Regel den Kostenanteil des "Ticket modérateur" ab sowie, je nach Prämie und Versicherungsvertrag, gegebenenfalls den Anteil am Arzthonorar, der die vereinbarten oder staatlich festgelegten Preise übersteigt; in manchen Fällen wird auch die Krankenhausgebühr übernommen.

Zu der recht restriktiven Erstattungsregel in der gesetzlichen Krankenversicherung existieren einige Ausnahmen. So fällt der obligatorische Selbstbehalt ausschließlich bei ambulanten Behandlungen, nicht jedoch bei Krankenhausaufenthalten an. Außerdem erstattet die Assurance maladie die Behandlungskosten in folgenden Fällen bis zur vollen Höhe:

- bei chronischen und/oder schweren Erkrankungen ("affection de longue durée", ALD), die besonders kostenintensiv sind. Alle einschlägigen, unter diese Ausnahmeregelung fallenden Erkrankungen (unter anderem Diabetes, Krebs, HIV-Infektion,



bestimmte psychische Erkrankungen etc. ) werden in einer Liste, die insgesamt 30 Krankheiten umfasst, geführt; die Behandlungskosten hierfür sind voll erstattungsfähig. Von den ALD waren im Jahr 2008 14 Prozent der Versicherten betroffen. Die Erstattung der mit den ALD verbundenen Behandlungskosten belief sich dabei im gleichen Jahr auf 58 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Versorgung (Palier 2010, S. 35).

- im Falle bestimmter Behandlungsarten, vor allem, wenn diese im Krankenhaus durchgeführt werden, zum Beispiel künstliche Befruchtung.
- im Falle eines bestimmten Patientenstatus, zum Beispiel bei Schwangeren oder bei Personen, deren Erkrankung oder Verletzung beruflich bedingt ist.

Eine Befreiung von der allgemeinen Erstattungsregel aus sozialen Gründen, also vor allem im Falle einer prekären Einkommenssituation des Versicherten, ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Die soziale Situation der Versicherten findet – neben anderen Faktoren – lediglich bei der Festsetzung des Beitragssatzes Berücksichtigung. Allerdings kommen Geringverdiener bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe seit der Einführung der universellen Absicherung im Krankheitsfall, der "Couverture maladie universelle" (CMU), im Jahr 1999 indirekt dennoch in den Genuss der Erstattung der Behandlungskosten oberhalb der üblichen Erstattungsgrenzen der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn diese Personengruppe hat ein Recht auf die öffentlich getragene Finanzierung einer privaten Zusatzversicherung ("Couverture maladie complémentaire", kurz: "CMU complémentaire"). Allerdings ermöglicht die staatliche Hilfe zur privaten Zusatzversicherung nur einen eingeschränkten Leistungszugang (Palier 2010, S. 116 f.) und es bleiben ungeachtet ihrer Errichtung nach wie vor circa sieben Prozent der französischen Bevölkerung ohne Zusatzkrankenversicherungsschutz (Tabuteau 2010, S. 89).

### Wissenscheck

## Wettbewerb im Bereich der Krankenversicherung: Die private Zusatzversicherung

Aufgrund der Organisation der Assurance maladie als Einheitsversicherung ist ein Kassenwettbewerb von vornherein ausgeschlossen. Allerdings muss das Bild der zentralistischen Einheitskasse an mehreren Ecken zurechtgerückt werden. Erstens ist die Einheitlichkeit bereits durch die Koexistenz der Hauptkasse, der CNAMTS, und der kleineren Kassen für besondere Gruppen aufgeweicht. Diese Kassen stehen untereinander freilich nicht im Wettbewerb; sie hängen über ein Finanzausgleichssystem zusammen. Zweitens herrscht Wettbewerb im weitverzweigten System der freiwilligen privaten Zusatzversicherungen, das unmittelbar an die gesetzliche Krankenversicherung "andockt". Dieses System ist rein wettbewerblich organisiert. Aufgrund der maximal 70-prozentigen Übernahme von Behandlungskosten haben heute (2009) 92,3 Prozent der Versicherten eine private Zusatzversicherung abgeschlossen. Dabei beteiligt sich häufig der Arbeitgeber an den Kosten. In der Regel übernimmt die Zusatzversicherung mindestens den Anteil des obligatorischen Selbstbehalts an den Behandlungskosten, also das "Ticket modérateur". Häufig sind durch die Versicherungsverträge weitere Leistungen, zum Beispiel die pauschale Krankenhausgebühr, mit abgedeckt.

Den Markt der Zusatzversicherung im Gesundheitswesen teilen sich auf Gegenseitigkeit die traditionellen Genossenschaften ("Mutuelles"), privatwirtschaftliche Versicherungsunternehmen ("sociétés d'assurance") und diverse nicht gewinnorientiert wirtschaftenden Hilfskassen ("Institutions de prévoyance") untereinander auf, wobei die Mutuelles mit rund 55 Prozent (2009) den größten Anteil daran halten. Diese Gegenseitigkeitskassen finden ihre Wurzeln in den mittelalterlichen Hilfs- und Zunftkassen, die auch in Deutschland die Ursprungsorganisationen der heutigen Krankenkassen darstellen.

Die mit den einzelnen Organisationsformen verbundenen Unternehmen stehen untereinander in einem harten Konkurrenzkampf, denn vor dem Hintergrund der diversen Reformen im Gesundheitswesen seit Ende der 1980er-Jahre und der damit einhergegangenen Tendenzen zur Privatisierung von Leistungen oder Leistungsanteilen (zum Beispiel durch Erhöhung des obligatorischen Selbstbehalts) hat die Form der ergänzenden privaten Absicherung gegen Krankheit in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen.

Der steigende Wettbewerbsdruck in diesem Markt lässt sich unter anderem an den Konzentrationsprozessen ablesen, die die Versicherungsunternehmen der unterschiedlichen Organisationsformen seit 2001 erlebt haben. Die Konzentrationsbewegung betraf insbesondere die Mutuelles. Ihre Zahl ist zwischen 2001 und 2009 von 1.538 auf 653, also um 55 Prozent, zurückgegangen (ursprünglich, im Jahr 1930, existierten circa 20.000 Mutuelles). Aber auch im Bereich der solidarischen Hilfskassen (Institutions prévoyance) und der privaten Versicherer hat eine Unternehmenskonzentration stattgefunden. Bei Ersteren kam es zu einem Rückgang der Gesamtzahl der Unternehmen von 57 auf 35, also um 39 Prozent, bei Letzteren zu einem Rückgang von 117 auf 93, also um 21 Prozent (vgl. DREES u. a., 2010).

Da im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kein Wettbewerb existiert, entfällt hier auch der aus Deutschland und anderen Bismarck'schen Systemen (zum Beispiel Schweiz) bekannte Kontrahierungszwang der gesetzlichen Krankenkasse(n). In Frankreich ist jede Arbeitnehmerin und jeder Arbeitnehmer automatisch in der CNAMTS oder in der für sie/ihn zuständigen Kasse pflichtversichert.

### Wissenscheck

## Verteilung der Finanzierungslasten auf einzelne Akteure

Bis Mitte der 1990er-Jahre wurde die gesetzliche Krankenversicherung primär aus Beiträgen ("Cotisations") der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie der Arbeitgeber finanziert. Dabei hatten die Versicherten circa ein Drittel und die Arbeitgeber circa zwei Drittel am gesamten Beitragsaufkommen zu tragen. Die entsprechenden regulären Beitragssätze lagen bis einschließlich 1998 für die Versicherten bei 6,8 Prozent und für die Arbeitgeber bei 12,8 Prozent des jeweiligen Bruttolohns, wobei eine unübersichtliche Anzahl von Ausnahmeregelungen zur Reduzierung von Beitragszahlungen sowohl aufseiten des einzelnen Versicherten als auch aufseiten der Arbeitgeber führte. Zu nennen sind hier:

- mit Blick auf die Versicherten unter anderem Beitragsreduzierung aus sozialen Gründen, zum Beispiel im Falle von Arbeitslosigkeit bei der Inanspruchnahme des gesetzlichen Arbeitslosengeldes;
- mit Blick auf die Arbeitgeber Beitragsreduzierungen, zum Beispiel für gering entlohnte Beschäftigte oder bei einer finanziellen Beteiligung an individuellen Arbeitnehmersparplänen oder auch im Falle einer wirtschaftlich ungünstigen Unternehmenssituation.

Mit dem Haushaltsgesetz von 1990 und dem anschließenden ministeriellen Runderlass vom 16. Januar 1991 (Circulaire du 16 janvier 1991 relative à la mise en œuvre de la contribution sociale généralisée [CSG] sur les revenus d'activité et de remplacement [hors revenus agricoles]) führte die Regierung von Premierminister Michel Rocard (PS) eine generalisierte Sozialabgabe, die "Contribution sociale généralisée" (CSG), ein. Damit wurde festgelegt, dass die Beitragsfinanzierung auf der Versichertenseite bis 1998 schrittweise durch eine quasi steuerliche Abgabe, eben die CSG, ersetzt wird. Die CSG stellt eine Art Sozialversicherungssteuer dar.

Sie wird auf alle verfügbaren Einkommen und sämtliche Einkommensarten erhoben, also nicht nur auf Einkommen aus (abhängiger) Beschäftigung, sondern auch zum Beispiel auf Mieteinnahmen, Kapitaleinkünfte, Spekulations- und Spielgewinne und auch auf Renten, Arbeitslosengeld oder soziale Transfereinkommen wie etwa das RMI. Je nach Einkommensart variiert die Höhe der CSG als prozentualer Anteil am Bruttoeinkommen der/des Versicherten. Der volle Satz, 5,25 Prozent, wird auf Einkommen aus (abhängiger) Arbeit sowie auf Kapitaleinkünfte und Spekulations- oder Wetteinnahmen fällig, während auf alle anderen Einkommensarten wie Renten, Pensionen oder soziale Transfers ein reduzierter Satz in Höhe von 3,95 Prozent erhoben wird.

Die Einführung der CSG erfolgte zwischen 1991 und 1998 in einem vier Progressionsschritte umfassenden Prozess. Zum Zeitpunkt des letzten Schritts, der Anhebung des vollen CSG-Satzes von 3,4 auf 5,25 Prozent zum 1. Januar 1998 wurde zugleich der Sozialversicherungsbeitrag der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer um mehr als sechs Prozentpunkte, von 6,8 auf nurmehr 0,75 Prozent des Bruttoeinkommens, abgesenkt. Seit 1998 liegt der Versichertenbeitrag zur Sozialversicherung konstant auf diesem Niveau. Die Arbeitgeber zahlen dagegen unverändert ihre Beiträge in die Sozialversicherung ein. Diese liegen in ihrer anteiligen Höhe heute bei 13,1 Prozent des Arbeitgeberbruttolohns der/des einzelnen Beschäftigten.

Mit der schrittweisen Umstellung von der Beitragsfinanzierung auf die CSG ist es gleichsam automatisch auch zu einer Erweiterung der Einnahmehasis der gesetzlichen Krankenversicherung gekommen. Die Umstellung betrifft ausschließlich die Versichertenseite, sodass mit der Umstellung auch ein Umverteilungseffekt bei den Finanzierungslasten auf die Versicherten verbunden war. Es sind die Versicherten, die – auf dem Wege dieser Umstellung – für den anhaltenden Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen werden.

Insgesamt erfolgt die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung heute aus fünf unterschiedlichen Quellen:

- den Beiträgen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie von den Arbeitgebern,
- der CSG,
- den Abführungen aus unterschiedlichen Verbrauchssteuern (Tabak, Alkohol, Kraftfahrzeugsteuer),
- den speziellen Steuern auf bestimmte Aktivitäten der Pharmaunternehmen (zum Beispiel auf Werbung),
- der staatlichen Kompensation von Beitragsausfällen aus Steuermitteln.

Daneben wird die Einnahmehasis der unterschiedlichen gesetzlichen Kassen innerhalb der diversen Regime der allgemeinen Sécurité sociale gegebenenfalls über eine Mittelumverteilung erweitert. Die Aufgabe der Umverteilung und damit des Ausgleichs zwischen den Kassen liegt dabei in den Händen der Finanzierungsagentur ACOSS (Agence centrale des organismes de sécurité sociale), die die Finanzbuchhaltung und -verwaltung aller Einzelkassen übernimmt, die unter dem Dach der Sécurité sociale vereint und hier den unterschiedlichen risikospezifischen Zweigen zugeordnet sind.

Wie im Falle der deutschen gesetzlichen Krankenkassen hat der Gesetzgeber auch in Frankreich für die gesetzliche Krankenversicherung die kostenlose Mitversicherung von Familienmitgliedern vorgesehen. Die Mitversicherung umfasst alle Personen, die in einem familiären oder partnerschaftlichen Verhältnis zur/zum jeweiligen Versicherten stehen (Kinder, Ehe- oder Lebenspartner/-innen) und alle Personen, die aufgrund von Renten- oder Alimentationsansprüchen finanziell direkt von ihr/ihm abhängig sind. Die kostenlose Mitversicherung von Lebenspartnerinnen und -partnern gilt für den Fall, dass zwischen der/dem Versicherten und der betreffenden Person ein Vertrag über eine zivile Lebensgemeinschaft, ein sogenannter Pacte civil de solidarité (PACS), abgeschlossen worden ist. Der Versicherungsschutz schließt damit also auch nicht eheliche, gegebenenfalls gleichgeschlechtliche Lebenspartner/-innen, mit ein.

Anders als in Deutschland herrscht in Frankreich bei der Finanzierung von Leistungen im Bereich der ambulanten Versorgung nicht das Sachleistungsprinzip. Das heißt, die Versicherten müssen hier für jede ambulante Behandlung zunächst in Vorleistung treten; die Kostenerstattung durch den Finanzierungsträger erfolgt dann nachträglich. Dazu reicht die/der einzelne Versicherte die Rechnung, die die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt oder die Vertreterin/der Vertreter eines anderen Heilberufs oder auch der Apotheke ausstellt, bei der Kasse ein. Im Falle einer Behandlung im Krankenhaus sowie bei Empfängerinnen und Empfängern der CMU-Beitragssubvention entfällt diese Regelung. In diesen Fällen gilt das Sachleistungsprinzip und die Abrechnung erfolgt direkt zwischen der behandelnden Einrichtung und dem Finanzierungsträger ("tiers-payant").

Unabhängig von der Behandlungsart (ambulant, stationär) splitten sich die Behandlungskosten grundsätzlich in mehrere Anteile



auf. Zunächst erstattet die gesetzliche Krankenversicherung einen Anteil von maximal 70 Prozent der Kosten. Aufgrund des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ("réforme Douste-Blazy") aus dem Jahr 2004 sind die Versicherten verpflichtet, eine Hausärztin/einen Hausarzt ("Médecin traitant") zu wählen und sich von ihr/ihm "durch das System leiten zu lassen". Respektieren sie den hausärztlich vorgegebenen Behandlungspfad ("Parcours de soin") nicht, so kann sich seit 2009 der von der gesetzlichen Krankenversicherung getragene Anteil an den gesamten Behandlungskosten auf lediglich 40 Prozent reduzieren (Palier 2010, S. 35). Die restlichen Kosten, die nach Abzug des Krankenversicherungsanteils bestehen bleiben, sind grundsätzlich von der/dem Versicherten oder der Patientin/dem Patienten selbst zu tragen. Sie splitten sich in die folgenden Einzelposten auf:

- Das "Ticket modérateur" (seit 2008 im offiziellen Sprachgebrauch "Franchise"): Es handelt sich um den Anteil an den gesamten Behandlungskosten, der der/dem Versicherten nach dem Abzug der von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Kosten verbleibt. Das "Ticket modérateur" ist ein obligatorischer Selbstbehalt, der 1979 als Kostendämpfungsmaßnahme von der Regierung unter Premierminister Raymond Barre geschaffen worden ist. Er variiert in seiner Höhe und fällt je nach Behandlung teils als Pauschale ("Forfait") und teils als Anteil an den Gesamtkosten an. Das "Ticket modérateur" muss von allen Patientinnen und Patienten aufgebracht werden, mit Ausnahme von chronisch Kranken ("malades avec affectation de longue durée", ALD; sie können bei der gesetzlichen Krankenversicherung eine Aussetzung dieses privaten Kostenanteils beantragen) sowie mit Ausnahme der Empfänger/-innen von Leistungen der CMU oder der AME ("Aide médicale de l'État").
- Die Praxisgebühr bei ambulanten Behandlungen in Höhe von einem Euro ("Participation forfaitaire de 1 €"): Sie wird seit ihrer Einführung am 1. Januar 2005 für jeden Arztbesuch, jeden Hausbesuch einer Ärztin/eines Arztes, jede Heilbehandlung, Laboruntersuchung oder jedem radiologischen Untersuchungstest von Neuem fällig. Diese Regel gilt auch bei der Konsultation mehrerer Ärztinnen/Ärzte am selben Tag oder bei der Konsultation derselben Ärztin/desselben Arztes mehrere Male am selben Tag, wobei hier eine Obergrenze der kumulierten täglichen Praxisgebühr von vier Euro gilt. Die Gebühr wird grundsätzlich bei allen Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren erhoben; das gilt zum Beispiel auch für Chroniker/-innen oder Personen, die aufgrund einer beruflich bedingten Erkrankung oder eines Arbeitsunfalls eine Ärztin/einen Arzt aufsuchen müssen. Zu dieser Regel existieren nur wenige Ausnahmen. Namentlich wird die Gebühr nicht fällig für Arztbesuche im Rahmen der pränatalen Vorsorge ab Beginn des sechsten Schwangerschaftsmonats und für Arztbesuche von Patientinnen/Patienten, deren Behandlungskosten aufgrund einer prekären Einkommenssituation aus öffentlichen Mitteln im Rahmen der CMU oder der AME (siehe unten) beglichen werden. Die Zahlung der Praxisgebühr erfolgt indirekt; dazu zieht die gesetzliche Krankenkasse den fälligen Euro direkt von der jeweils zu erstattenden Summe für die betreffende Behandlung ab.
- Die pauschale Krankenhausgebühr ("Forfait hospitalier") in Höhe von 18 Euro pro Tag bei einem Aufenthalt ab 24 Stunden Dauer im Krankenhaus und in Höhe von 13,50 Euro pro Tag bei einem Aufenthalt ab 24 Stunden Dauer in einer psychiatrischen Klinik oder Einrichtung: Die pauschale Krankenhausgebühr wurde bereits im Jahr 1983 ("Plan Bérégovoy") eingeführt und ist seither mehrfach erhöht worden. Sie wird, von einigen per Ministererlass festgeschriebenen Ausnahmen abgesehen, von jeder Patientin/jedem Patienten erhoben und dient dazu, die Kosten der Unterkunft und Verpflegung in der jeweiligen Heileinrichtung zu decken.  
Von der Krankenhausgebühr ausgenommen sind folgende Gruppen beziehungsweise Behandlungsfälle:
  - Schwangere während der letzten vier Schwangerschaftsmonate, die einen schwangerschaftsbedingten Krankenhausaufenthalt benötigen;
  - Empfänger/-innen der CMU oder der AME;
  - Neugeborene in den ersten 30 Wochen nach der Geburt;
  - Personen, deren Krankenhausaufenthalt auf eine beruflich bedingte Erkrankung oder einen Arbeitsunfall zurückgeht;
  - Versicherte im Rahmen des (besonderen) Sozialversicherungsregimes für die Region Alsace und das Département Moselle;
  - behinderte Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in einer stationären Einrichtung;
  - Veteraninnen und Veteranen.
- Zuzahlungen zu Medikamenten, Heilbehandlungen und Krankentransporten ("Franchises médicales"): Seit dem 1. Januar 2008 müssen alle Versicherten auf jedes verschriebene Medikament und jede verschriebene Heilbehandlung pauschal eine Zuzahlung in Höhe von 50 Cent je Arzneimittelpackung beziehungsweise Behandlung leisten. Weiterhin muss seit demselben Zeitpunkt eine Zuzahlung in Höhe von zwei Euro je Krankentransport geleistet werden. Dabei gelten bestimmte Härtefallregelungen sowie Ausnahmen zur Zuzahlungsregelung:
  - Die Höhe der Zuzahlungen je Patient/-in darf 50 Euro im Jahr nicht übersteigen.
  - Die Zuzahlungen zu Heilbehandlungen und Krankentransporten dürfen pro Tag maximal zwei beziehungsweise vier Euro je Patient/-in betragen.
  - Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, CMU- und AME-Empfänger sowie Schwangere sind grundsätzlich von der Zuzahlungspflicht befreit.

Insgesamt haben mit der Anhebung der zusätzlichen Pauschalanteile zu den üblichen Behandlungskosten oder mit der Neueinführung unterschiedlicher neuer Pauschalen und Gebühren die finanziellen Belastungen für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung in Frankreich in den vergangenen Jahren spürbar zugenommen.

## **Staatliche Sicherungsmechanismen: Couverture maladie universelle und Aide médicale de l'État**

Wachsende soziale Unsicherheit und eine steigende Arbeitslosigkeit hatten seit Ende der 1980er-Jahre zur Folge, dass die Zahl der Personen ohne Krankenversicherungsschutz beständig zunahm. Sie belief sich im Jahr 1999 auf geschätzte 150.000



Französisinnen und Franzosen (Palier 2010, S. 116). Zahlreiche zuvor über die gesetzliche Krankenversicherung abgesicherte Personen waren, sofern sie nach längerer, mehr als einjähriger Arbeitslosigkeit nicht den Nachweis einer aktiven Arbeitssuche erbringen konnten, aus diesem System herausgefallen und verfügten dabei in der Regel auch nicht über ausreichende eigene Mittel zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung.

Vor diesem Hintergrund schuf die Regierung unter Premierminister Lionel Jospin (PS) im Jahr 1999 das Instrument der universellen Absicherung im Krankheitsfall, der "Couverture maladie universelle" (CMU), das seit Anfang 2000 angewandt wird. Mit der Errichtung der CMU legte der Gesetzgeber ein allgemeines Recht auf medizinische Versorgung im Krankheitsfall für alle dauerhaft in Frankreich lebenden Personen fest. Der Zugang zur CMU wird auf Antrag jeweils für die Dauer eines Jahres gewährt (Art. 161-3 Code de la Sécurité sociale), wobei als Mindestvoraussetzungen für die prinzipielle Inanspruchnahme dieses Rechts bestimmt wurde, dass der/die Betroffene (Art. R 380-1 Code de la Sécurité sociale):

- sich zum Zeitpunkt der Antragstellung seit wenigstens drei Monaten ununterbrochen in Frankreich aufhalten muss,
- sich im Besitz eines legalen, gültigen Aufenthaltstitels für Frankreich befinden muss.

Neben diesen Mindestvoraussetzungen, mit deren Hilfe der Kreis der CMU-Anspruchsberechtigten allgemein definiert werden kann, wurde als Voraussetzung für die tatsächliche Inanspruchnahme des Rechts auf Finanzierung von ärztlichen Behandlungskosten im Rahmen der CMU festgelegt, dass die betreffenden hilfsbedürftigen Personen zum Zeitpunkt der Behandlung kein Anrecht auf Leistungen aus einem der diversen Regime der gesetzlichen Krankenversicherung (mehr) haben dürfen.

Über die CMU werden lediglich die Kosten einer ambulanten oder stationären Basisversorgung abgedeckt ("CMU de base"). Für Patientinnen und Patienten, deren Behandlungskosten über die CMU beglichen werden, gilt dabei das Sachleistungsprinzip beziehungsweise das Prinzip der Bezahlung von Leistungen "durch Dritte" ("tiers-payant"), das heißt in diesem Fall die Sécurité sociale. Außerdem sind CMU-Empfänger/-innen in der Regel von den zahlreichen Zuzahlungen und pauschalen Gebühren, die bei einer ambulanten oder stationären Behandlung fällig werden, befreit.

Um unabhängig von der universellen Basisversorgung, der "CMU de base", grundsätzlich allen Geringverdienerinnen und -verdienern – ob ohne oder mit Anrecht auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung – den Zugang zu einem umfassenden Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber zusätzlich die sogenannte "CMU complémentaire" geschaffen. Aufgrund der Regelung der CMU complémentaire haben alle Personen, deren Einkommen eine bestimmte maximale Grenze nicht überschreitet, ein Recht auf die Finanzierung einer privaten Zusatzversicherung aus öffentlichen Mitteln. Die maximale Einkommensgrenze, bis zu der die CMU complémentaire in Anspruch genommen werden kann, liegt derzeit (2011) für Alleinstehende bei einem jährlichen Bruttoeinkommen von maximal 7.611 Euro (im metropolitanen Frankreich) beziehungsweise 8.471 Euro (in den überseeischen Gebieten) und für Paare bei 19.028 Euro (France métropolitaine) beziehungsweise 21.179 Euro (DOM, TOM) (Art. L 861-1 und D 861-1 Code de la Sécurité sociale).

### Wissenscheck

Neben der CMU existiert eine spezielle, ebenfalls steuerfinanzierte Krankenhilfe für Ausländer/-innen, die Aide médicale de l'État (AME). Sie ist gedacht für Personen, die nicht die französische Staatsbürgerschaft besitzen, sich seit mindestens drei Monaten ohne Unterbrechung in Frankreich aufhalten, dabei (noch) nicht über einen legalen Aufenthaltstitel (zum Beispiel Asylbewerber/-innen) und darüber hinaus nur über ein sehr geringes Einkommen verfügen. Der Zugang zur AME ist an die gleichen Einkommenshöchstgrenzen geknüpft, wie sie im Bereich der CMU gelten. Die AME wird von der gesetzlichen Krankenversicherung verwaltet und von der Sécurité sociale getragen.

Wie im Bereich der CMU übernimmt die Sécurité sociale für die Dauer eines Jahres (nach Ablauf dieser Frist ist gegebenenfalls ein Neuantrag zu stellen) die Kosten einer ambulanten oder stationären Behandlung sowie die Arzneimittelkosten von AME-Empfängerinnen und -Empfängern zu 100 Prozent. Dabei gilt auch hier, wie bei der CMU, das Prinzip der Kostenübernahme durch Dritte ("tiers-payant"). Außerdem ist das Recht auf Zugang zu Leistungen der AME an die vorherige Zahlung einer Gebühr von 30 Euro für ein Jahr gebunden.

Die Zahl der CMU-Empfänger/-innen belief sich im Jahr 2010 auf 1.731.205 im Bereich der "CMU de base" beziehungsweise auf 3.547.424 im Bereich der "CMU complémentaire"; dies entspricht circa 2,7 beziehungsweise 5,7 Prozent der Gesamtbevölkerung (jeweils: France métropolitaine), wobei auch nach der Schaffung der "CMU complémentaire" weiterhin sieben Prozent aller Französisinnen und Franzosen ohne Zusatzkrankenversicherungsschutz bleiben (Tabuteau 2010, S. 89). Die AME wurde 2010 von rund 200.000 Personen in Anspruch genommen.

### Ausgaben und Ausgabenentwicklung

Die gesamten Gesundheitsausgaben lagen in Frankreich im Jahr 2008 bei 11,2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (OECD 2010). Sie waren damit höher als in jedem anderen Land der EU, wobei hier Deutschland und Österreich mit je 10,5 Prozent auf Platz zwei rangieren, gefolgt von Belgien mit 10,4 Prozent. Auch im internationalen Vergleich der hochindustrialisierten Länder hat Frankreich sehr hohe Gesamtgesundheitsausgaben. So fallen diese innerhalb der OECD nur noch in den USA (16,0 Prozent) höher aus. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben lag in Frankreich wie in vergleichbaren Ländern langfristig über dem des Bruttoinlandsprodukts. 1975 betrug der betreffende Anteil hier noch 6,4 Prozent.

Bei einem Blick auf die Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsträgern zeigt sich, dass der Anteil der privaten Haushalte nach einem leichten Rückgang zwischen Ende der 1990er-Jahre und 2005 wieder gestiegen ist und sich seither auf stabilem Niveau hält (siehe Tabelle). Berücksichtigt werden muss hierbei allerdings, dass die Ausgaben der Versicherten in der



gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der vollständigen Umstellung der Versichertenbeiträge auf die CSG ab 1998 sowie aufgrund der Einführung beziehungsweise des Anstiegs der diversen nicht erstattungsfähigen Gebühren, Zuzahlungen und Pauschalen seit Ende der 1990er-Jahre spürbar gestiegen sind.

Werden die Gesamtausgaben der Versorgung mit medizinischen Heil-, Pflege- und Hilfsleistungen sowie Gütern nach Ausgabenposten differenziert betrachtet, so wird erkennbar, dass der weitaus größte Ausgabenposten im Bereich der stationären Versorgung anfällt. Die gesamten Ausgaben für die "Consommation des soins et des biens médicaux" (CSBM) lagen im Jahr 2009 bei 175,7 Milliarden Euro, wobei hiervon 78 Milliarden auf den stationären Sektor (darunter: 60 Milliarden öffentlich und 18 Milliarden privat getragen) und 48,3 Milliarden Euro auf den ambulanten Sektor entfielen (DREES 2010, S. 3). Die verbleibenden 49,3 Milliarden entfielen auf die Bereiche Arzneimittelversorgung (35,4 Milliarden Euro), Versorgung mit weiteren Heil- und Hilfsmitteln (10,5 Milliarden Euro) und Krankentransporte (3,6 Milliarden Euro).

Gleichzeitig wird erkennbar, dass es in den vergangenen Jahren gelungen ist, den zunächst rasanten Ausgabenanstieg, der zu Beginn des Jahrhunderts zu beobachten war, allmählich zu drosseln. Lag das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum im französischen Gesundheitswesen (Bereich CSBM) im Zeitraum zwischen 2000 und 2005 noch bei 5,1 Prozent, so ging es in den Jahren 2006 bis 2008 kontinuierlich zurück und lag zuletzt (2009) bei einem (geschätzten) Wert von 3,3 Prozent. Insbesondere in den beiden zentralen Ausgabenbereichen, dem stationären und dem ambulanten Sektor, konnte der jährliche Ausgabenanstieg von 5,1 beziehungsweise 5,6 Prozent (2005) auf 3,8 beziehungsweise 3,0 Prozent (2009) reduziert werden. In erster Linie profitierten von dieser Entwicklung die öffentlichen Haushalte.

Dem gegenüber ging – dies lässt sich zum Beispiel für den kostenträchtigen Bereich der Krankenhausversorgung nachweisen – das jährliche Ausgabenwachstum der privaten Haushalte im selben Zeitraum weniger schnell zurück, nämlich von 5,0 Prozent (2005) auf (geschätzte) nur 4,4 Prozent (2009) (DREES 2010, S. 3). Die dargestellte Konsolidierungstendenz dürfte allerdings nur ein vorübergehendes Phänomen sein. So ist es in jüngster Zeit nicht zuletzt vor dem Hintergrund der internationalen Wirtschafts- und Finanzkrise seit Herbst 2008 erneut zu einem rasanten Ausgabenanstieg gekommen. Dabei hat sich das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung als der zentralen Ausgabenträgerin des Gesamtsystems (nur CNAMTS, Régime général) allein zwischen 2008 und 2009 von 4,4 Milliarden Euro auf 10,2 Milliarden Euro mehr als verdoppelt (Commission des comptes 2009, S. 12).

### Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung: CNAMTS (Régime général)

Die Ausgaben der größten Krankenkasse, der CNAMTS, die das Régime général repräsentiert und für 89 Prozent aller Französinnen und Franzosen den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz organisiert, lagen im Jahr 2009 bei 150,7 Milliarden Euro. Dem standen Einnahmen in Höhe von 141,3 Milliarden Euro gegenüber, wovon wiederum rund 47,5 Prozent durch Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer/-innen, circa 36 Prozent aus der CSG, weitere etwa 11,2 Prozent aus anderen Steuern und Abgaben und circa 5 Prozent aus sonstigen Quellen gedeckt wurden. Seit der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre war eine starke jährliche Progression der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (Régime général) zu verzeichnen. Sie lag zeitweilig, im Jahr 2002, sogar bei 7,1 Prozent und kannte in der Zeit von 1997 bis 2009 eine durchschnittliche jährliche Steigerungsrate von 4,3 Prozent der jeweiligen Vorjahresgesamtausgaben.

Die "Kostenexplosion" im französischen Gesundheitswesen konnte auch durch die Einführung des von der Nationalversammlung jährlich neu zu beschließenden Nationalen Ausgabenziels für die gesetzliche Krankenversicherung ("Objectif national des dépenses de l'assurance-maladie", ONDAM) nicht gebremst werden. So werden die Ausgabenrichtwerte für die gesetzliche Krankenversicherung (deren Ausgaben betragen rund 78 Prozent der laufenden jährlichen Gesamtausgaben im französischen Gesundheitswesen), die das Parlament seit 1997 jährlich in seinem Gesetz zur Finanzierung der Sozialversicherung ("Loi de financement de la Sécurité sociale"; LFSS) beschließt, regelmäßig überschritten (Caussat/Duée 2009).

Vor diesem Hintergrund steht die Assurance maladie heute nicht nur vor dem Problem eines beträchtlichen eigenen "strukturellen Defizits" (Gubian 2009, S. 165), sondern sie hat zudem – neben der Rentenversicherung – seit den 1990er-Jahren auch in erheblichem Maße zur Erweiterung des "Trou de la Sécu", des "Lochs der Sozialversicherung" allgemein, beigetragen. Dieses beläuft sich im Jahr 2009 insgesamt auf knapp 20 Milliarden Euro, wobei die gesetzliche Krankenversicherung (Régime général) mit 10,2 Milliarden Euro den größten Schuldenbrocken beiträgt.

#### Alle Grafiken zum Download

Hier sind alle Grafiken dieses Abschnitts als PDF-Dokument zusammengefasst. Zum Download klicken Sie bitte auf den Link.

 [Downloaden](#)

### Literatur

Caussat, Laurent/Duée, Michel (2009): Un demi-siècle d'évolution des dépenses de santé: Une analyse à l'aide des comptes de la santé. In: Bras, Pierre-Louis/Pouvourville, Gérard de/Tabuteau, Didier (Hrsg.) (2009): Traité d'économie et de gestion de la santé, Paris, S. 93 – 106

Code de la sécurité sociale (2011)



Commission des comptes de la sécurité sociale (2009): Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2008, Prévisions 2009 et 2010. Rapport octobre 2009. Paris

Cour des Comptes (2010): La sécurité sociale. Paris

Direction de la Sécurité sociale (2010): Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2009 (sous l'autorité du Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique, du Ministère de la Santé et des Sports, du Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État). Paris

DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) (2010): Les comptes nationaux de la santé en 2009. Études et résultats No 736 (septembre 2010). Paris

DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)/Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique/Ministère de la Santé et des Sports/Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État (2010): Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (Octobre 2010). Paris

Gubian, Alain (2009): Quarante ans de financement de l'assurance maladie obligatoire. In: Bras, Pierre-Louis/Pouvourville, Gérard de/Tabuteau, Didier (2009): Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris, S. 165 - 179

Limousin, Michel/Mills, Catherine (2010): La protection sociale en danger. État des lieux et stratégie pour une alternative. Paris

OECD – Organisation of Economic Co-Operation and Development (2010): Health Data 2010 – Frequently Requested Data. Release version – June 2010. In: Éco-santé OECD (2010): »[http://www.oecd.org/topic/0,3699,en\\_2649\\_37407\\_1\\_1\\_1\\_1\\_37407\\_00.html](http://www.oecd.org/topic/0,3699,en_2649_37407_1_1_1_1_37407_00.html)« (18.01.2011), Paris: OECD

Palier, Bruno (2010): La Réforme des Systèmes de Santé. Paris

Sandier, Simone/Paris, Valérie/Polton, Dominique (2004): Health care systems in transition: France, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Sécurité sociale (2009): Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale. Résultats 2008 – Prévision 2009 (Rapport Juin 2009). Paris

STATISS (2010): Les chiffres régionaux et départementaux 2010. In: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé [Branche Santé] (2011): »<http://www.santé-sports.gouv.fr/statiss-les-chiffres-regionaux-et-departementaux-2010.html>« (18.01.2011), Paris

Tabuteau Didier (2010): La métamorphose silencieuse des assurances maladies. In: Droit social1 (2010), S. 85 - 92

## Literaturtitpp

Destais, Nathalie (2003): Le système de santé. Organisation et régulation. Paris

Limousin, Michel/Mills, Catherine (2010): La protection sociale en danger. État des lieux et stratégie pour une alternative. Paris

Palier, Bruno (2010): La réforme des systèmes de santé. Paris



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/151585/versorgungsstrukturen>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Frankreich | Versorgungsstrukturen

## Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in Frankreich

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

13.12.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

Das französische System der Versorgung mit Gesundheitsdiensten und -leistungen zeichnet sich heute durch zwei markante Merkmale aus:

- zum einen durch seine institutionelle Überfrachtung.
- zum anderen durch seine mehrfache innere Fragmentierung.

Das erste Merkmal kommt in der Multiplikation einer Vielzahl von staatlichen und gemischt öffentlich-privaten Kontroll-, Aufsichts- und Dienstleistungsagenturen und -organisationen auf den unterschiedlichen Ebenen des Systems zum Ausdruck. Das zweite manifestiert sich unter anderem in der wechselseitigen Abschottung von ambulanten und stationären Versorgungsträgern, in der strikt getrennten Praxis der unterschiedlichen medizinischen Berufsfelder und Einrichtungen (Krankenhausärztinnen und -ärzte, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Pflegeeinrichtungen und -dienste, Apotheker/-innen etc.) oder auch in der berufsinternen Spaltung der Ärztinnen und Ärzte sowie dem Gegensatz zwischen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner und Spezialistinnen/Spezialisten (Destais 2003, S. 56). Allgemein liegt die ambulante Versorgung in Frankreich in den Händen freiberuflicher niedergelassener Ärztinnen und Ärzte und die stationäre Versorgung findet in öffentlichen und privaten Krankenhäusern statt.

### Tipp

#### Testen Sie Ihr Vorwissen zum Thema dieser Lerntour!

Bevor Sie weiterlesen, können Sie anhand eines Lückentextes ausprobieren, was Sie bereits über das Thema "Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in Frankreich" wissen.

Nutzen Sie später das ausgefüllte Arbeitsblatt als Zusammenfassung wesentlicher Lerninhalte.

Downloaden

## Gesundheit und Public Health

Das französische Gesundheitswesen war – ähnlich wie auch das deutsche – lange Zeit von dem Gedanken beherrscht, wonach die Pflege der eigenen Gesundheit zuallererst eine Privatangelegenheit des Einzelnen ist. Daher, aber auch aufgrund einer bis in die 1990er-Jahre reichenden einseitigen Fixierung der Politik auf das Ziel der Kostendämpfung auf "klassischem" Weg, das heißt über die Beschneidung des Leistungskatalogs und die Individualisierung von Kosten, haben die Ideen der Prävention und Gesundheitsförderung vergleichsweise spät Eingang in die Gesundheitspolitik gefunden. Ansätze zur Integration dieser Ideen finden sich ab 1997 – sieht man von einzelnen lokalen Experimenten mit der Errichtung von Versorgungsnetzwerken zur Behandlung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten in den 1980er-Jahren ab. In diesem Jahr sah die nationale Leistungsvereinbarung zwischen Krankenkassen und Ärztinnen/Ärzten unter anderem die Einführung der Figur der/des "Referenzärztin/Referenzarztes" ("Médecin référent") vor. Die Versicherten sollten in diesem Zusammenhang mithilfe finanzieller Anreize zur Wahl einer Referenzärztin/eines Referenzarztes angeregt werden. Diese/-r sollte sie als dauerhafte Vertrauensperson durch das Gesundheitssystem "lotsen" und dabei auch präventive Aufgaben sowie die Aufgabe der Patientenberatung und Aufklärung im Hinblick auf gesundheitsförderndes Verhalten wahrnehmen. Diese, aber auch andere Maßnahmen, die auf die freiwillige Kooperation von Ärztinnen/Ärzten und Versicherten als Weg zu einer verstärkten Public-Health-Orientierung des französischen Gesundheitswesens bauten, blieben weitgehend erfolglos (Destais 2003, S. 57 - 59). Erst mit dem Krankenversicherungsreformgesetz vom 13. August 2004 und vor allem mit dem jüngsten Reformgesetz "Hôpital, Patient, santé et territoires" ("Loi HPST") vom 22. Juli 2009 konnten aufgrund der Intervention des Gesetzgebers einige wesentliche Schritte in Richtung auf dieses Ziel gegangen werden.

Seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsreformgesetzes im Jahr 2004 ("Réforme Douste-Blazy") ist unter anderem die Wahl einer behandelnden Ärztin/eines behandelnden Arztes ("Médecin traitant") für jede Versicherte und jeden Versicherten



obligatorisch. Die gesetzliche Krankenversicherung sanktioniert die freie Konsultationen einer Ärztin/eines Arztes ohne das vorherige Aufsuchen des persönlichen "Médecin traitant" seither durch Abstriche bei der Erstattung von Behandlungskosten. Das Gesetz "HPTS" aus dem Jahr 2009 verlagert den Schwerpunkt der Public-Health-Orientierung von der Arzt-Patient-Beziehung auf die Ebene der Institutionen und Strukturen des französischen Gesundheitswesens. Zentrale Maßnahmen sind hier erstens die Einführung des "Contrat d'amélioration des pratiques individuelles" (CAPI) und zweitens die Errichtung regionaler Gesundheitsagenturen ("Agences régionales de santé", ARS).

Mit dem Modell des CAPI hat der Gesetzgeber eine Public-Health-Idee aus dem britischen Gesundheitswesen auf Frankreich übertragen. Dabei ist vorgesehen, Ärztinnen und Ärzten, die als "Médecin traitant" anerkannt sind, eine leistungsbezogene Prämie in Höhe von sieben Euro pro Patientin/Patient für "gute Performanz" im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung oder der Bekämpfung chronischer Krankheiten oder auch der Praxis der Medikamentenverschreibung zu gewähren. Mediziner/-innen, die mit der gesetzlichen Krankenversicherung einen Dreijahresvertrag zur Beteiligung am CAPI-Modell abgeschlossen haben, können eine Prämie (Hassenteufel 2011; Palier 2010, S. 115) erhalten, wenn sie zum Beispiel nachweisen können, dass sie:

- mit Blick auf bestimmte Indikatoren für gesundheitsschädigendes Verhalten (zum Beispiel Anzahl der Raucher/-innen unter ihren Patientinnen und Patienten) eine "Leistungssteigerung" erreicht haben oder
- bei der Verschreibung von Medikamenten konsequent Generika anstelle von teureren Originalpräparaten verschrieben haben

Die Einführung der "Agences régionales de santé" wiederum stellt einen wichtigen Schritt zur Errichtung einer dezentralen Präventions- und Gesundheitsförderungs politik dar. Die insgesamt 26 ARS führen in den einzelnen Regionen Frankreichs die unterschiedlichen staatlichen Gesundheitsbehörden vor Ort mit weiteren, halbstaatlichen, öffentlichen und privaten Institutionen und Akteuren aus dem Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens (Krankenkassen, Krankenhäuser, gebietskörperschaftliche Akteure, die Sozialpartner, Interessenverbände etc.) in einer neuen öffentlichen Gesundheitsinstitution zusammen. Zum breiten Aufgabenspektrum der ARS zählen neben der regionalen Planung des Versorgungsbedarfs (einschließlich der Krankenhausplanung), der Ausarbeitung eines "regionalen strategischen Gesundheitsplans" und der regionalspezifisch angepassten Umsetzung der nationalen gesundheitspolitischen Beschlüsse vor allem Aufgaben im Bereich der Präventions- und Gesundheitsförderungs politik. Hier sind die Agenturen unter anderem zuständig für die Durchführung von Aufklärungs- und Informationskampagnen über gesundheitliche Risiken (zum Beispiel ungesunde Ernährung und Fettleibigkeit, Tabak- und Alkoholkonsum), bestimmte Krankheiten wie Diabetes oder Krebs oder auch über gesundheitsförderndes Verhalten (Bewegung, persönliche Gesundheitspflege und präventives Verhalten). Weiterhin wirken sie über die Durchführung von gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen an der Früherkennung von Krankheiten und am Seuchenschutz mit. Und schließlich erfüllen sie auch klassische gesundheitspolizeiliche Funktionen, so vor allem die Prüfung der Wasserqualität (Trinkwasser, Badegewässer und öffentliche Bäder) in einer Region.

Ebenfalls auf den traditionellen Feldern der öffentlichen Gesundheitspolitik ("Santé publique") spielen mehrere auf nationaler Ebene angesiedelte staatliche Agenturen, die in ihrer Tätigkeit direkt vom Gesundheitsministerium überwacht werden ("Tutelle"), eine wichtige Rolle für die Prävention und Gesundheitsförderung. Der zentrale Akteur in diesem Zusammenhang ist die Direction générale de la santé (DGS); sie ist eine der fünf Direktionen, die innerhalb des französischen Gesundheitsministeriums für die Entwicklung und Formulierung der nationalen Gesundheitspolitik in ihren unterschiedlichen Interventionsbereichen zuständig sind. Die DGS hat die Aufgabe, die öffentliche Gesundheitspolitik des Staates zu entwickeln, worunter die Politikformulierung sowohl mit Blick auf klassische Public-Health-Domänen (Überwachung und Dokumentation der Volksgesundheit, Seuchenschutz, gesundheitspolizeiliche Regelungen) als auch mit Blick auf die neueren Interventionsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung fällt. Um diese Aufgaben wahrzunehmen, bedient sich die DGS einer Reihe von Agenturen, an die sie einzelne ihrer Funktionen delegiert hat und die sie beaufsichtigt. Zu nennen sind hier insbesondere:

- die "Agence nationale de sécurité sanitaire" (ANSES), die für die Lebensmittelkontrolle, den Verbraucherschutz, die Umweltüberwachung und den Arbeitsschutz zuständig ist, und
- die "Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé" (AFSSPS), die unter anderem über weitreichende Kompetenzen bei der Zulassung und Überwachung von Arzneimitteln, Medizinprodukten und Kosmetika verfügt.

Im Ganzen betrachtet schließt die Präventionspolitik in Frankreich neben den klassischen Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und -kontrolle heute einen noch jungen Public-Health-Zweig ein, der sowohl mikro- als auch die makropolitische Aspekte umfasst. Die moderne Public-Health-Politik in Frankreich beinhaltet also zwei Schwerpunkte:

- Zum einen setzt sie direkt bei der Patientin/beim Patienten an und verfolgt hier primär das Ziel der Verhaltensprävention;
- zum anderen setzt sie bei der breiteren Öffentlichkeit an und richtet sich darauf, Maßnahmen der Verhaltensprävention (zum Beispiel Aufklärungskampagnen) mit solchen der Verhältnisprävention zu kombinieren.

Dabei bleibt der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung – gemessen am Volumen der öffentlichen und privaten Ausgaben, die als Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben in diesen Bereich fließen – noch sehr gering. So beziffern das Institut de recherche et de documentation en économie de santé (IRDES) und die Direction de la recherche, des études et de l'évaluation (DREES) die Summe der öffentlichen und privaten Ausgaben für gesundheitliche Prävention in ihrer Berechnung der jährlichen laufenden Gesundheitsausgaben ("Dépenses courantes de santé", DCS) auf rund 6,1 Milliarden Euro im Jahr 2009 (IRDES/DREES/Éco-Santé 2010). Dies entspricht einem Anteil von rund 2,7 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2009 (IRDES/DREES/Éco-Santé 2010; eigene Berechnung).

### Wissenscheck



Die niedergelassene, frei praktizierende Ärztin beziehungsweise der niedergelassene, frei praktizierende Arzt ("Médecin libéral") nimmt im französischen Gesundheitssystem im Bereich der ambulanten Versorgung die zentrale Stellung ein. Nur in bestimmten Fällen werden ambulante Versorgungsleistungen auch in Krankenhäusern erbracht (Notfallversorgung, Versorgung in ländlichen Regionen mit geringer Spezialistendichte). Neben Deutschland und der Schweiz zählt auch Frankreich zu den wenigen Ländern innerhalb der OECD, die den Patientinnen/den Patienten einen direkten, ungehinderten Zugang zu allen medizinischen Leistungserbringern gewähren; es herrscht der Grundsatz der freien Arztwahl.

Im Jahr 2009 waren in Frankreich (Metropole) insgesamt 209.143 Ärztinnen und Ärzte tätig, davon waren mehr als die Hälfte (107.476 beziehungsweise rund 51,4 Prozent) Fachärztinnen und -ärzte. Mit insgesamt 122.496 frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in eigenen Praxen oder aber in Praxen, die in Krankenhäusern angesiedelt, jedoch unabhängig von diesen sind, zeichnet sich Frankreich durch einen im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohen Anteil niedergelassener Ärztinnen und Ärzten an allen Ärztinnen und Ärzten aus; er betrug rund 58,6 Prozent (2009).

Die angestellte Ärztin oder den angestellten Arzt im Krankenhaus gibt es in Frankreich nicht. Vor dem historischen Hintergrund der freien Medizin hat sich diese Rechtskonstruktion niemals durchsetzen können. Die Krankenhausärztinnen und -ärzte genießen in Frankreich daher seit der "ordonnance Debré" vom 30. Dezember 1958 bis heute den Sonderstatus des sogenannten "Praticien hospitalier à temps plein" (Art. R6152-1 bis R6152-98). Es handelt sich dabei um den Status einer Ärztin/eines Arztes, die/der sich freiwillig auf vertraglicher Basis ("convention") mit den zuständigen regionalen Planungs- und Aufsichtsbehörden für einen erneuerbaren Zeitraum von je drei Jahren in den Dienst eines öffentlichen Krankenhauses stellt (Destais 2003, S. 28). Die Rekrutierung erfolgt dabei durch einfache Bewerbung.

Bei den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten wiederum überwogen die Allgemeinmediziner/-innen mit einer Gesamtzahl von 68.339 (circa 55,8 Prozent). Die Arztdichte lag, bezogen auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, mit 19,8 je 10.000 Einwohner (2009) – wie auch in Deutschland oder der Schweiz – im internationalen Vergleich auf einem Spitzenniveau. Betrachtet man die Arztdichte ausgehend von der Gesamtzahl aller Ärztinnen und Ärzte (frei praktizierend in eigener Praxis; praktizierend im Krankenhaus), so ergibt sich ein Wert von 33,5 Medizinerinnen und Mediziner je 10.000 Einwohner (2009). Dabei verteilen sich die französischen Ärztinnen und Ärzte sehr ungleich in der Fläche, sodass es zwischen den einzelnen Départements zu zum Teil markanten Unterschieden in der Niederlassungsdichte und damit auch der Versorgung der Bevölkerung kommt. Während in den ärmeren, altindustrialisierten und ländlich strukturierten Départements im Norden und in der Mitte Frankreichs mitunter Engpässe insbesondere bei der fachärztlichen Versorgung auftreten können, herrscht in einigen der reicheren Départements im Süden und in der Hauptstadt Paris ein Überangebot an Allgemein- und Fachärztinnen und -ärzten (Sicart 2009, S. 38 - 41).

Eine Regulierung der ärztlichen Niederlassungspraxis und damit der Verteilung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern ("Généralistes") und Fachärztinnen/-ärzten ("Spécialistes") in den Regionen ist in Frankreich bis zum heutigen Tag nicht möglich. Die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte genießen hier eine absolute Niederlassungsfreiheit. Diese wurde erst im Jahr 1971 im Zusammenhang der ersten nationalen Leistungsvereinbarung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Krankenkassen eingeführt und war seinerzeit als ein Zugeständnis der Regierung und der Krankenkassen an die freie Ärzteschaft gedacht, um diese in anderen zentralen Fragen der Regulierung des Gesundheitswesens, insbesondere in der Frage der Bemessung der Arzthonorare und der Preise für ärztliche Leistungen, zur Kooperation zu bewegen (Destais 2003, S. 50).

Unter freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten in Frankreich sind die Kategorien zu unterscheiden (Leicher 2010, S. 59):

- Etwa 74 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind die "médecins du secteur 1" ("médecins conventionnés"). Sie rechnen Leistungen auf Basis eines Vergütungsvertrags ("convention") mit der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Dies sind überwiegend Allgemeinmediziner/-innen.
- Etwa 25 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ("médecins du secteur 2") erbringen Leistungen ebenfalls auf der Grundlage eines Vergütungsvertrags mit der gesetzlichen Krankenversicherung, allerdings liegt das Vergütungsniveau über dem der Ärztinnen und Ärzte des "secteur 1". Bei den "médecins du secteur 2" handelt es sich überwiegend um Spezialistinnen und Spezialisten.
- Knapp ein Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ("médecins non conventionnés") erbringen Leistungen ohne jede vertragliche Grundlage mit den Krankenkassen und erzielen noch einmal höhere Vergütungen als selbst die "médecins du secteur 2".

Neben die schon angesprochene, auch in anderen Ländern übliche Aufspaltung in Allgemeinmediziner/-innen und Fachärztinnen/-ärzte tritt in Frankreich also zusätzlich die Aufspaltung in diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die mit dem Staat und der gesetzlichen Krankenversicherung kooperieren und sich dem vom Staat kontrollierten Preisregime für das öffentliche Gesundheitswesen (Arzthonorare, Preise für ärztliche Einzelleistungen im Rahmen des gesetzlichen Leistungskatalogs) freiwillig unterwerfen, und die "médecins non conventionnés" und "médecins du secteur 2". Letztere halten am historischen Recht der freien Gestaltung von Honoraren und Preisen, der unreglementierten Verschreibung von Medikamenten und der Freiheit zur Behandlung oder Ablehnung von einzelnen Patientinnen und Patienten fest.

Für die ambulante Versorgung stellt diese Konstellation ein Problem dar. Sie bringt vor allem für sozial schwächere, finanziell schlechter gestellte Patientinnen und Patienten die Schwierigkeit eines unter Umständen eingeschränkten Zugangs insbesondere zur fachärztlichen Versorgung mit sich.

### Wissenscheck



## Stationäre Versorgung

Im Jahr 2010 standen in 3.571 Einrichtungen insgesamt 431.946 Betten und Plätze für die stationäre und teilstationäre Unterbringung zur Verfügung. 243.121 davon dienten der Versorgung in allgemeinmedizinischen, chirurgischen oder gynäkologischen Krankenhäusern und weitere 188.825 der Versorgung in Spezialeinrichtungen (zum Beispiel Rehabilitation, psychiatrische Versorgung etc.) (STATISS 2010).

Die Statistik (STATISS 2009) unterscheidet hier zwischen "Betten" ("lits") und "Plätzen" ("places"). Unter der Kategorie "Bett" werden lediglich die Plätze für eine mehr als 24-stündige Unterbringung gezählt, daher wurde hier für die synthetische Darstellung der Statistik der stationären und teilstationären Versorgung der umfassendere Begriff "Platz" dem Begriff "Bett" vorgezogen und übernommen.

984 Häuser beziehungsweise 27,6 Prozent aller stationären Versorgungsanstalten befinden sich in öffentlicher Hand, wobei die staatlichen Krankenhäuser und Universitätskliniken ("Centres hospitaliers", "Centres hospitaliers universitaires") auf regionaler Ebene und die kommunalen Krankenhäuser ("Hôpitaux communaux") hieran die größten Anteile halten. 2.587 Krankenhäuser beziehungsweise 72,4 Prozent aller Einrichtungen werden von privaten Trägern unterhalten. Hierbei machen die freigemeinnützigen Träger, die ohne Gewinnerzielungszweck wirtschaften und sich am System der öffentlichen Krankenhausversorgung beteiligen, wiederum den größten Anteil aus (STATISS 2010). Im Jahr 2009 wurden insgesamt 16,93 Millionen stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsfälle gezählt. Die durchschnittliche Verweildauer – im Jahr 2008 – betrug 5,2 Tage in akuten Fällen beziehungsweise 4,4 Tage bezogen auf alle Fälle eines Krankenhausaufenthalts (OECD 2010). Damit war die Verweildauer im OECD-Vergleich besonders kurz. Sowohl die Zahl der Krankenhausbetten und -plätze als auch die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus wurden seit Mitte der 1970er-Jahre kontinuierlich reduziert. Dasselbe gilt auch für die Bettendichte, bei der Frankreich mit einem Wert von 3,5 Akutbetten je 1.000 Einwohner mittlerweile (2008) den Durchschnittswert der OECD-Länder unterschreitet (3,8) (OECD 2010).

### Wissenscheck

## Versorgungsprobleme und Managed Care

Ein erstes Versorgungsproblem ergibt sich im ambulanten Sektor aufgrund der oben beschriebenen Konstellation der freien Ärzteschaft. Insbesondere die sozial schwächeren Versicherten (5,7 Prozent aller Versicherten), die für den Abschluss einer ergänzenden Krankenversicherung auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, haben in diesem System nur einen eingeschränkten Zugang zu (fach-)ärztlicher Versorgung und Behandlung. Sie können es sich häufig nicht leisten, die Aufschläge der freien Mediziner/-innen des Sektors 2 auf die von der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegten, erstattungsfähigen Preise und Honorare aus eigener Tasche zu bezahlen. Dabei kann die "CMU complémentaire" (CMU-C), also die steuerfinanzierte universelle Absicherung im Krankheitsfall, die der Gesetzgeber 1999 geschaffen hat, um unter anderem dieses Defizit im System zu beseitigen, in diesen Fällen nur sehr bedingt Abhilfe schaffen.

So erlauben die Versicherungspolice, die mithilfe der CMU-C abgeschlossen werden können, neben der Finanzierung des Ticket modérateur häufig nur in eingeschränktem Maße den Zukauf fachärztlicher Leistungen. Außerdem lehnen es viele Fachärztinnen und -ärzte des "Secteur 2" grundsätzlich ab, CMU- oder auch AME-Empfänger/-innen zu behandeln (Palier 2010, S. 117 - 118).

Ein weiteres Versorgungsproblem ergibt sich aus der erwähnten starken inneren Fragmentierung des französischen Gesundheitswesens und der wechselseitigen Abschottung seiner tragenden Akteure untereinander. Dabei hat der Gesetzgeber in jüngerer Zeit einige Schritte zur Verbesserung der Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsträgern unternommen. So brachte erstens das Krankenversicherungsreformgesetz vom 13. August 2004 – inspiriert von der Managed-Care-Idee – für jede Versicherte und jeden Versicherten die Verpflichtung, eine behandelnde Ärztin oder einen behandelnden Arzt ("Médecin traitant") zu wählen, die/der sie/ihn künftig durch das Gesundheitssystem lotet und das Gesamtmanagement der individuellen Krankenbehandlung übernimmt. Darüber hinaus wurde mit demselben Gesetz die Einführung eines persönlichen Gesundheitsdossiers für jede Versicherte und jeden Versicherten ("Dossier médical personnel", DMP) beschlossen. Darin soll künftig der Gesundheitszustand der/des Versicherten dokumentiert und auf einer elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Das Ziel dieses noch nicht verwirklichten Projekts besteht darin, im Behandlungsfall den Informationsaustausch zwischen den Kassen, den medizinischen Versorgungsträgern und den sonstigen Leistungserbringern in Bezug auf die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten zu verbessern.

Drittens wurde mit dem Finanzierungsgesetz zur Sozialversicherung für das Jahr 2007 der "Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins" (FIQCS) errichtet. Es handelt sich um ein finanzielles Instrument, das gemeinsam vom Gesundheitsministerium und der gesetzlichen Krankenversicherung verwaltet wird. Dessen zentrale Aufgabe besteht darin, Mittel zur Finanzierung von Steuerungsmodellen und -praktiken (zum Beispiel Bildung regionaler Versorgungsnetzwerke) für die Verbesserung der Koordination im Gesundheitswesen und der Versorgungsqualität bereitzustellen. Hierzu wählen sogenannte Qualitätsräte auf nationaler und regionaler Ebene, auf der Basis einer offenen jährlichen Ausschreibung, Vorschläge für entsprechende Projekte aus. Die Mitglieder dieser Räte sind Vertreter/-innen des Staates, der Krankenkassen und vor allem Vertreter/-innen einzelner Heil- und Gesundheitsberufe sowie unabhängige Expertinnen und Experten. Sie werden durch die Gesundheitsministerin oder den Gesundheitsminister beziehungsweise durch die staatliche Präfaktin oder den staatlichen Präfekten in der Region berufen. Das Budget des FIQCS – 70 Millionen Euro oder 0,04 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 – speist sich aus dem Gesamtbudget des Régime général der Sozialversicherung für das jeweils laufende Jahr. Es wird von einem aus Vertretern des Staates (Gesundheitsministerium, Sozialministerium etc.) und der drei zentralen gesetzlichen Krankenkassen CNAMTS, CCMSA und RSI zusammengesetzten



nationalen Verwaltungsausschuss festgesetzt und dann – auf Beschluss des nationalen Qualitätsrates – zum Teil direkt auf nationaler Ebene verausgabt und an sogenannte "Missions régionale de santé" weiterverteilt, die auf regionaler Ebene in Kooperation mit den regionalen Qualitätsräten für die Verwaltung der regionalen Einzelbudgets des FIQCS zuständig sind.

Und schließlich hat die Politik viertens seit Ende der 1990er-Jahre im Hinblick auf einzelne, besonders schwere und zugleich besonders kostenträchtige Krankheiten Pläne zur Organisation und Systematisierung der Patientenversorgung vorgelegt. Zu nennen ist hier zum Beispiel den "Plan Cancer" (Plan zur Bekämpfung von Krebs), der mittlerweile zum dritten Mal erneuert wurde und erstmalig im Jahr 2000 von Gesundheitsminister Bernard Kouchner (PS) vorgelegt worden ist, oder, in jüngerer Zeit, der "Plan Alzheimer", den Gesundheitsministerin Roselyne Bachelot (UMP) im Jahr 2008 der Öffentlichkeit präsentierte (Palier 2010, S. 113). Ziel dieser und anderer Maßnahmen ist es, durch kohärente Steuerungsmodelle eine verbesserte Koordination der Akteure, höhere Effektivität der Behandlung und auch größere Wirtschaftlichkeit im Umgang mit für das öffentliche Gesundheitswesen besonders teuren Versorgungsbereichen zu erzielen. Ob dies gelingt, bleibt einstweilen offen. Es muss sich erst noch erweisen, ob die Pläne, die öffentlich mit besonderen Ängsten besetzte Krankheiten in den Mittelpunkt stellen, mehr als nur Beispiele einer symbolischen Politik darstellen (Briatte 2011).

## Literatur

Briatte, François (2011): La mise en plan de l'action publique: planification et instrumentation des politiques de santé publique, Paper präsentiert anlässlich der Konferenz "Les Instruments d'Action publique: Mise en discussion théorique" vom 6. - 8. Januar 2011 in Paris

Destais, Nathalie (2003): Le système de santé. Organisation et régulation. Paris

Hassenteufel, Patrick (2011): Enjeux et limites des réformes des politiques de santé en France. Paris (unveröffentlichtes Manuskript)

IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) /DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)/Éco-Santé (2010): Dépenses de santé. Agrégats des comptes de la santé en 2009. In: IRDES (2011): »<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DepensesSante/AgregatsComptesSante.htm>« (21.01.2011), Paris: IRDES

Leicher, Claude (2010): Le médecin libéral en 2010. In: Les Tribunes de la santé 28/3 (automne 2010), S. 55 - 63

OECD – Organisation of Economic Co-Operation and Development (2010): Health Data 2010 – Frequently Requested Data. Release version – June 2010. In: Éco-santé OECD (2010): »[http://www.oecd.org/topic/0,3699,en\\_2649\\_37407\\_1\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/topic/0,3699,en_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.html)« (18.01.2011), Paris: OECD

Palier, Bruno (2010): La réforme des systèmes de santé. Paris

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern

Sicart, Daniel (2009): Les médecins. Estimation au 1er janvier 2009. Document de travail no 138 – octobre 2009. In: »<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat138.pdf>« (26.01.2011), Paris: DREES

STATISS (2010): Les chiffres régionaux et départementaux 2010. In: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé [Branche Santé] (2011): »<http://www.sante-sports.gouv.fr/statiss-les-chiffres-regionaux-et-departementaux-2010.html>« (18.01.2011), Paris

## Literaturtipp

Hassenteufel, Patrick (1997): Les Médecins face à l'État. Une comparaison européenne, Paris: Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques

OECD – Organisation of Economic Co-Operation and Development (2010): Health Data 2010 – Frequently Requested Data. Release version – June 2010. In: Éco-santé OECD (2010): »[http://www.oecd.org/topic/0,3699,en\\_2649\\_37407\\_1\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/topic/0,3699,en_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.html)« (18.01.2011), Paris



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/151586/regulierung>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Frankreich | Regulierung

## Regulierung des Gesundheitswesens in Frankreich

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

13.12.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Zentralstaat, gesetzliche Krankenversicherung, Gebietskörperschaften

Die Regulierung des Gesundheitswesens ist in Frankreich überwiegend eine Angelegenheit des Zentralstaates. Sie wird dabei von der staatlichen Exekutive (Regierung, Ministerialbürokratie, staatliche Agenturen) dominiert. Seit Mitte der 1990er-Jahre hat der Staat die gesetzliche Krankenversicherung verstärkt in seine gesundheitspolitische Regulierungstätigkeit einbezogen. Allerdings verbleibt die Assurance maladie, die seit 2004 in allen regulativen Angelegenheiten durch den Generaldirektor der UNCAM ("Union nationale des caisses d'assurance-maladie") – der Dachorganisation der gesetzlichen Krankenkassen und in Personalunion Direktor der CNAMTS – vertreten wird, in der Rolle eines Ko-Regulierers. Ihre spezifischen Kompetenzen kann die UNCAM nur im Zusammenwirken mit den staatlichen Akteuren und nur unter der umfassenden Aufsicht des Staates ("Tutelle") wahrnehmen. Die Gebietskörperschaften (Regionen, Départements, Kommunen) spielen bei der Regulierung des Gesundheitswesens eine marginale Rolle. Sie sind allenfalls in den nachgeordneten Gremien zur dezentralen Feinststeuerung der Umsetzung der nationalen Gesetze und Regelungen auf regionaler und départementaler Ebene vertreten und hier meist nur assoziiert.

### Tipp

#### Testen Sie Ihr Vorwissen zum Thema dieser Lerntour!

Bevor Sie weiterlesen, können Sie anhand eines Lückentextes ausprobieren, was Sie bereits über das Thema "Regulierung des Gesundheitswesens in Frankreich" wissen.

Nutzen Sie später das ausgefüllte Arbeitsblatt als Zusammenfassung wesentlicher Lerneinhalte.

Downloaden

Zuvorderst ist der Zentralstaat für die Rahmengesetzgebung auf den Gebieten der allgemeinen Sozialversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung sowie auf dem Gebiet der Versorgung mit ambulanten und stationären Leistungen und Diensten und der öffentlichen Gesundheit zuständig. Die formalen Verfahrensgrundlagen hierfür sind in der Verfassung der Fünften Republik niedergelegt. Neben der übergeordneten Gesetzgebungskompetenz sind zahlreiche exekutive Kompetenzen auf der zentralstaatlichen Ebene angesiedelt. Eine Besonderheit besteht seit Inkrafttreten der Sozialversicherungsreform im Jahr 1996 ("Réforme Juppé") darin, dass das Parlament indirekt an der Budgetkontrolle der gesetzlichen Krankenversicherung, also einer im Kern exekutiven Funktion, mitwirkt. So beschließt die Assemblée nationale (die erste Parlamentskammer) seither alljährlich zusammen mit dem Finanzierungsgesetz für die Sozialversicherung allgemein auch eine Progressions-Obergrenze für den Haushalt der Assurance maladie sowie ein nationales Ausgabenziel beziehungsweise einen nationalen Ausgabendeckel, das sogenannte "Objectif national des dépenses de l'assurance-maladie" (ONDAM), für die gesetzliche Krankenversicherung.

Sieht man von diesem besonderen Recht des Parlamentes ab, so liegen die Exekutivaufgaben im Bereich der Regulierung des Gesundheitswesens in den Händen der zentralstaatlichen Regierung und der Ministerialbürokratie. Sie werden dabei zum Teil von der Regierung insgesamt ausgeübt, zum Teil ausschließlich vom Gesundheitsministerium (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; Branche Santé) wahrgenommen und sind schließlich zum Teil Gegenstand interministerieller Kooperationen zwischen dem Gesundheitsministerium und anderen einschlägigen Ministerien (Bildungs- und Jugendministerium, Ministerium für Solidarität und sozialen Zusammenhalt, Wirtschafts- und Finanzministerium, Ministerium für die öffentlichen Haushalte, die öffentliche Verwaltung und die Reform des Staates, Ministerium für Landwirtschaft und Nahrungsmittelversorgung). Die zuständigen Ministerien wiederum haben einen Teil der gesundheitsbezogenen Regulierungsaufgaben an nachgeordnete staatliche oder halbstaatliche Agenturen delegiert oder aber auf eigene beziehungsweise interministerielle Verwaltungsdirektionen übertragen. Unter den Agenturen ist insbesondere die "Haute Autorité de Santé" (HAS) zu nennen, die im Bereich der Leistungsregulierung tätig ist, unter den (inter)ministeriellen Verwaltungsdirektionen sind vor allem die "Direction générale de la santé" (DGS) bei der Regulierung der öffentlichen Gesundheit, die "Direction générale de l'offre de soins" (DGOS)



im Hinblick auf den stationären Sektor sowie die "Direction de la sécurité sociale" (DSS) bei der Budgetregulierung der gesetzlichen Krankenversicherung von herausgehobener Bedeutung. Zu den wichtigsten Kompetenzen des Zentralstaats im Gesundheitsbereich zählen:

- die Aufsicht über die gesetzliche Krankenversicherung mit ihren einzelnen Kassen (CNAMTS, CCMSA, RSI, Kassen der Sonderregime) (DSS);
- die Aufsicht über die dezentralisierten Behörden des Zentralstaates auf regionaler und départementaler Ebene (DRASS und DDASS) bei der Umsetzung der nationalen Gesetze und Verordnungen (Gesundheitsministerium, DGS, DGOS, DSS);
- die Aufsicht über die dezentralen Gremien (zum Beispiel die Agences régionales de santé, ARS; vgl. Abschnitt "Versorgungsstrukturen") der Regulierung und Implementation der dezentralen öffentlichen Gesundheitspolitiken (Gesundheitsministerium, DGS, DGOS);
- die Aufsicht über die privaten Zusatzversicherungen (Gesundheitsministerium, Wirtschafts- und Finanzministerium, DSS);
- die Ernennung des Generaldirektors der UNCAM und zugleich Direktors der größten gesetzlichen Krankenkasse, der CNAMTS (zentralstaatliche Regierung);
- die Festlegung der Bestimmungen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des ONDAM (Höhe der Beiträge, Krankenhausgebühr, Zuzahlungen) (Gesundheitsministerium, DSS);
- die Genehmigung der Bestimmungen der UNCAM zu Höhe und Umfang des Selbstbehalts (Ticket modérateur) und der Praxis- beziehungsweise Behandlungsgebühr (Gesundheitsministerium);
- die Genehmigung der zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Leistungserbringern ausgehandelten nationalen Vereinbarungen zur Festsetzung der Arzthonorare und Regelung der gemeinsamen Aktionen von Kassen und Ärztinnen/Ärzten (zum Beispiel im Bereich Prävention, Qualitätskontrolle etc.) (Gesundheitsministerium);
- die Genehmigung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und der CMU (Gesundheitsministerium);
- die Krankenhausplanung und die Festlegung der Bestimmungen zur Finanzierung der öffentlichen sowie der privaten Krankenhäuser, die sich am öffentlichen Versorgungssystem beteiligten (Gesundheitsministerium, DGOS, DSS);
- die Ausbildung, Zulassung und Überwachung der akademischen Gesundheitsberufe (Gesundheitsministerium, Bildungsministerium, HAS) sowie die Rekrutierung, Akkreditierung und Evaluation des Personals in den öffentlichen Versorgungseinrichtungen (Gesundheitsministerium, HAS).

Der Generaldirektor der UNCAM übt – stets unter der umfassenden Fach- und Rechtsaufsicht des Staates ("Tutelle") – die folgenden regulativen Kompetenzen aus (Hassenteufel 2009, S. 371 – 372):

- die Definition des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung auf Vorschlag der HAS,
- die Festlegung der maximalen Höhe der Erstattung von medizinischen Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung,
- die Festlegung von Bestimmungen zu Höhe und Umfang des Selbstbehalts (Ticket modérateur) und der Praxis- beziehungsweise Behandlungsgebühr,
- die Aushandlung der jährlichen nationalen Ausgaben- und Verwaltungsvereinbarung ("Convention d'objectifs et de gestion", COG) mit dem Gesundheitsministerium zum Zweck der Budgetkontrolle der gesetzlichen Krankenversicherung,
- die Aushandlung der nationalen Vereinbarungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Leistungserbringern zur Festsetzung der Arzthonorare und Regelung der gemeinsamen Aktionen von Kassen und Ärztinnen/Ärzten.

Bei der Durchführung seiner gesundheitspolitischen Bestimmungen auf den dezentralen Ebenen bedient sich der Zentralstaat in erster Linie seiner eigenen Behörden in den Regionen und Départements. Bei ihnen handelt es sich um:

- die Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS),
- die Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS),
- die Präfekturen auf regionaler und départementaler Ebene bei nicht rein fachlichen Verwaltungsakten (Budgetkontrolle, Rechtmäßigkeitskontrolle etc.).

Hinzu kommen außerdem seit der Gesundheitsreform 2004 weitere Organisationseinheiten, namentlich die Agences régionales de santé (ARS) und die Union régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM; regionale Untergliederung der UNCAM). Letztere zeichnen sich ungeachtet ihrer gemischt öffentlich-privaten Zusammensetzung durch eine Dominanz der staatlichen Repräsentantinnen und Repräsentanten in ihren entscheidenden Gremien aus.

Die Gebietskörperschaften, das heißt in erster Linie Regionen und Départements, zum Teil aber auch die Kommunen (große Städte), spielen im Feld der Gesundheitspolitik ungeachtet der Dezentralisierung, abgesehen von der wesentlichen Ausnahme der Krankenhauspolitik und -planung, eine marginale Rolle. Lediglich in einzelnen Randbereichen, zum Beispiel bei der Pflege von Behinderten und alten Menschen oder auch bei der präventiven Versorgung von Schwangeren und der Mutter-Kind-Betreuung, besitzen insbesondere die Départements seit 1982 eigene Aufgaben. Ansonsten sind gewählte Repräsentantinnen und Repräsentanten der unterschiedlichen Gebietskörperschaften in den diversen nachgeordneten Gremien zur Feinregulierung der Implementation staatlicher Vorgaben und Politiken vertreten (zum Beispiel in den Qualitätsräten der regionalen Gesundheitsagenturen, ARS). Häufig ist diese Vertretung allerdings nicht obligatorisch und mit keinerlei autonomen Entscheidungskompetenzen für die lokalen Mandatsträger/-innen verbunden.

### Wissenscheck

## Reformansätze: Dezentralisierung, Zentralisierung, Stärkung der Legitimität

Der Zentralstaat und wohl auch die gesetzliche Krankenversicherung halten zwar die Fäden der Regulierung der Versorgung mit



medizinischen Leistungen, ihrer Finanzierung und ihrer Organisation in Händen, allerdings zeichnen sich beide Seiten durch eine spezifische Ohnmacht gegenüber den Leistungserbringern aus, vorrangig im ambulanten Sektor und hier insbesondere gegenüber den frei praktizierenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten des "Secteur 2" (Leicher 2010).

Doch nicht allein die Regulierung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit gestaltete sich seit dem Bestehen der allgemeinen Sozialversicherung schwierig, auch das Verhältnis des Staates zu den Krankenkassen des Régime général verlief niemals ohne Komplikationen. Seit der Errichtung der größten und wichtigsten Kasse, der CNAMTS, im Jahr 1967 scheiterten mehrere Anläufe des Staates, die Kassen bei der Budgetverwaltung und -kontrolle in die Verantwortung zu nehmen. Die institutionelle Komplexität der Assurance maladie insgesamt und die mangelhafte Koordination insbesondere zwischen den drei Hauptkassen des Régime général sind, neben der ungleich verteilten Verhandlungsmacht zwischen Kassen und Ärztinnen/Ärzten, zwei Gründe hierfür. Vor diesem Hintergrund stellt die Restrukturierung der Kassenlandschaft durch Gründung der UNCAM im Zuge der Gesundheitsreform von 2004 und die Übertragung wesentlicher Selbstverwaltungsaufgaben im Bereich der Finanzierung der Assurance maladie auf den Generaldirektor der UNCAM einen wichtigen Dezentralisierungsschritt dar. Einen weiteren Schritt zur Dezentralisierung des Gesundheitssystems ist der Gesetzgeber vermeintlich mit der Errichtung der Agence régionale de santé (ARS) ebenfalls im Jahr 2004 gegangen. Dieser Schritt wurde bereits mit der Sozialversicherungsreform des damaligen Premierministers Alain Juppé im Jahr 1996 vorbereitet. Diese Reform brachte unter anderem die Errichtung entsprechender Agenturen – der Agences régionales d'hospitalisation (ARH) – für die Ausübung bestimmter dezentraler Planungs- und Regulierungsaufgaben zunächst allein im stationären Sektor. Die ARH gingen im Jahr 2004 in den funktional erweiterten ARS auf. Expertinnen und Experten des französischen Gesundheitssystems sehen in dieser Entwicklung allerdings eher ein Zeichen einer verstärkten Zentralisierung. Sie weisen darauf hin, dass mit der Umstrukturierung auch die Aufsichtsfunktionen der staatlichen Gesundheitsbehörden zuungunsten der regionalen Organisationseinheiten der Krankenkassen gestärkt worden sind (Hassenteufel 2009, S. 372 – 373).

Eine Zentralisierungsdynamik wohnt auch der Entscheidung aus dem Jahr 1996 inne, die Assemblée nationale durch den jährlichen Beschluss eines nationalen maximalen Ausgabenziels, des ONDAM, partizipieren zu lassen. Die Politik versprach sich von diesem Schritt zur Stärkung der staatlichen Kompetenzen zugleich eine Stärkung der Legitimität der nationalen Gesundheitspolitik und damit in erster Linie der nationalen Politik der Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen. So ist es seither nicht mehr die Exekutive, sondern das Parlament – also der Souverän –, das den Akteuren im Gesundheitssystem den Auftrag zur Kosteneinsparung erteilt. Schließlich hat seit Ende der 1990er-Jahre – ebenfalls als Schritt zur Steigerung der Legitimität der Gesundheitspolitik – eine Stärkung der Patientenrechte stattgefunden. Diese ist das Ergebnis unterschiedlicher patientenfreundlicher Entscheidungen des Verfassungsgerichts, des Conseil d'État, aber auch des Gesetzes über die Patientenrechte und die Qualität des Gesundheitswesens vom 4. März 2002 ("Loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé"), mit dem die Informationsrechte der Patientinnen und Patienten und die Transparenz des System verbessert wurden.

### Wissenscheck

## Die Zukunft des Regulierungsmodells

Seit Ende der 1990er-Jahre richtet sich das französische Gesundheitssystem unausgesprochen an der Idee einer "regulierten Koordination" aus. Diese Ausrichtung manifestiert sich unter anderem in:

- der Errichtung diverser öffentlich-privater Koordinationsgremien in unterschiedlichen Regulierungsbereichen und auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems,
- der Stärkung der Rolle und Autonomie der gesetzlichen Krankenversicherung,
- der Modernisierung des Verwaltungsapparats durch Einführung moderner Managementpraktiken (zum Beispiel Regulierung durch Agenturen, Kontraktualisierung etc. ).

Über die Zukunft dieses Regulierungsmodells, das trotz der erfolgten Öffnungsschritte nach wie vor stark zentralistisch ist, herrscht sowohl unter Praktikerinnen und Praktikern als auch unter Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens Uneinigkeit. So wird auf der einen Seite für Teilbereiche des französischen Gesundheitswesens eine verstärkte Privatisierung und Einführung oder Zementierung wettbewerblicher Interaktionsregeln konstatiert. Dies gilt insbesondere für den zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen aufgeteilten Krankenhaussektor, aber auch für die freie Ärzteschaft, die sich traditionell nicht allein von den Vorgaben der medizinischen Ethik, sondern auch einer konkurrenzorientiert-marktwirtschaftlichen Handlungslogik leiten lässt (Leicher 2010). Auf der anderen Seite wird allerdings im Hinblick auf andere Bereiche – dies gilt insbesondere für die Regulierung der Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens – ein verstärkter Zug in eine weitere Zentralisierung und Verstaatlichung beobachtet (Hassenteufel 2009, S. 373). Die Einführung der CSG könnte zum Beispiel als Indiz für eine solche Entwicklung herangezogen werden (Palier 2010).

## Literatur

Hassenteufel, Patrick (2009): Le rôle de l'État dans la régulation de l'assurance maladie. In: Bras, Pierre-Louis/Pouvourville, Gérard de/Tabuteau, Didier (2009): Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris S. 369 – 377

Leicher, Claude (2010): Le médecin libéral en 2010. In: Les Tribunes de la santé 28/3 (automne 2010), S. 55 – 63

Palier, Bruno (2005): Gouverner la Sécurité sociale. Les transformations du système français de protection sociale depuis 1945. Paris



Palier, Bruno (2010): La réforme des systèmes de santé. Paris

### Literaturtipp

Hassenteufel, Patrick (2009): Le rôle de l'État dans la régulation de l'assurance maladie. In: Bras, Pierre-Louis/Pouvourville, Gérard de/Tabuteau, Didier (2009): Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris, S. 369 - 377



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/151587/juengere-reformen>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Frankreich | Jüngere Reformen

## Jüngere Reformen in der Gesundheitspolitik in Frankreich

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

13.12.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

## Die Gesundheitsreformen 1996, 1999 und 2004 aus heutiger Perspektive

Die Sozialversicherungsreform im Jahr 1996 ("Réforme Juppé"), die Einführung der "Couverture maladie universelle" (CMU) und der "Couverture maladie universelle complémentaire" (CMU-C) im Jahr 2000 im Rahmen des Finanzierungsgesetzes der allgemeinen Sozialversicherung von 1999 und schließlich das Krankenversicherungsreformgesetz vom August 2004 ("Réforme Douste-Balzy") stellen die drei zentralen Reformwerke im Bereich des Gesundheitswesens in Frankreich seit Mitte der 1990er-Jahre dar. Abgesehen von ihren jeweils spezifischen Inhalten teilten diese Gesetze vier zentrale Ziele:

- die Ausgabenkontrolle und Kostendämpfung bei der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl mithilfe vorgegebener Einsparziele als auch über die Restrukturierung und Modernisierung des Gesundheitssystems,
- die Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz durch die Einführung von Managed-Care-Modellen,
- die Stärkung der Solidarität mit sozial schwachen Patientinnen und Patienten und die Erweiterung der Versichertenpopulation in den gesetzlichen Krankenversicherungen durch Einführung der steuerfinanzierten universellen Absicherung gegen Krankheit (CMU) und der staatlichen Zuschüsse zur privaten Zusatzversicherung (CMU-C),
- die Stärkung der gesetzlichen Krankenversicherung als Verhandlungspartnerin der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und die Einbindung der Ärztinnen und Ärzte in das öffentliche Versorgungssystem.

Welche Bilanz lässt sich mit Blick auf diese Ziele aus der aktuellen Perspektive (2011) ziehen?

### Tipp

#### Testen Sie Ihr Vorwissen zum Thema dieser Lerntour!

Bevor Sie weiterlesen, können Sie anhand eines Lückentextes ausprobieren, was Sie bereits über das Thema "Jüngere Reformen in der Gesundheitspolitik in Frankreich" wissen. Nutzen Sie später das ausgefüllte Arbeitsblatt als Zusammenfassung wesentlicher Lerninhalte.

Downloaden

## Ausgabenentwicklung

Das Ziel, die Reduzierung der Neuverschuldung der gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Weg einer gesetzlichen Sparvorgabe in Form des nationalen Ausgabenziels ONDAM zu erreichen, hat sich als illusionär erwiesen. Die "Réforme Juppé" gilt in dieser Hinsicht überwiegend als gescheitert (Palier 2010, S. 101).

Das ONDAM, abgesehen vom ersten Jahr seines Bestehens (1997), ist bis heute regelmäßig überschritten worden.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist unterdessen immer stärker ins Minus gerutscht, wobei die Neuverschuldung von Jahr zu Jahr konjunkturbedingt schwankte. Insbesondere infolge der Einführung der CMU und der CMU-C im Jahr 1999 kam es zwischen 2000 und 2004 zu starken realen Ausgabensteigerungen mit dem Effekt, dass auch das ONDAM in den entsprechenden Jahren deutlich überschritten wurde. Zu demselben Effekt trug im Übrigen eine Steigerung der Arzthonorare im Jahr 2002 bei.

Da die jährliche Definition eines Ausgabenziels durch den Gesetzgeber nicht mit wirksamen Sanktionsmechanismen zur Zieldurchsetzung verbunden ist, bleibt das ONDAM eine symbolische Maßnahme. Und ihr eigentlich erhoffter Nutzen – die Stärkung der Legitimität der staatlichen Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen durch Einbindung des Souveräns in den Prozess der Ausgabenkontrolle – bleibt angesichts der wiederkehrenden Verfehlung des ONDAM ebenfalls fragwürdig.

Die zwischenzeitlichen Bemühungen der Regierung, die Ausgabensteigerung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch



eine konzertierte Aktion mit den Kassen und den Verbänden der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den Griff zu bekommen ("Generalstände der Gesundheit 1999", "Grenelle de la Santé 2001" – die Bezeichnung "Grenelle" steht für die Rue de Grenelle in Paris, den Sitz des französischen Arbeits- und Gesundheitsministeriums), und auch der Versuch, Kassen und Ärztinnen/Ärzte zu eigenständigen Verhandlungslösungen im Rahmen der "Convention nationale" zu bewegen, erwiesen sich indes gleichfalls als fruchtlos. Der Mangel an Autonomie aufseiten der Kassen und die traditionelle, strukturell zementierte Entlastung der freien Ärzteschaft von der Verantwortung zum wirtschaftlichen Handeln im Sinne des Gesundheitssystems insgesamt versperrten diesen Weg. Daher griff die Regierung ab 2003 wieder auf die klassischen Instrumente der Einnahmeerhöhungen (zum Beispiel Steigerung der Tabaksteuer, Steigerung der Krankenhausgebühr) und Ausgabenbegrenzungen (Absenkung der Erstattung von Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung) zurück. Mit der Reform "Doutre-Blazy" vom August 2004 setzte sie diesen Weg fort. Zentrale Maßnahmen des Krankenversicherungsreformgesetzes von 2004 waren: die Steigerung der CSG für Rentner/-innen, die Ausweitungen der Bemessungsgrundlage der CSG von 95 auf 97 Prozent der Einkommenssumme der einzelnen Steuerpflichtigen, die Anhebung des Beitragssatzes der Arbeitgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung von 12,7 Prozent (bis 2003) auf 13,6 Prozent (ab 2004), eine erneute Steigerung der Krankenhausgebühr von 10,60 Euro auf 13 Euro (sie liegt mittlerweile bei 18 Euro) und die Einführung der Ein-Euro-Praxis- beziehungsweise Konsultationsgebühr im ambulanten Bereich (Palier 2010, S. 107).

Insgesamt haben die erläuterten Reformen von 1996 und 2004 die Politik der kontinuierlichen Mehrbelastung der Versicherten, die seit Ende der 1970er-Jahre verfolgt worden war (vgl. Palier 2005), nicht verändert. Sowohl im Hinblick auf die ambulante als auch die stationäre Versorgung stellte die klassische Kostendämpfungspolitik auch nach 1996 den Hauptreformpfad dar. Es kam in der Konsequenz regelmäßig zur Abwälzung von Kosten auf die Versicherten, sei es direkt durch Steigerungen des Selbstbehalts, der Gebühren und Zuzahlungen oder durch die Verringerung der Erstattungen in der gesetzlichen Krankenversicherung oder indirekt durch Steuererhöhungen.

Die Suche nach Erklärungen für das Scheitern der Reformen führt zunächst zu objektiven Kostensteigerungen, die durch das Einwirken externer Faktoren verursacht sind (vermehrter Technikeinsatz in der Medizin, Alterung der Gesellschaft und Erhöhung des Behandlungsbedarfes etc.). Allerdings ist das strukturelle Ausgabenproblem der französischen Krankenversicherung zu einem guten Teil hausgemacht. Wesentliche Defizite benannte die Expertenkommission "zur Zukunft der Krankenversicherung" ("Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie"). Diese Kommission, die mittlerweile als ständiges Evaluationsgremium für die Gesundheitspolitik etabliert ist, wurde von der Regierung unter Premierminister Jean-Pierre Raffarin im Oktober 2003 im Vorfeld der Gesundheitsreform 2004 eingesetzt, um entsprechende Vorschläge zu erarbeiten. In ihrem Bericht führte sie die finanziellen Schwierigkeiten der Assurance maladie, aber auch manifeste Qualitätsdefizite bei der Versorgung zuallererst auf Mängel in der Organisation des Gesundheitssystems insgesamt zurück. Zentrale Kritikpunkte waren:

- die mangelhafte Koordination der an der Versorgung beteiligten Akteure untereinander bis hin zur wechselseitigen Abschottung der unterschiedlichen Leistungserbringer;
- ein überkomplexes, intransparentes Finanzierungssystem mit zahlreichen Verschiebepfaden innerhalb der allgemeinen Sozialversicherung zugunsten der Krankenversicherung;
- die Passivität der staatlichen Verantwortungssträger und der Krankenkassen bei der Regulierung des Systems;
- die hohe Varianz der Einkommen der unterschiedlichen Arztgruppen und eine ungleiche territoriale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte (Haut Conseil 2004).

Vor dem Hintergrund dieser Kritik setzte die Regierung mit dem Krankenversicherungsreformgesetz 2004 neben den klassischen, oben aufgelisteten Maßnahmen auch neue Akzente. So waren Strukturreformen insbesondere in den Bereichen der ambulanten Versorgung und der Regulierung vorgesehen.

## Wissenscheck

## Versorgung – Auf dem Weg zur Managed Care?

Die Bilanz der auf dem Gebiet der Versorgung unternommenen Reformschritte fällt aus heutiger Sicht mager aus. Die im Krankenversicherungsreformgesetz von 2004 ergriffenen Maßnahmen harren entweder nach wie vor ihrer Umsetzung in die Praxis – dies gilt für das persönliche Gesundheitsdossier für die Versicherten (DMP) – oder sie befinden sich noch im Versuchsstadium – wie die elektronische Gesundheitskarte ("Carte vitale", vgl. Abschnitt "Versorgungsstrukturen") – oder aber sie haben die erhofften Effekte noch nicht erbracht. Letzteres gilt insbesondere für die zentrale Maßnahme der Reform von 2004, die Einführung der Figur der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes ("Médecin traitant"), den die Versicherten bei ihrer Kasse angeben müssen, sofern sie nicht das Risiko einer verminderten Rückerstattung von Behandlungskosten eingehen möchten. Der Erfolg dieses Regelwerks wird nicht nur vonseiten sozialwissenschaftlicher Beobachter/-innen, sondern auch von Praktikerinnen und Praktikern des Gesundheitswesens als unterschiedlich eingeschätzt. Einer von der gesetzlichen Krankenversicherung selbst im Jahr 2006 in Auftrag gegebenen Untersuchung zufolge, war die Einführung des Médecin traitant insofern erfolgreich, als bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung mehr als 80 Prozent der Versicherten einen solchen "Lotsen" ausgewählt und ihr Verhalten bei Arztbesuchen der neuen Regelung angepasst hatten. Außerdem, dies wurde ebenfalls als Erfolg gewertet, beteiligte sich der weit überwiegende Teil der Allgemeinmediziner/-innen (98 Prozent) an der Maßnahme (Assurance maladie 2007).

Gleichwohl ergab die Untersuchung auch, dass sich mit diesen Verhaltensanpassungen der Individualakteurinnen und -akteure keine nennenswerten Effekte auf die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung verbanden. Entgegen den Erwartungen blieben die Ausgaben hoch und stiegen zuletzt (seit 2008) sogar erneut kräftig an. Soweit sich ein kausaler Zusammenhang zwischen der Einführung des Médecin traitant und der Ausgabenentwicklung herstellen lässt, muss konstatiert werden, dass die einzelnen Patientinnen und Patienten die angedrohten Kürzungen bei der Kostenerstattung durch ihr Verhalten zwar verhinderten, eine Reduzierung der Anzahl der Arztbesuche (vor allem bei Fachärztinnen und -ärzten) allerdings



nicht erreicht wurde. Darüber hinaus führte die Teilnahme der Ärztinnen und Ärzte am Médecin traitant auch zu keinerlei Veränderungen in der ärztlichen Behandlungs- und Verschreibungspraxis (Assurance maladie 2007). Beobachter/-innen des französischen Gesundheitswesens kritisieren, dass für die Ärztinnen und Ärzte – insbesondere für Fachärztinnen und -ärzte – kein Anreiz (zum Beispiel in Form erhöhter finanzieller Prämien) besteht, die Rolle des Médecin traitant zu übernehmen (Palier 2010, S. 108). Wenn die oder der einzelne Versicherte also mit Einwilligung der Ärztin/des Arztes einen Médecin traitant bei der Krankenkasse angibt, so verhindert sie/er individuelle Kostensteigerungen. Abgesehen davon verpflichtet die Regelung weder die Versicherten noch die Ärztinnen und Ärzte zu weiter gehenden Verhaltensanpassungen. Es darf kritisch hinterfragt werden, ob der Médecin traitant mittel- bis langfristig tatsächlich zu den beabsichtigten Effekten der Effizienzsteigerung in der gesetzlichen Krankenversicherung und vor allem der Qualitätsverbesserung bei der Versorgung durch ein ärztliches "Management" des individuellen Versorgungspfads der Patientin/des Patienten führen wird.

## Wissenscheck

### Solidarität mit sozial schwachen und chronisch oder schwer kranken Patientinnen und Patienten

Neben der Kritik an dem defizitären Versorgungssystem im Zusammenhang mit der gesetzlichen Krankenversicherung bemängelten die Expertinnen und Experten des Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie im Jahr 2004 auch die soziale Schieflage dieses Systems. Die bis dato verfolgten klassischen Strategien der Politik zur Erzielung von Kostendämpfungseffekten führten vor allem bei sozial Schwächeren sowie bei schwer oder chronisch kranken Patientinnen und Patienten mit hohen Behandlungskosten zu unverhältnismäßigen Mehrbelastungen.

Diesem Problem hatte sich der Gesetzgeber bereits im Jahr 1999 mit der Errichtung der CMU und CMU-C im Rahmen des jährlichen Gesetzes zur Finanzierung der Sozialversicherung zugewandt. Beim Blick auf diese Maßnahme fällt die Reformbilanz ebenfalls gemischt aus. So findet seit der Einführung der steuerfinanzierten "CMU de base" – und dies wird in der Diskussion um das französische Gesundheitswesen positiv bewertet – die gesamte Bevölkerung im sozial begründeten Bedarfsfall kostenlosen Zugang zur medizinischen Versorgung. Der Solidarcharakter des Gesundheitswesens wurde außerdem gestärkt, indem die seit den 1980er-Jahren gewachsene Zahl der Personen, die sich aus finanzieller Not den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung nicht (mehr) leisten konnten, aufgrund der Einführung der CMU-C nunmehr (wieder) Zugang zu einem vollständigeren Krankenversicherungsschutz erhielten. Schließlich kann auch der Übergang vom Kostenerstattungs- zum Sachleistungsprinzip für die Empfänger/-innen der CMU de base, der AME sowie für chronisch und schwer kranke Patientinnen und Patienten (ALD) als ein Erfolg der jüngeren Gesundheitspolitik in Frankreich im Hinblick auf das Solidaritätsziel bewertet werden. Hierdurch konnten Versorgungsmängel bei sozial schwachen Patientinnen und Patienten und/oder Patientinnen und Patienten mit hohen Behandlungskosten eingedämmt werden, die daher rührten, dass diese Patientengruppen notwendige Arztbesuche zum Teil gefährlich lange hinauszögerten, weil sie im Falle des Arztbesuchs finanziell in Vorleistung treten mussten.

Ungeachtet dieser positiven Entwicklungen ist insbesondere die CMU-C aus unterschiedlichen Gründen zum Gegenstand von Kritik geworden:

- Erstens ist sie mit dem Makel behaftet, dass ihre Empfänger/-innen von der privaten Zusatzversicherung, die sie mithilfe des staatlichen Zuschusses abschließen können, häufig eine nur unzureichende Aufwertung ihres individuellen Schutzniveaus erwarten können. So erlaubt die öffentliche Hilfeleistung der CMU-C zwar in der Regel die Absicherung des hohen Selbstbehalts der Patientinnen und Patienten an den Behandlungskosten ("Ticket modérateur"), einen weiter gehenden Krankenversicherungsschutz, der etwa die Finanzierung von Honoraraufschlägen bei eventuell notwendigen fachärztlichen Behandlungen mit einschließt, können sich Empfänger/-innen der CMU-C jedoch zumeist nicht leisten.
- Dies erscheint zweitens umso problematischer, als die betroffenen Versichertengruppen sich überwiegend aus sozial schwächeren Bevölkerungsschichten rekrutieren, also aus den Teilen der Gesamtbevölkerung, die in der Regel einem überdurchschnittlichen Erkrankungsrisiko sowie überdurchschnittlichen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind (Palier 2010).
- Problematisch ist drittens auch, dass sich die CMU-C für ihre Empfänger/-innen beim Zugang zur Versorgung als eine Art Stigma auswirken kann. So lehnen heute 40 Prozent der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte des Sektors II (vgl. Abschnitt "Versorgungsstrukturen") die Behandlung von CMU-Empfängerinnen und -Empfängern rundweg ab (Palier 2010, S. 117).
- Und viertens schließlich sehen sich CMU- und CMU-C-Empfänger/-innen mit Einschnitten in die freie Arztwahl konfrontiert, die in Frankreich ein ebenso hohes Gut darstellt wie in Deutschland oder auch in der Schweiz. Aufgrund der soeben beschriebenen Konstellation müssen sie bei fachärztlichen Konsultationen häufig auf das Krankenhaus ausweichen.

Traditionelle strukturelle Schwächen des Gesundheitssystems und die geringe Offenheit seiner tragenden Akteure gegenüber Veränderungen stellten angesichts der beschriebenen finanziellen Probleme bereits in den 1980er-Jahren eine Belastung für das öffentliche Gesundheitswesen in Frankreich dar. Daher sah der Gesetzgeber insbesondere mit dem Krankenversicherungsreformgesetz vom August 2004 neben der Reform der Versorgung auch Strukturreformen unmittelbar bei der gesetzlichen Krankenversicherung vor.

## Wissenscheck



## Restrukturierung und Modernisierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung

Ein zentrales Ziel des Krankenversicherungsreformgesetzes bestand in der Restrukturierung und Modernisierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier hatten sich zwei traditionelle Strukturmerkmale des französischen Gesundheitswesens zunehmend als Hypothek für die Effizienz und Effektivität des Systems sowie die Qualität seiner Leistungen erwiesen:

- erstens die Asymmetrie im Verhältnis des Staates und der gesetzlichen Krankenversicherung zu den frei praktizierenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten,
- zweitens die geringe Autonomie der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber dem Staat.

Die Asymmetrie zwischen dem Staat und den Kassen einerseits sowie den Ärztinnen und Ärzten andererseits stellte einen wesentlichen Grund für die Ineffizienz und geringe Fähigkeit von Staat und Kassen zur Ausgabenkontrolle dar. Zwar hatte das Machtungleichgewicht zwischen den Akteuren seit 1971 Schritt für Schritt abgenommen (vgl. Leicher 2010); nicht zuletzt die internen Spaltungen innerhalb der freien Ärzteschaft und deren abnehmende Fähigkeit zu einer kohärenten standespolitischen Interessenvertretung gegenüber der Politik hatte hierzu beigetragen. Jedoch kann sich nach wie vor ein Viertel der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Kooperation mit Staat und Kassen verweigern und die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstatteten Preise für Leistungen "frei" aufstocken (Leicher 2010, S. 59). Die geringe Kassenautonomie gegenüber dem Staat wiederum – diese ist seit Bestehen der Sozialversicherung beziehungsweise Errichtung der Einzelkassen 1967 chronisch und rührte nicht zuletzt aus der Abneigung der Kassen zur Kooperation untereinander (Destais 2003) – stellte eine wesentliche Ursache für fortgesetzte staatliche Interventionen in Regulierung der Kassenausgaben durch hierarchische Festsetzung von Leistungen, Preisen und Arzthonoraren dar (Palier 2005). Letztlich war die mangelhafte Kassenautonomie damit auch ein Grund für eine insgesamt unzureichende Fähigkeit zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Zur Milderung der negativen Folgen dieser beiden Defizite in der Architektur des Gesamtsystems sah das Krankenversicherungsreformgesetz vom August 2004 strukturelle Veränderungen vor, unter anderem die folgenden Maßnahmen:

- die Errichtung der UNCAM und die Übertragung wesentlicher Regulierungskompetenzen auf die Generaldirektorin/den Generaldirektor dieser neuen Dachorganisation der drei Hauptregime der gesetzlichen Krankenversicherung (CNAMTS, CCMSA und RSI),
- die Errichtung der regionalen Gesundheitsagenturen ARS,
- weitere Veränderungen durch den Aufbau neuer staatlicher Agenturen und damit die Öffnung der staatlichen Gesundheitsverwaltung für New-Public-Management-Ideen.

Diese auf den ersten Blick einschneidenden Beschlüsse erweisen sich bei genauerer Betrachtung aber als keineswegs so weitreichend wie vermutet. So ist mit der Generaldirektorin/dem Generaldirektor der UNCAM innerhalb des Systems der Regulierung der gesetzlichen Krankenversicherung zwar eine formal mächtige Figur geschaffen worden. Ihre Befugnisse betreffen allerdings vorrangig die Beziehungen zwischen den Kassen und dem Staat selbst und haben keinerlei direkte Auswirkungen auf die Beziehung dieser beiden Akteure zu den Ärztinnen und Ärzten. Im Verhältnis Staat-Kassen wiederum ist aufgrund der Ernennung der Generaldirektorin/des Generaldirektors der UNCAM durch die Gesundheitsministerin/den Gesundheitsminister die Loyalität der UNCAM sichergestellt. Die Entscheidungsgewalt über zentrale Parameter der Regulierung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibt im Rahmen der Konstruktion schlussendlich wieder beim Staat. Ebenso zeigt sich, dass die neuen dezentralen Strukturen, die ARS und die UCRAM als regionale Untergliederungen der UNCAM, in ihren Entscheidungsgremien von staatlichen Vertretern dominiert werden. Dasselbe gilt schließlich auch für die neuen (halb)staatlichen Agenturen, die über strenge hierarchische Aufsichts- und Kontrollbeziehungen ("Tutelle") eng an die Regierung und die zentralstaatlichen Behörden gebunden sind. Zu Recht kann das sich abzeichnende, neue System vor diesem Hintergrund als ein eher in Richtung Zentralisierung und weitergehender Verstaatlichung denn in Richtung Dezentralisierung und Koordinationsorientierung tendierendes System bewertet werden (Hassenteufel 2009). Dabei bleibt noch abzuwarten, ob der eingeschlagene Weg den Schlüssel zur Überwindung der geschilderten Strukturprobleme darstellt oder sich als Sackgasse erweist.

### Wissenscheck

## Jüngste Reformen: Der "Plan Hôpital 2007" und das Gesetz HPST 2009

Fest steht einstweilen, dass die Reformbestrebungen im französischen Gesundheitswesen auch nach dem Gesetz vom August 2004 nicht nachgelassen haben. Die jüngeren Schritte zielen dabei grundsätzlich in die gleiche Richtung wie das Krankenversicherungsreformgesetz:

- Erstens gilt dies für den "Plan Hôpital 2007", der bereits im Jahr 2003 beschlossen wurde, jedoch in seinen zentralen Regelungen erst seit Januar 2008 vollständig implementiert ist. Er sieht als wesentliches Reformelement die Umstellung der pauschalen Vergütung der öffentlichen Krankenhäuser nach Art und Größe der jeweiligen Einrichtung (einrichtungsspezifischer jährlicher Globalhaushalt) auf die sogenannte "Tarification à l'activité" ("T2A") vor (in den privaten Kliniken wurde die Umstellung bereits zum Jahr 2005 vollzogen). Dabei handelt es sich um die französische Variante der diagnosebezogenen Pauschalvergütung (Diagnosis Related Groups, DRGs), die in Deutschland bereits zum 1. Januar 2005 eingeführt wurde.
- Zweitens liefert auch die im Juni 2009 beschlossene Einführung des "Contrat d'amélioration des pratiques individuelles" (CAPI) einen Beleg für die Strategie der inkrementellen Fortsetzung des 2004 eingeschlagenen Reformpfads. Durch ihn soll auf dem Weg finanzieller Anreize für Ärztinnen und Ärzte deren Bereitschaft zur Durchführung präventiver und



gesundheitsfördernder Maßnahmen gesteigert werden.

- Drittens ist auch das im Jahr 2009 verabschiedete Gesetz "Hôpital, Patient, territoires et santé" ("Loi HPTS") in dieser Hinsicht einschlägig. So stehen weitere Strukturveränderungen vor allem im Bereich der Organisation der Versorgung und der gesetzlichen Krankenversicherung im Zentrum dieses jüngsten Reformwerks. Konkret sieht das Loi HPST unter anderem folgende Maßnahmen vor:
  - ◊ Die Agences régionales de santé (ARS) sollen durch Eingliederung zusätzlicher staatlicher (und halbstaatlicher) Behörden und Organisationseinheiten in diese neue regionale Regulierungsstruktur des Staates gestärkt werden.
  - ◊ Die Organisation der öffentlichen Krankenhäuser soll beispielsweise durch Einführung moderner privatwirtschaftlich inspirierter Verwaltungsstrukturen (Direktorium, Aufsichtsrat) und durch mittelfristige Finanzplanung und Budgetierung modernisiert werden. Diese Beschlüsse zielen unter anderem darauf ab, die öffentlichen Krankenhäuser gegenüber privaten Einrichtungen konkurrenzfähig zu machen, aber auch darauf, die Kooperation von öffentlichen und privaten Krankenhäusern zu erleichtern.
  - ◊ Durch finanzielle Sanktionen gegen Ärztinnen und Ärzte, die die Behandlung von CMU- oder AME-Empfängerinnen und -Empfängern verweigern, soll eine regional ausgewogenere Versorgung mit ambulanten allgemein- und fachärztlichen Leistungen gewährleistet werden. Ob sich diese Idee in die Praxis umsetzen lässt, bleibt aber fraglich, da die Verweigerung vor allem von Ärztinnen und Ärzten des Sektors 2 ausgeht, also jenem Teil der freien Ärzteschaft, dessen Handeln der Staat nur eingeschränkt steuern kann.
  - ◊ Es sollen ambulante medizinische Versorgungszentren ("Établissements de santé privés d'intérêt collectif") unter der Aufsicht der einzelnen regionalen ARS errichtet werden.

## Literatur

Assurance maladie, Caisse nationale (2007): En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les mœurs. Points mensuel du 23 janvier 2007, Paris

Commission des Comptes de la Sécurité sociale (2009): Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2008, Prévisions 2009 et 2010. Rapport octobre 2009, Paris: Commission des Comptes de la Sécurité sociale. In: Portail de la Sécurité sociale (2011): »<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2009/ccss2009.htm>« (31.01.2011), Paris

Destais, Nathalie (2003): Le système de santé. Organisation et régulation. Paris

Hassenteufel, Patrick (2009): Le rôle de l'État dans la régulation de l'assurance maladie. In: Bras, Pierre-Louis/Pouvourville, Gérard de/Tabuteau, Didier (2009): Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris, S. 369 - 377

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2004): Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. 23 Janvier 2004. In: La sécurité sociale (2011): Portail de la sécurité sociale. <http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2004/rapport2004.htm> (01.02.2011), Paris

Leicher, Claude (2010): Le médecin libéral en 2010. In: Les Tribunes de la santé 28/3 (automne 2010), S. 55 - 63

Palier, Bruno (2005): Gouverner la Sécurité sociale. Les transformations du système français de protection sociale depuis 1945. Paris

Palier, Bruno (2010): La réforme des systèmes de santé. Paris

## Literaturtipp

Hassenteufel, Patrick (2009): Le rôle de l'État dans la régulation de l'assurance maladie. In: Bras, Pierre-Louis/Pouvourville, Gérard de/Tabuteau, Didier (2009): Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris, S. 369 - 377

Leicher, Claude (2010): Le médecin libéral en 2010. In: Les Tribunes de la santé 28/3 (automne 2010), S. 55 - 63

Palier, Bruno (2010): La réforme des systèmes de santé. Paris



Bundeszentrale für  
politische BildungURL: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/151589/aktuelle-probleme>

Platz: Politik | Innenpolitik | Gesundheitspolitik | Gesundheitspolitik in ausgewählten europäischen Nationalstaaten | Frankreich | Aktuelle Probleme

## Aktuelle Probleme und künftige Reformvorhaben

### Thomas Gerlinger

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ist Professor an der AG 1; Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld

Thomas Gerlinger, Renate Reiter

13.12.2012

### Renate Reiter

Dr. Renate Reiter, Institut für Politikwissenschaft der FernUniversität in Hagen

Eine zentrale Herausforderung an die französische Gesundheitspolitik stellt kurz- bis mittelfristig zunächst die Umsetzung der beschriebenen jüngsten Reformvorhaben dar. Dass dies keine leichte Aufgabe ist, zeichnet sich unter anderem im Bereich der Restrukturierung des öffentlichen Krankenhauswesens ab. Die stationäre Versorgung insbesondere in den rein öffentlichen Krankenhäusern war zwar seit Mitte der 1990er-Jahre immer wieder zum gesundheitspolitischen Reformgegenstand geworden (unter anderem Regionalisierung der Krankenhausplanung und Errichtung der "Agences regionales de l'hospitalisation", ARH, als regionale Steuerungsstrukturen im Jahr 1996), dennoch besteht hier weiterhin echter Reformbedarf (Lavigne 2009, S. 440 - 441).

Dieser hängt erstens mit der massiven Verschuldung der öffentlichen Versorgungseinrichtungen zusammen (die öffentlichen Krankenhäuser verzeichneten im Jahr 2008 ein Gesamtdefizit von 397 Milliarden Euro; Commission des comptes 2009, S. 135). Zweitens rührt er daher, dass sich die öffentlichen Krankenhäuser durch verkrustete, unter dem heutigen Blickwinkel der Anforderungen an eine moderne Krankenhausversorgung vielfach nicht mehr zeitgemäße Organisationsstrukturen auszeichnen und ist drittens durch die mangelhafte Bereitschaft der Krankenhausakteure zur Koordination untereinander und mit den ambulanten Versorgungsträgern zulasten der Versorgungsqualität insgesamt bedingt. Dabei erweist sich insbesondere der medizinische öffentliche Dienst ("Service public hospitalier") bislang als bremsender Faktor für Reformen, sodass im Kontext des "Loi HPST" nichts weniger als seine Abschaffung und die Gleichstellung des Personals in den öffentlichen Krankenhäusern mit dem Personal in privaten Kliniken diskutiert worden ist (Couty 2010, S. 42 - 43). Der Service public hospitalier stellt innerhalb des öffentlichen Dienstes in Frankreich eine eigene Kategorie dar, fasst in erster Linie das hauptamtliche Krankenhauspersonal (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal) zusammen (2008 insgesamt 1.045 Millionen Beschäftigte) und verfügt mit der "Fédération hospitalière de France" über eine einflussreiche Interessenvertretung. Darüber hinaus bringt jeder Ansatz zur Reform des Krankenhausesektors auch Einwände und zum Teil Widerstände seitens insbesondere der mittleren und kleinen Gemeinden mit sich; diese befürchten regelmäßig den Verlust von Arbeitsplätzen beim oftmals größten Arbeitgeber am Ort (Lavigne 2009, S. 438).

Im engen Zusammenhang mit der Reorganisation der öffentlichen Krankenhäuser steht die Diskussion um die künftige Organisation und Finanzierung der Pflege von behinderten und alten Menschen. Diese Aufgabe wird innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Angesichts der voranschreitenden Alterung der Gesellschaft wird allerdings über die Optionen einer Reorganisation der Pflege- und allgemein die Organisation einer umfassenden Altenpolitik in Kooperation des Zentralstaates mit den lokalen Gebietskörperschaften (Départements und Städte) diskutiert. Hierzu brachte das Gesundheitsministerium unter anderem im Jahr 2007 einen Nationalen Plan zum guten Altern ("Plan national Bien Vieillir 2007 - 2009") auf den Weg.

Schließlich bleibt auch das bekannte Problem der mangelhaften Integration eines Teils der freien Ärzteschaft eine Herausforderung für die künftige Gesundheitspolitik in Frankreich.

## Literatur

Commission des Comptes de la Sécurité sociale (2009): Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2008, Prévisions 2009 et 2010. Rapport octobre 2009, Paris. In: Portail de la Sécurité sociale (2011): »<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2009/ccss2009.htm>«(31.01.2011), Paris

Couty, Édouard (2010): La privatisation de la santé. Hôpital public: le grand virage. In: les tribunes de la santé no 28 (automne 2010), S. 39 - 48

Lavigne, Claude (2009): Les établissements de santé. In: Bras, Pierre-Louis/Pouvourville, Gérard de/Tabuteau, Didier (2009): Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris, S. 435 - 445







**Amerika**

## Ein Sechstel der Wirtschaftskraft für die Gesundheit

Von Claus Tigges



30. Juni 2006

Den Amerikanern ist ihre Gesundheit lieb. Vor allem aber ist sie ihnen teuer: Rund 2,2 Billionen Dollar werden sie in diesem Jahr voraussichtlich dafür ausgeben, rund 7,4 Prozent mehr als im vergangenen Jahr. Das sind zugleich 16,5 Prozent des amerikanischen Bruttoinlandsprodukts, so viel wie in keinem anderen Land der Welt.

Und der Anteil wird in den kommenden Jahren und Jahrzehnten aller Voraussicht nach noch steigen. Im Jahr 2015, so lauten derzeit die Schätzungen, werden in den Vereinigten Staaten 4 Billionen Dollar für die Wiederherstellung und den Erhalt von Gesundheit ausgegeben. Das wäre dann ein Fünftel der jährlichen Wirtschaftsleistung.

### Keine staatlich organisierte Krankenversicherung für jedermann

Die hohen Ausgaben - sie steigen schnell, sowohl für die ambulante und stationäre Behandlung wie auch für Medikamente - überraschen auf den ersten Blick, weil es in den Vereinigten Staaten keine staatlich organisierte Krankenversicherung für jedermann gibt.

Auch ist die Zahl jener, die über gar keinen Versicherungsschutz verfügen, im internationalen Vergleich der Industrieländer sehr hoch: Im Jahr 2004, so weist es das Gesundheitsministerium in Washington aus, besaßen 245,3 Millionen Amerikaner irgendeine Form von Versicherungsschutz für Gesundheitsdienstleistungen. Das waren 2 Millionen mehr als im Jahr zuvor, die Zahl entsprach 84,3 Prozent der Bevölkerung. 45,8 Millionen Menschen aber, 800 000 mehr als 2003, waren ohne jeglichen Versicherungsschutz und darum darauf angewiesen, ärztliche Leistungen und Medikamente - abgesehen von Notfällen - aus der eigenen Tasche zu bezahlen.

Es handelt sich bei den Nichtversicherten vielfach um jene, deren Arbeitgeber keine Krankenversicherung anbietet, die aber zu viel verdienen, als daß sie sich für die staatliche Krankenversicherung für Bedürftige qualifizierten.

Die überwiegende Zahl der Versicherten in Amerika erhält den Schutz über ihren Arbeitgeber. Im Jahr 2004 waren nach Angaben des nationalen Statistikamts 59,8 Prozent aller Versicherten durch einen von ihrem Arbeitgeber mit einer privaten Krankenversicherung geschlossenen Vertrag geschützt. Allerdings hat die Neigung vieler Unternehmen, Mitarbeitern als Teil des Entlohnungspakets eine Krankenversicherung anzubieten, wegen der stark steigenden Kosten spürbar abgenommen. Im Jahr 2003 lag der Anteil noch bei 60,4 Prozent.

Die Kosten für die Krankenversicherung sind in der Tat nicht zu vernachlässigen, weder für den Arbeitnehmer noch für den Arbeitgeber. Die durchschnittliche Jahresprämie betrug 2005 für einen einzelnen Beschäftigten 4024 Dollar; davon übernahm der Arbeitgeber den Löwenanteil von 3413 Dollar. Die Kosten für die Krankenversicherung einer Familie lagen bei 10.880 Dollar, im Normalfall aufgeteilt in einen Beitrag des Arbeitgebers von 8167 Dollar und einen des Arbeitnehmers von 2713 Dollar. Im Vergleich zu 2004 stiegen die Prämien um 9,2 Prozent, deutlich schneller als die Inflationsrate von 3,5 Prozent.

### Die Versicherten zahlen für jede Leistung



Mit der Bezahlung der Versicherungsprämie ist es im Fall der privaten Krankenversicherung allerdings nicht getan. Im Regelfall müssen die Versicherten bei Inanspruchnahme einer Leistung zunächst einen Selbstbehalt bezahlen, der meist einige hundert Dollar im Jahr beträgt; die weiteren Behandlungskosten, einschließlich verschreibungspflichtiger Medikamente, werden dann in einem vorher festgelegten Verhältnis - beispielsweise 80 zu 20 - zwischen Versicherung und Versichertem aufgeteilt. Durchaus üblich ist auch eine Art Praxisgebühr, die vom Versicherten je Arztbesuch bezahlt werden muß.

#### **HMO - weniger Flexibilität, geringere Kosten**

Eine geringere monatliche Prämie sowie vielfach eine geringe oder gar keine Selbstbeteiligung verlangen die sogenannten Health Maintenance Organizations (HMO). Dafür sind die dort enthaltenen Gesundheitsdienstleistungen mit gewissen Einschränkungen verbunden: HMO versuchen einen Vorteil gegenüber herkömmlichen Versicherern zu erlangen, indem sie die Gesundheit ihrer Mitglieder "verwalten" und unnötige Kosten vermeiden.

Zu diesem Zweck schließen die HMO Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern ab oder stellen sogar Ärzte an. Die Versicherten sind dann verpflichtet, einen dieser Ärzte (primary care physician) zu benennen, der als erste Anlaufstelle dient und Patienten dann zu einem Spezialisten überweist. Diese sogenannten "gatekeeper" sind häufig Internisten, Kinderärzte oder Allgemeinmediziner. Frauen ist es vielfach erlaubt, zusätzlich einen Gynäkologen auszuwählen, für den keine Überweisung durch den Pförtner-Arzt notwendig ist.

Im Leistungskatalog von HMO sind, anders als bei herkömmlichen privaten Versicherungen, auch vorbeugende Maßnahmen wie Impfungen und Mammogramme enthalten, gelegentlich gegen eine geringe Selbstbeteiligung. HMO bezahlen auch verschreibungspflichtige Arzneien; es hängt allerdings vom Vertrag des Arbeitgebers mit der HMO ab, in welchem Maße sich der Arbeitnehmer selbst an diesen Kosten beteiligen muß.

Nach einem ähnlichen Muster wie HMO funktionieren auch die Preferred Provider Organization (PPO) und der Point-of-Service Plan (POS), die gegen eine höhere Prämie als bei der HMO auch die Behandlung durch Ärzte und Krankenhäuser außerhalb des eigenen Netzwerks zulassen, dafür aber eine mitunter recht hohe Beteiligung der Kosten durch den Patienten verlangen.

#### **90 Millionen Amerikaner über staatliche Versicherung versorgt**

Einen hohen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung in Amerika nehmen die beiden staatlichen Krankenversicherungen für Senioren und Behinderte (Medicare) und für Bedürftige (Medicaid) ein. Zusammen sind über diese beiden Programme derzeit mehr als 90 Millionen Amerikaner versichert. Während Medicare vollständig aus Bundesmitteln bezahlt wird, beteiligt sich Washington nur an der Finanzierung von Medicaid.

Die Verwaltung obliegt den Bundesstaaten, die auch die Zugangsvoraussetzungen festlegen. Nicht jeder Arme kann auf die Hilfe durch Medicaid rechnen. Die aufgrund der demographischen Entwicklung steigende Zahl von Senioren mit Medicare haben unter dem "Original"-Plan sowohl Anspruch auf finanzielle Unterstützung bei ambulanter als auch bei stationärer Behandlung.

Für Plan A, der den Krankenhausaufenthalt umfaßt, fallen keine weiteren Prämien an, weil die Beiträge hierfür meist während des Arbeitslebens entrichtet wurden. Plan B, der neben der normalen ärztlichen Versorgung auch einen Teil der Rechnungen von Physiotherapeuten und anderen Dienstleistern übernimmt, kostet in diesem Jahr 88,50 Dollar im Monat. Hinzu kommt ein Selbstbehalt von 110 Dollar jährlich. Neben dem



Original-Plan existieren noch eine Reihe weiterer Versicherungsmöglichkeiten im Rahmen von Medicare. Die Versicherung arbeitet auf manchen Gebieten mit privaten Versicherungen zusammen.

### Keine Preisvorschriften für Medikamente

Das gilt nicht zuletzt für die Erstattung der Kosten für verschreibungspflichtige Arzneien, die erst seit diesem Jahr im Leistungskatalog von Medicare enthalten sind. Die Versicherten haben hier ebenfalls eine Fülle von Wahlmöglichkeiten, um die Leistungen und ihre Kosten auf ihre Bedürfnisse abzustimmen. In jedem Fall werden eine monatliche Prämie sowie ein jährlicher Selbstbehalt und Zuzahlungen je Medikament fällig. Einige private Versicherungen, die mit Medicare auf diesem Feld zusammenarbeiten, haben jüngst damit begonnen, mit führenden Pharmaherstellern Rabatte für bestimmte Arzneien auszuhandeln.

Preisvorschriften für Medikamente gibt es in den Vereinigten Staaten nicht. Derweil haben die großen Pharmazie-Ketten des Landes, von Walgreens bis zur CVS Corporation, die neu versicherten Senioren als wichtige Kundengruppe ins Visier genommen. Walgreens hat mit verschreibungspflichtigen Medikamenten vergangenes Jahr 42 Milliarden Dollar umgesetzt und schätzt, daß der Umsatz mit Medicare-Versicherten in den nächsten Jahren um 30 Prozent zulegen wird.

### Klagen auf Schadenersatz nehmen zu

Ernstzunehmende Klagen über zu lange Wartezeiten auf notwendige Behandlungen, wie sie im staatlichen Gesundheitswesen des nördlichen Nachbarn Kanada zu hören sind, gibt es in den Vereinigten Staaten nicht. Rund 1 Milliarde Male suchten Amerikaner 2004 einen Arzt oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses auf, ein Anstieg von fast einem Drittel im Vergleich zu Mitte der neunziger Jahre. Die amerikanische Bevölkerung wuchs während dieser Zeit nur um 11 Prozent.

Zum schnellen Anstieg der Kosten trägt neben der wachsenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen aber auch die Neigung vieler Amerikaner bei, ihre Ärzte bei ausbleibendem Behandlungserfolg oder Mißgeschicken auf Schadensersatz zu verklagen. So mancher Mediziner, der sich gegen solche Klagen versichert, muß jährlich einige hunderttausend Dollar Prämie bezahlen.

Text: F.A.Z., 30.06.2006, Nr. 149 / Seite 16  
Bildmaterial: F.A.Z.

### [Zum Thema](#)

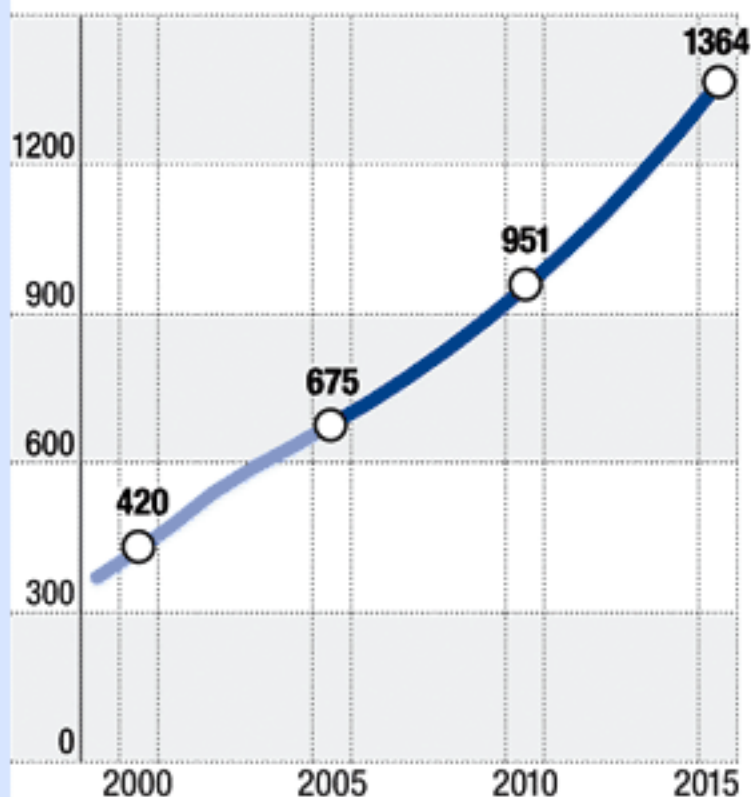
➔ [FAZ.NET-Spezial: Gesundheit im Ausland](#)

© F.A.Z. Electronic Media GmbH 2001 - 2006  
Dies ist ein Ausdruck aus [www.faz.net](http://www.faz.net)



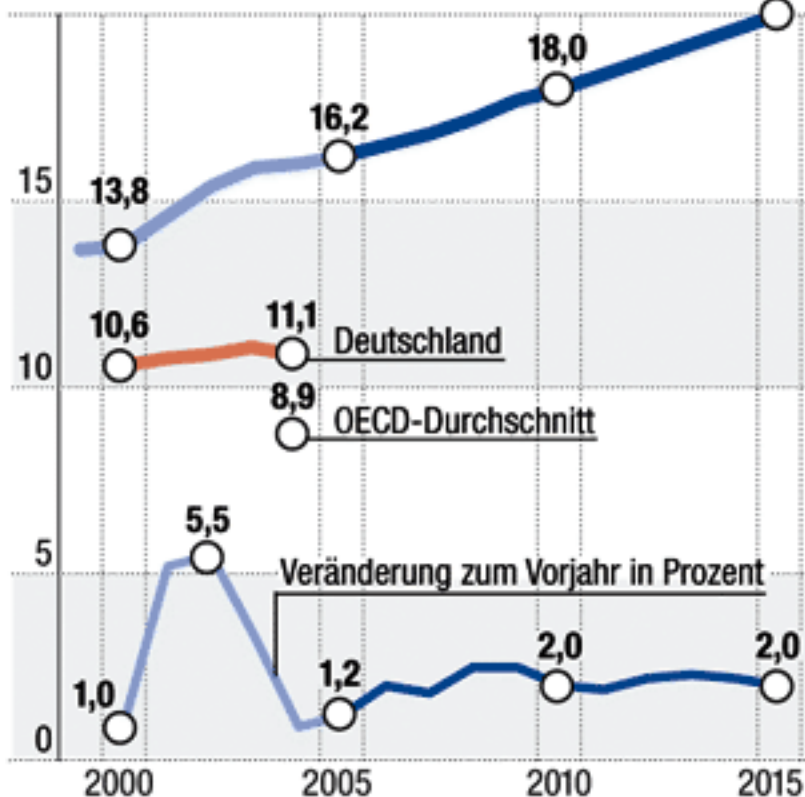
# Vereinigte Staaten: Kein Ende des Kostenanstiegs in Sicht

**Verschreibungspflichtige Arzneimittel**  
Pro-Kopf-Ausgaben in Dollar



Quelle: Centers for Medicare & Medicaid Services; OECD

**Gesamtausgaben im Gesundheitswesen**  
in Prozent des Bruttoinlandsproduktes



F.A.Z.-Grafik Dobratz

Vereinigte Staaten

## Teuer und mittelmäßig

Von Norbert Kuls, New York



Die Leistungen des amerikanischen Gesundheitssystems halten nicht mit den Kosten mit

02. Februar 2010 Der amerikanische Präsident Barack Obama lässt bei seinem wichtigsten innenpolitischen Projekt nicht locker. In der Rede zur Lage der Nation beschwor er die Kongressabgeordneten, die nach einer Verschiebung der Mehrheitsverhältnisse im Senat gefährdete Gesundheitsreform doch noch zu verabschieden und allen Amerikanern eine Krankenversicherung zu ermöglichen. "Wenn ich heute Abend meine Rede beendet habe, werden weitere Amerikaner ihre Krankenversicherung verloren haben. Millionen werden sie in diesem Jahr verlieren. Die Versicherungsprämien werden steigen. Zuzahlungen

werden steigen. Patienten werden nötige Behandlungen verweigert werden", beschrieb Obama die Lage des amerikanischen Gesundheitssystems.

Dabei wird in den Vereinigten Staaten sehr viel Geld für Gesundheit ausgegeben. Die Ausgaben im Gesundheitswesen belaufen sich auf rund 16 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. In keinem anderen entwickelten Land ist dieses Verhältnis so hoch. In Deutschland, das nach Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung auch zur Spitzengruppe bei den Gesundheitskosten zählt, summieren sich die Ausgaben nur auf 10,4 Prozent der gesamtwirtschaftlichen Leistung. Im Gegensatz zu Deutschland waren in den Vereinigten Staaten nach behördlichen Angaben zuletzt aber knapp 46 Millionen Menschen, etwas mehr als 15 Prozent der Bevölkerung, nicht krankenversichert. Dazu kommt ein bedeutender Teil der Bevölkerung, der unterversichert ist. Kosten für medizinische Behandlungen sind der Hauptgrund für Privatinsolvenzen in Amerika.

### „Es ist auf jeden Fall schlimmer geworden“

Die meisten Amerikaner, knapp 60 Prozent, sind über ihren Arbeitgeber oder den Arbeitgeber des Ehepartners oder der Eltern bei privaten Krankenversicherungen versichert. Staatliche Versicherungen gibt es seit Mitte der sechziger Jahre auch. Sie beschränken sich allerdings weitgehend auf Senioren (Medicare) und Arme (Medicaid). Etwas mehr als ein Viertel der Bevölkerung nutzt diese Dienste. Seit den neunziger Jahren gibt es zudem ein Versicherungsprogramm für Kinder und Jugendliche aus bedürftigen Familien, deren Einkommen die Höchstgrenzen für Medicaid übersteigt, aber zu gering ist, um die Beiträge für eine private Versicherung zahlen zu können. Angehörige des Militärs und Veteranen sind auch staatlich krankenversichert.

Die Leistungen des amerikanischen Gesundheitssystems halten allerdings nicht mit den Kosten mit. Die Kindersterblichkeit in den Vereinigten Staaten ist höher und die durchschnittliche Lebenserwartung geringer als in anderen Industrieländern. Vor zehn Jahren rangierte das amerikanische Gesundheitssystem laut der Weltgesundheitsorganisation WHO bei der allgemeinen Leistung nur auf Rang 37 unter 191 Mitgliedstaaten.



## Zum Thema

FAZ.NET-Spezial: Teure Gesundheit, begehrte Pharma-Pfründe

Wer mit Amerikanern spricht, bekommt den Eindruck, dass sich die Lage seither noch verschärft hat. Die erfahrene New Yorker Ärztin Virgie Bright Ellington bemängelt, dass der Druck seitens der teilweise börsennotierten privaten Krankenversicherer die Zeit zu stark limitiert, die ein Arzt mit den Patienten verbringt. Die Folge: Patienten

bekommen nicht die nötige umfassende medizinische Betreuung. "Um mehr Geld zu verdienen, muss der Versicherer von Patienten höhere Prämien und Zuzahlungen verlangen oder die Ärzte schlechter bezahlen. Gewöhnlich ist es eine Kombination", sagt Bright Ellington. Auch Versicherte spüren diesen Druck. "Es ist auf jeden Fall schlimmer geworden", sagt Michael Rustin, ein New Yorker Sozialarbeiter. Früher übliche Versicherungsleistungen, etwa für den Zahnarzt, seien gestrichen worden. Die Auswahl der Ärzte wurde eingeschränkt. Gleichzeitig werden Arbeitgeber und Versicherte stärker zur Kasse gebeten.

## Notaufnahmen überfüllt

Gleichzeitig sorgen die vielen Nichtversicherten dafür, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser überfüllt sind. Dieses Phänomen ist einer der Gründe für die hohen Kosten des amerikanischen Gesundheitssystems. Krankenhäuser sind seit den achtziger Jahren gesetzlich verpflichtet, in Notfällen jeden Patienten zu versorgen - unabhängig von seiner Fähigkeit zu zahlen. Mehr als die Hälfte der in der Regel teureren Notfallbehandlungen in Krankenhäusern wird aber nicht bezahlt. Das hat zu Schließungen von Hospitälern sowie zu einer Verlagerung der Kosten auf versicherte Patienten geführt.

Auch die Kosten für verschreibungspflichtige und patentierte Medikamente tragen zum hohen Kostenniveau des Gesundheitssystems bei. Pharmaverbände argumentieren, dass die hohen Preise notwendig seien, um Forschung und Entwicklung zu finanzieren. Ausgaben für Medikamente tragen aber nur ein Zehntel zu den gesamten Kosten im amerikanischen Gesundheitswesen bei. Den größten Block, mehr als die Hälfte, stellen Ausgaben für Krankenhäuser und ärztliche Dienstleistungen. Die Haushaltsbehörde des Kongresses führt die Hälfte des Kostenwachstums in den vergangenen Jahrzehnten auf technologischen Fortschritt bei der medizinischen Versorgung zurück. Als weiterer Grund gilt die fragmentierte Versicherungslandschaft in den Vereinigten Staaten. Das führt zu höheren Verwaltungskosten. Zudem resultiert daraus eine im internationalen Vergleich schwache Käuferseite. Den Versicherern stünden teilweise nahezu monopolistische Anbieter wie große Hospitalketten gegenüber, heißt es in einer Studie. Die staatlichen Versicherer Medicare und Medicaid hätten zwar mehr Einfluss bei der Verhandlung der Preise für Dienstleistungen. Staatlich kontrollierte Gesundheitssysteme wie in Kanada oder Europa hätten allerdings wesentlich mehr Macht als Käufer, weil es sich dort um ein Nachfragemonopol handele.

Text: F.A.Z.

Bildmaterial: AP

© Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH 2010.

Alle Rechte vorbehalten.

Vervielfältigungs- und Nutzungsrechte erwerben



Verlagsinformation

Mit dem FAZ.NET-Stromrechner können Sie sich Ihren persönlichen Stromtarif kostenlos berechnen lassen. Jetzt hier klicken und Stromtarife vergleichen.

<http://www.faz.net/-gq5-70zd8>

HERAUSGEGEBEN VON WERNER D'INKA, BERTHOLD KOHLER, GÜNTHER NONNENMACHER, FRANK SCHIRRMACHER, HOLGER STELTZNER

## Frankfurter Allgemeine Politik

[Home](#) [Politik](#) [Ausland](#)

Amerikanisches Gesundheitssystem

28.06.2012, 18:36 Uhr

### Teuer und gut - aber nicht für alle

28.06.2012 · Das amerikanische Gesundheitssystem ist eine Mischung aus öffentlicher und privater Vorsorge. Die Mittelschicht kann damit gut leben. Bei der Säuglingssterblichkeit hingegen schneiden die Vereinigten Staaten schlechter ab als Kuba.

Von MATTHIAS RÜB, WASHINGTON

Artikel



© AFP

Jubel in Washington: Anhänger von „Obamacare“ nach dem Urteil

**W**eil Amerika das Land des kategorischen Superlativs ist, muss in Amerika immer alles am besten sein. Die stärksten Streitkräfte, die klügsten Wissenschaftler, die erfinderischsten Unternehmer, die erfolgreichste Filmindustrie. Und das beste Gesundheitswesen? Auf jeden Fall das teuerste.

Kein Land der Welt gibt so viel Geld aus für die Gesundheitsversorgung seiner Bevölkerung wie die Vereinigten Staaten - in absoluten Zahlen wie relativ zur Einwohnerzahl. Die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung belaufen sich derzeit auf rund 2,6 Billionen Dollar jährlich. Die Pro-Kopf-Ausgaben für die fast 314 Millionen Menschen in den Vereinigten Staaten sind fast doppelt so hoch wie in Deutschland.

Seit 1980, als in Amerika noch etwa 226 Millionen Menschen gezählt worden waren, haben sich die Kosten im Gesundheitswesen mehr als verzehnfacht. Zwar hat sich die Kostenzunahme seit der Jahrtausendwende verlangsamt. Doch noch immer übersteigt der Anstieg um jährlich rund sieben Prozent das Wachstum des Nationaleinkommens. Derzeit machen die Kosten im Gesundheitswesen fast 18 Prozent des Bruttoinlandsprodukts aus.

#### Ganze Politikergenerationen scheiterten

Auch die rund 50 Millionen Menschen ohne private oder staatliche Krankenversicherung - unter ihnen sind etwa elf Millionen illegale Einwanderer - tragen zu den immensen Kosten bei. Denn auch die Unversicherten nehmen Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern in Anspruch: Wer auch immer wegen eines medizinischen Notfalls in den „Emergency Room“ eines Krankenhauses kommt,



muss dort behandelt werden. Die Rechnungen, welche die Krankenhäuser für die Behandlungen verschicken, können die meisten Unversicherten nicht bezahlen. Die Kosten in Milliardenhöhe teilen sich die Krankenhäuser, die Kommunen, die Teilstaaten, die Bundesbehörden - und die Versicherten der privaten und öffentlichen Versicherungsträger sowie die Steuerzahler.

An dem Versuch, den Kostenzuwachs im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen, den Versicherungsschutz auf möglichst alle Einwohner auszudehnen und zugleich die Qualität der Gesundheitsversorgung zu sichern oder zu erhöhen sind schon ganze Politikergenerationen gescheitert. Das amerikanische Gesundheitswesen ist ein Mischsystem aus privatem und öffentlichem Versicherungsschutz. Marksteine bei der öffentlichen Versicherung sind die Schaffung der staatlichen Versicherungen für Senioren (Medicare) und Arme (Medicaid), die 1965 geschaffen wurden und seither unentwegt gewachsen sind.

### **Kaum überschaubare Vielfalt**

Die Kosten nehmen vor allem bei der Medicare-Versicherung zu, in die neben Senioren mit 65 Jahren auch Behinderte und unheilbar Kranke aufgenommen werden. Gegenwärtig sind 48 Millionen Amerikaner über Medicare versichert, 40 Millionen Senioren und acht Millionen Jüngere mit Behinderungen. Weil immer mehr Menschen immer älter werden und immer länger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, ist die Kostenzunahme bei Medicare kaum zu bremsen. Daneben gibt es weitere öffentliche Versicherungssysteme des Bundes sowie der Bundesstaaten für Militärangehörige, Angestellte im öffentlichen Dienst sowie für Kinder und Jugendliche.

Der zweite Pfeiler sind die privaten Versicherungen und Versorgungspläne, von denen es eine kaum überschaubare Vielfalt gibt. Die meisten Amerikaner sind durch ihre Arbeitgeber versichert, die von 50 Prozent bis mitunter 100 Prozent der Versicherungsprämie übernehmen. Die privaten Arbeitgeber versuchen, durch Gruppenverträge mit Versicherungen und Pharmazieunternehmen die Kosten zu reduzieren. Gut vier Fünftel der amerikanischen Versicherten geben den Leistungen ihrer Krankenversicherung die Noten „gut“ oder „ausgezeichnet“.

### **Erst „Hillarycare“, nun „Obamacare“**

Was das amerikanische Gesundheitswesen leistet, ist dennoch umstritten. Zwar bringt es Spitzenleistungen hervor, und mehr als 80 Prozent der Versicherten fühlen sich gut bis bestens versorgt. Wer in Amerika zur Mittelschicht gehört, leistet sich für seine Kinder eine erstklassige kieferorthopädische Behandlung. Bei der Säuglingssterblichkeit dagegen schneiden die Vereinigten Staaten nach Erhebungen der Weltgesundheitsorganisation WHO schlechter ab als Kuba.

Der Wille, den Versicherungsschutz auf alle Amerikaner auszudehnen, war seit je der wichtigste Grund für alle Versuche, das amerikanische Gesundheitswesen zu reformieren. Dieser Wille stand schon im Zentrum von „Hillarycare“, dem früh am Widerstand des Kongresses gescheiterten Reformvorhaben des demokratischen Präsidenten Bill Clinton und der damaligen „First Lady“ und Gesundheitsbeauftragten Hillary Clinton in den Jahren 1992 und 1993. Der neue Anlauf unter Präsident Barack Obama vom März 2010, der weithin „Obamacare“ genannt wird, soll mittels allgemeiner Versicherungspflicht den Krankenversicherungsschutz auf 97 Prozent der Amerikaner ausdehnen. Die allgemeine Versicherungspflicht soll erst 2014 in Kraft treten, andere Bestimmungen des Gesetzes - etwa dass junge Erwachsene bis zum Alter von 26 Jahren bei ihren Eltern versichert bleiben können - gelten schon jetzt.

Die Klage von 26 Bundesstaaten gegen „Obamacare“ sowie der geeinte politische Widerstand der Republikaner waren vor allem gegen die allgemeine Versicherungspflicht gerichtet. Die Obersten Richter ließen mit ihrer Entscheidung vom Donnerstag mit fünf zu vier Stimmen diese Pflicht faktisch bestehen. Der konservative Vorsitzende Richter John Roberts, der gemeinsam mit den vier linksliberalen Richtern votierte, taufte die Versicherungspflicht aber in eine vom Kongress in Washington neu eingeführte Bundessteuer um, die damit verfassungskonform sei. Im politischen Streit darum, ob „Obamacare“ eine

Machtanmaßung der Bundesregierung gegenüber den Einzelstaaten sei, ob staatlicher Dirigismus oder marktwirtschaftlicher Wettbewerb mehr Menschen einen Krankenversicherungsschutz bieten und die Kosten reduzieren könne, nahm das Oberste Gericht keine Stellung.

---

#### Weitere Artikel

Oberstes Gericht billigt Obamas Gesundheitsreform  
Kommentar: Verfassungskonform  
Video: Oberster Gerichtshof entscheidet über Obamas Gesundheitsreform  
Vereinigte Staaten: Der amerikanische Patient  
Vereinigte Staaten: Ablenkungsmanöver in einem verpatzten Monat  
„Obamacare“: Brokkoli, Beerdigungen und Dominosteine

---

Quelle: F.A.Z.

[Zur Homepage FAZ.NET](#)

Hier können Sie die Rechte an diesem Artikel erwerben

Themen zu diesem Beitrag: [Amerika](#) | [Deutschland](#) | [USA](#) | [Alle Themen](#)

---

**Frankfurter Allgemeine**  
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

---

© Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH 2014  
Alle Rechte vorbehalten.



<http://www.faz.net/-hoz-7158u>

HERAUSGEGEBEN VON WERNER D'INKA, BERTHOLD KOHLER, GÜNTHER NONNENMACHER, FRANK SCHIRRMACHER, HOLGER STELTZNER

## Frankfurter Allgemeine Politik

[Home](#) [Politik](#) [Ausland](#) [Amerika](#)

Gesundheitsreform in Amerika

05.10.2013, 10:36 Uhr

### Empörende Zahlen

05.10.2013 · Kaum irgendwo sonst als bei Obamas Gesundheitsreform wird der Gegensatz zwischen einem „linken“ Präsidenten und einer „rechten“ Opposition betont. Warum die Amerikaner mit „Obamacare“ hadern.

Von ANDREAS ROSS, WASHINGTON

Artikel



Mit Luftballons: New Jersey nimmt Versicherungsanträge nicht nur online an.

© AFP

„Obamacare“ war ein Kampfbegriff der Republikaner. Aber dem Präsidenten gefällt das Etikett. Barack Obama ist davon überzeugt, dass seine Gesundheitsreform eklatante Lücken im Versicherungsschutz der Amerikaner schließen wird, und er beharrt darauf, dass sie überdies die Kosten im Zaum hält. Alle Umfragen scheinen aber den Republikanern recht zu geben, die sich in ihrem Kampf gegen das Unterfangen auf das Volk berufen. So haben Demoskopien jüngst für den Sender NBC und das „Wall Street Journal“ ermittelt, dass 45 Prozent der Amerikaner erwarten, Obamacare werde negative Folgen für das Land haben. Nur 23 Prozent versprechen sich Verbesserungen. Immerhin 30 Prozent der Befragten rechnen damit, dass die Reform ihrer Familie schadet, während sich nur gut jeder Zehnte auf eine Verbesserung der eigenen Lage einrichtet. Doch Obacht: Nur drei von zehn Befragten sagen, dass sie überhaupt begreifen, worum es bei Obamacare geht. Selbst die Ärzte haben sich mehrheitlich nicht bemüht, die Reform zu verstehen.

So viel Zeit die Sender auf den Streit verwenden, so rar sind sachliche Darstellungen. Schon die Überlastung der Websites am Dienstag, als die Online-Börsen für subventionierte Versicherungspolizen eröffneten, wurde in Talkshows als Beleg des Scheiterns skandalisiert. Es rächt sich, dass Obama 2010 die Umwälzung allein mit den Stimmen der Demokraten durchgepaukt hat, während früher breite, überparteiliche Mehrheiten in Grundsatzfragen üblich waren. So konnte der Widerstand gegen Obamacare für die Republikanische Partei in ihrer Krise identitätsstiftend wirken. In dem durch gnadenlos zugespitzte oder falsche Behauptungen über angebliche Reformfolgen vergifteten Klima tut sich die Regierung schwer, Pannen bei der hastigen Einführung zuzugeben, bürokratische Auswüchse zu verhindern und allzu optimistische Sparprognosen zu korrigieren.

Obamacare ist wie geschaffen, um den Gegensatz zwischen einem linken Präsidenten und einer Opposition zu akzentuieren, die sich nach den schuldenfinanzierten Konjunkturprogrammen erst recht für eine schlanke Bundesregierung einsetzt. Durch den „Affordable Care Act“ entstehen Ansprüche auf Beihilfen, die sich in zehn Jahren auf mehr als eine Billion Dollar summieren. Diese Zahl empört Republikaner. Doch sie berücksichtigt weder die Einnahmequellen, die Obamacare erschließt (etwa eine umstrittene Steuer auf technische medizinische Hilfsmittel), noch anderweitige Spareffekte. Nach Berechnungen des unabhängigen Budgetamts des Kongresses wird die Gesundheitsreform das Haushaltsdefizit verringern. Kritiker malen aber die Gefahr von Betrug an die Wand - und kritisieren zugleich die Bürokratie, die aufgebaut wird, um Missbrauch zu verhindern. Vor allem die künftige Krankenversicherungspflicht leitet Wasser auf die Mühlen von Republikanern, die vor einem einen bevormundenden Staat warnen. Wenn sich eine Familie mit einem Jahreseinkommen von 73.000 Dollar in Ohio nicht krankenversichert, droht ihr ein Bußgeld von mehr als 2000 Dollar im Jahr. Dass die Regierung als Nächstes eine „Broccoli-Pflicht“ verhängen werde, also jeden Bürger zum regelmäßigen Kauf des Broccoli-Gemüses verpflichten werde, gehört zu den wiederkehrenden Phrasen einer hitzigen Debatte, deren Teilnehmer meist nur eine Seite der Medaille beleuchten.

### **Mit Richtigstellungen ist schwer durchzudringen**

Die andere zeigt in den Augen der Demokraten das leuchtende Bild eines Landes, in dem endlich nicht mehr 15 Prozent der Bevölkerung ohne Krankenversicherung dastehen werden. Denn die Versicherer dürfen nicht mehr nach Vorerkrankungen fragen, bevor sie eine Versicherungsprämie verlangen. Und selbst Amerikaner, die über das Vierfache der Armutsgrenze von derzeit 11.490 Dollar für Alleinstehende verfügen, können künftig staatliche Hilfen bekommen. Auch in der Wählerklientel der Republikaner gibt es viele Bürger, die wegen Vorerkrankungen bisher durch das Raster gefallen sind. Während Angestellte, die wie der Großteil der Amerikaner über ihren Arbeitgeber versichert sind, meist keine Probleme haben, können sich Diabetiker etwa oft nur zu horrenden Kosten versichern, wenn sie sich beispielsweise selbständig machen. So wenig, wie die Demokraten von der Versicherungspflicht und den Strafen reden, so selten erinnern die Republikaner an diesen Missstand, den Obamacare abstellt.

So gerät der Zusammenhang aus dem Blick: Wenn plötzlich Millionen von Kranken günstigen Versicherungsschutz erhalten, müssen die Gesellschaften umso mehr Gesunde anlocken, deren Prämien die aufwendigen Behandlungen der Kranken mitfinanzieren. Dazu dient die Versicherungspflicht. Dass die Versicherungsprämien der Amerikaner zuletzt teils drastisch gestiegen sind, konnte die Regierung allerdings nicht verhindern. Sein Wahlversprechen von 2008, dass viele Familien bis zu 2500 Dollar jährlich sparen würden, kann Obama nicht einhalten.

Zur schlechten Stimmung tragen ferner die Klagen von Unternehmen bei. Die Versicherungspolice, die sie ihren Angestellten besorgen, müssen neuen Regeln gehorchen. Außerdem werden neue Berichtspflichten und Gebühren eingeführt. Die Spitze des Eisbergs bildet die sogenannte Cadillac-Steuer, die Arbeitgeber von 2018 an zu entrichten haben, wenn sie ihren Mitarbeitern einen zu umfassenden Schutz bieten - denn das könnte die Versicherten animieren, das Gesundheitssystem über Gebühr zu strapazieren. Nicht zuletzt Gastronomiebetriebe schimpfen zudem auf die Regelung, dass ein Mitarbeiter von 30 Wochenstunden an als Vollzeitkraft anzusehen ist, was zur Folge haben kann, dass mehr kleine Unternehmen ihre Mitarbeiter krankenversichern müssen - oder Personal entlassen. Eine große Kette droht schon, dass wegen Obamacare die Pizza teurer wird. Nicht aufgegangen ist Obamas Plan, die Republikaner durch Dezentralisierung einzubinden. Die Börsen für Versicherungspolice sind in jedem Staat anders organisiert. Das erschwert es, mit einer einfachen Botschaft landesweit für die Reform zu werben. Viele republikanische Gouverneure verzichten sogar auf üppige Bundeszuschüsse, um die Reform zu hintertreiben. Das verursacht auf regionaler Ebene Probleme, die landesweit skandalisiert werden.



Den Bundesstaaten bleibt es auch überlassen, ob die auf ihren Marktplätzen angebotenen Policen die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche übernehmen. Doch für viele Kritiker ist klar: Obamacare subventioniert Abtreibungen. Noch mehr Widerhall findet die frühere Vizepräsidentschaftskandidatin Sarah Palin von der Tea Party mit ihrer Warnung vor den „death panels“: Obamas Bürokraten würden künftig darüber entscheiden, ob und wie ein behindertes Kind oder alte Menschen behandelt würden. Dabei ist es dem noch zu formierenden Gremium, das die Wirksamkeit von Therapien analysieren soll, klar untersagt, Gesundheitsleistungen zu rationieren. Doch mit Richtigstellungen ist schwer durchzudringen.

---

## Weitere Artikel

Haushaltsstreit in Amerika: Unruhe stiften im Stillstand

Kommentar: Stillstand in Washington

Haushaltsstreit in Amerika: Erpressung ohne Lösegeld

US-Gesundheitsreform: Krankenversicherung mit Zuckerbrot und Peitsche

Obama wirft Republikanern „ideologischen Kreuzzug“ vor

---

Quelle: F.A.Z.

[Zur Homepage FAZ.NET](#)

Hier können Sie die Rechte an diesem Artikel erwerben

Themen zu diesem Beitrag: [Barack Obama](#) | [Bundesregierung](#) | [NBC](#) | [Alle Themen](#)

---

## Video-Empfehlungen



Frankreich

Der Kampf gegen den Atlantik ist verloren 6.2.2014



Grenoble

Managerin Kehm: Schumacher wird langsam aus dem Koma geholt 30.1.2014



Berlinale

Feierliche Eröffnung der Internationalen Filmfestspiele von Berlin 7.2.2014

---

**Frankfurter Allgemeine**  
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

---

© Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH 2014  
Alle Rechte vorbehalten.