

Jens Alber, Brigitte Bernardi-Schenkluhn

Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich

Bundesrepublik Deutschland,
Schweiz, Frankreich, Italien,
Großbritannien

Campus

Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich



**Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung
Köln**

Jens Alber, Brigitte Bernardi-Schenkluhn

Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich

Bundesrepublik Deutschland, Schweiz,
Frankreich, Italien, Großbritannien

Campus Verlag
Frankfurt/New York

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich :
Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien,
Grossbritannien / Jens Alber ; Brigitte Bernardi-Schenkluhn.
[Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln]. -
Frankfurt/Main ; New York : Campus Verlag, 1992
(Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln ;
Bd. 8)
ISBN 3-593-34385-1

NE: Alber, Jens; Bernardi-Schenkluhn, Brigitte; Max-Planck-Institut
für Gesellschaftsforschung <Köln>: Schriften des Max-Planck-
Instituts ...

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede
Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und
Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Copyright © 1992 Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main
DTP-Satz: C. Lehmann, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln
Umschlaggestaltung: Atelier Warminski, Büdingen
Druck und Bindung: KM-Druck, Groß-Umstadt/Seemd
Printed in Germany

Inhalt

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	14
Verzeichnis der Abkürzungen	17

Vorwort	25
----------------	----

1. Bundesrepublik Deutschland · 31

Jens Alber

A Grundzüge	31
--------------------	----

1. Nationale Grundcharakteristika	31
2. Grundzüge der historischen Entwicklung	36
3. Leistungskatalog	66
4. Mitgliederkreis	68
5. Finanzierungsweise	70

B Akteure	75
------------------	----

1. Staatliche Akteure	75
2. Justiz	76
3. Krankenkassen und Kassenverbände	77
4. Ärzte	81
5. Zahnärzte	86
6. Paramedizinisches Personal	87
7. Krankenhäuser	89
8. Arzneimittelhersteller und -vertreiber	92
9. Hilfsmittel- und Gerätehersteller	93
10. Beratungs- und Steuerungsorgane	94

C Leistungsbereiche und Regelungsmechanismen	97
1. Ambulanter Sektor	97
1.1 Grundmerkmale	97
1.2 Regelungsmechanismen	101
1.3 Problemperzeption und Reforminitiativen	111
2. Stationärer Sektor	117
2.1 Grundmerkmale	117
2.2 Regelungsmechanismen	120
2.3 Problemperzeption und Reforminitiativen	127
3. Arzneimittelsektor	134
3.1 Grundmerkmale	134
3.2 Regelungsmechanismen	139
3.3 Problemperzeption und Reformvorschläge	149
4. Zahnmedizinische Versorgung	151
4.1 Grundmerkmale	151
4.2 Regelungsmechanismen	156
4.3 Problemperzeption und Reforminitiativen	161
Anhang zu Kapitel 1	164
Literatur	165

2. Schweiz · 177

Brigitte Bernardi-Schenkluhn

Einleitung: Problemperzeption im Inland	177
A Grundzüge	179
1. Das schweizerische Gesundheitssystem zwischen den Polen privater und öffentlicher Verantwortlichkeit	179
2. Historie	184
2.1 Die Herausbildung bundespolitischer Kompetenzen in der Gesundheitspolitik	184
2.2 Inkrementale Veränderungen mit der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes von 1964	186
2.3 Reformblockade auf bundespolitischer Ebene nach 1964	188

3. Die Organisationsstruktur im Überblick	191
4. Finanzierung der Krankenkassen	196
4.1 Krankenkassenbeiträge und Subventionen	196
4.2 Selbstbeteiligung und private Zusatzversicherungen	204
5. Mitgliederkreis der Krankenkassen	207
6. Leistungskatalog und Leistungsorganisation	213
6.1 Leistungskatalog	213
6.2 Die Organisation von Leistungsangebot und -nachfrage	217
B Akteure	221
1. Politische Akteure	225
1.1 Bundesebene	225
1.2 Kantonale Ebene	229
1.3 Kommunale Ebene	235
2. Justiz	236
3. Sozialpartner	238
4. Krankenkassen	239
5. Ärzte	246
6. Zahnärzte	251
7. Krankenhäuser	254
8. Pflegepersonal	257
9. Arzneimittelhersteller und -vertreiber	261
C Leistungsbereiche und Regelungsmechanismen	266
1. Ambulanter Sektor	266
1.1 Infrastruktur	266
1.2 Honorierung in der ambulanten medizinischen Versorgung	270
1.3 Die "Ärzteplethora" als Grundproblem der ambulanten Versorgung	275
2. Stationärer Bereich	279
2.1 Infrastrukturentscheidungen in den Kantonen	279
2.2 Tarifbildung und Kostenkontrolle	284

2.3 Vergütung des Personals im Krankenhaus	290
2.4 Steigender Pflegebedarf versus Kostenreduktion - der gordische Knoten in der stationären Versorgung	294
3. Arzneimittelbereich	296
3.1 Die Zulassung von Arzneimitteln und Arzneimittelvertreibern	296
3.2 Preisbildung	302
3.3 Kostenverursacher oder Wachstumsträger - die Ambivalenz im schweizerischen Arzneimittelsektor	305
4. Zahnbereich	307
4.1 Infrastruktur	307
4.2 Tarifbildung	308
4.3 Bilanz der zahnärztlichen Versorgung: Erfolge in der Prävention, aber Probleme der individuellen Finanzierung	310
Interviewpartner	313
Literatur	313
Zeitungsartikel ohne Verfasser	321
Gesetze und Verordnungen	321

3. Frankreich · 323

Jens Alber

A Grundzüge	323
1. Nationale Grundcharakteristika	323
2. Grundzüge der historischen Entwicklung: Von der liberalen zur korporatistischen Medizin	325
3. Die aktuelle Organisationsstruktur im Überblick	340
4. Finanzierung	346
5. Mitgliederkreis	350
6. Leistungskatalog	352

B Akteure	354
1. Die Akteurkonfiguration im Überblick	354
2. Staatliche Akteure	355
3. Justiz	360
4. Krankenkassen und <i>mutuelles</i>	361
5. Die Rolle der Sozialpartner	363
6. Ärzte	365
7. Zahnärzte	369
8. Pflege- und sonstiges Personal	369
9. Krankenhäuser	370
10. Arzneimittelhersteller und -vertreiber	372
11. Beratungsorgane	373
C Leistungsbereiche und Regelungsmechanismen	374
1. Ambulante Versorgung	374
1.1 Infrastruktur und Angebotssteuerung	374
1.2 Die Honorierung und Regulierung der Ärzte im Rahmen von Kollektivverhandlungen	378
2. Zahnbereich	386
3. Stationäre Versorgung	387
3.1 Merkmale der Infrastruktur (Grundcharakteristika und Probleme)	387
3.2 Steuerungsinstrumente und -prozeduren	389
3.2.1 Bedarfsplanung und Angebotslenkung (Mengenkontrolle)	390
3.2.2 Finanzierung und Preisbildung	394
3.2.3 Finanz- und Funktionskontrolle	396
4. Arzneimittel	398
4.1 Charakteristika und Probleme	398
4.2 Die Kontrolle des Arzneimittelsektors	399
Literatur	407

4. Italien · 415

Brigitte Bernardi-Schenkluhn

Einleitung: Problempertzeption im Inland	415
A Grundzüge	417
1. Die Stellung des "Servizio Sanitario Nazionale" im italienischen Gesundheitssystem	417
2. Historie	420
2.1 Erste staatliche Regulierungen des italienischen Gesundheitssystems	421
2.2 Die Vertagung der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bis zum Ausgang der faschistischen Periode	423
2.3 Der Ausbau der Pflichtversicherung in den gesetzlichen Krankenkassen nach 1943	426
2.4 Die Schritte hin zur Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes	428
3. Mitgliederkreis	433
4. Leistungskatalog und Leistungsorganisation	434
4.1 Leistungskatalog	434
4.2 Leistungsorganisation	435
4.2.1 Organisation des Leistungsangebots durch die USL	435
4.2.2 Organisation der Nachfrage	442
5. Die Verwaltungsorganisation des nationalen Gesundheitsdienstes	446
5.1 Zentralstaatliche und regionale Kompetenzen in der Gesundheitsverwaltung	446
5.2 Die Verwaltung auf lokaler Ebene durch die USL	449
5.2.1 Die Führungsorgane der USL	450
5.2.2 Die Verwaltungsorganisation der Fachdienste	454
6. Planung, Budgetierung und Kontrolle	457
6.1 Gesundheitsplanung auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene	457
6.2 Budgetierung und Finanzmittelzuweisung	460
6.2.1 Das formale Procedere	461
6.2.2 Die These vom "fröhlichen Ausgabeverhalten" der USL	463
6.3 Kontrollmechanismen	468

7. Die Finanzierung des "Fondo Sanitario Nazionale" (FSN)	470
B Akteure	477
1. Politische Akteure	480
2. Justiz	484
3. Sozialpartner	485
4. Lokale Gesundheitseinheiten (USL)	486
5. Ärzte	486
6. Zahnärzte	494
7. Krankenhäuser	495
8. Pflegepersonal	497
9. Arzneimittelhersteller und -vertreiber	499
C Leistungsbereiche und Regelungsmechanismen	500
1. Ambulante Versorgung	501
1.1 Infrastruktur	501
1.2 Die Honorierung der Ärzte	502
1.3 Der Public/private Mix als Problem der ambulanten Versorgung	506
2. Stationäre Versorgung	510
2.1 Infrastrukturentscheidungen im Krankenhausbereich	510
2.2 Kostenkontrolle bei den öffentlichen Krankenhäusern	512
2.3 Tagessätze für Privatkliniken	515
2.4 Die regionalen Disparitäten als Grundproblem der stationären Versorgung	516
3. Arzneimittelbereich	517
3.1 Die Zulassung von Arzneimitteln und Arzneimittelvertreibern	517
3.2 Preisbildung	521
3.3 Probleme des Arzneimittelbereichs	523
Interviewpartner	526
Literatur	526
Zeitungs- und Zeitschriftenartikel ohne Verfasser	531
Gesetze und Verordnungen	532

5. Großbritannien · 533

Jens Alber

A Grundzüge	533
1. Die Stellung des <i>National Health Service</i> im britischen Gesundheitssystem	533
2. Historie	535
3. Der Wandel der Organisationsstruktur	543
4. Planung, Budgetierung und Kontrolle	560
4.1 Planung	560
4.2 Budgetierung und Ausgabensteuerung	560
4.3 Kontrolle	566
5. Finanzierung	570
6. Mitgliederkreis	571
7. Leistungskatalog	571
B Akteure	572
1. Die Akteurkonfiguration im Überblick	572
2. Staatliche Akteure	574
3. Finanzierungsinstanzen und spezifisch britische Akteure (QUANGOs)	575
4. Justiz	577
5. Sozialpartner	577
6. Ärzte	578
7. Zahnärzte	581
8. Pflege- und sonstiges Personal	581
9. Krankenhäuser	583
10. Arzneimittelhersteller und -vertreiber	583
11. Konsumentenverbände	584
C Leistungsbereiche und Regelungsmechanismen	585
1. Ambulante Versorgung	585

1.1 Infrastruktur (Organisationsweise und Mengenregulierung)	585
1.2 Die Honorierung der Ärzte (Preisbildungsmechanismus)	589
2. Stationäre Versorgung	593
2.1 Merkmale der Infrastruktur: Grundcharakteristika und Probleme	593
2.2 Steuerungspotentiale	601
3. Arzneimittelbereich	607
3.1 Charakteristika und Probleme	607
3.2 Die Kontrolle des Arzneimittelsektors	608
4. Zahnbereich	614
Literatur	617

6. Politischer Problemdruck und aktuelle Reformstrategien im Vergleich · 623

Brigitte Bernardi-Schenkluhn

1. Die Transformation vom "objektiven" zum "politischen" Problem	624
2. Reformstrategien in zentralistischen und föderalistischen Gesundheitssystemen	628
2.1 Das Krankenhaus als reformpolitischer Ansatzpunkt	629
2.1.1 Italien	630
2.1.2 Frankreich	636
2.1.3 Großbritannien	645
2.1.4 Die italienische, französische und britische Reformpolitik im Vergleich	651
2.2 Die Krankenversicherung als reformpolitischer Ansatzpunkt	655
2.2.1 Bundesrepublik Deutschland	656
2.2.2 Schweiz	665
2.2.3 Die bundesdeutsche und schweizerische Reformpolitik im Vergleich	674
3. Zur Dynamik gesundheitspolitischer Reformen	680
3.1 Medizinische versus ökonomische Rationalität	680
3.2 Divergenz der Systeme - Konvergenz der Reformpfade	688
Literatur	695

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

1 • Bundesrepublik Deutschland

Abb. 1.1	Die Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV	72
Abb. 1.2	Die Struktur der Ärzteschaft	82
Abb. 1.3	Die jährliche Veränderung der GKV-Ausgaben für Zahn-ersatz	160
Tab. 1.1	Kennziffern zur Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung	42
Tab. 1.2	Kennziffern zur Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland	64
Tab. 1.3	Die Struktur der GKV-Mitglieder 1988	69
Tab. 1.4	Die Entwicklung der Kostenbeteiligung	74
Tab. 1.5	Kassen und Mitglieder in der GKV (in Tsd.) nach Kassenart	79
Tab. 1.6	Die Struktur des Krankenhauswesens	91
Tab. 1.7	Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	96
Tab. 1.8	Die Entwicklung von Angebots- und Nachfragefaktoren im ambulanten Bereich	99
Tab. 1.9	Die Position der Ärzte im internationalen Vergleich, ca. 1987	114
Anhang zu		
Kap. 1:		
Tab. 1A.1	Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten in Prozent der Gesamtausgaben	164

2 • Schweiz

Abb. 2.1	Die Organisation des schweizerischen Gesundheitssystems	193
Abb. 2.2	Entwicklung der indizierten Krankenpflegekosten im Vergleich zu den Konsumentenpreisen, Löhnen und Gehältern, 1966-1988	203
Tab. 2.1	Public/Private Mix in der Schweiz	181
Tab. 2.2	Finanzierung der Gesundheitsausgaben	182
Tab. 2.3	Entwicklung der Bundesbeiträge 1966-1987	198
Tab. 2.4	Entwicklung der Krankenkasseneinnahmen (in Prozent) nach den wichtigsten Finanzierungsträgern	200
Tab. 2.5	Die Versicherungsbeiträge ausgewählter Krankenkassen in unterschiedlichen Regionen (je Monat)	202

Tab. 2.6	Anzahl der anerkannten Krankenkassen und Versicherungsdichte, 1914-1987	208
Tab. 2.7	Versicherungsobligatorium in den Kantonen	210
Tab. 2.8	Kassen und Versicherte nach Kassenarten	241
Tab. 2.9	Entwicklung der Ärzteschaft, 1945-1989	247
Tab. 2.10	Zahl der Zahnärzte in freier Praxis und im schulzahnärztlichen Dienst, 1962-1987	252
Tab. 2.11	Krankenhäuser nach Rechtsform, 1988	255
Tab. 2.12	Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten, 1936-1987	256
Tab. 2.13	Das Pflegepersonal in den schweizerischen Krankenhäusern, 1945-1987	259
Tab. 2.14	Die Vertriebskanäle im schweizerischen Arzneimittelmarkt	264
Tab. 2.15	Zahl der Apotheken, 1975-1988	264
Tab. 2.16	Anzahl und Spezialisierung der niedergelassenen Ärzte, 1945-1988	267
Tab. 2.17	Ärztedichte in den Kantonen, 1945 und 1988	268
Tab. 2.18	Höhe und Struktur der Gesundheitsausgaben aller Finanzierungsträger in der Schweiz, 1980 und 1986	276
Tab. 2.19	Ausgaben der Krankenkassen je Versicherten nach Leistungsarten	276
Tab. 2.20	Ausgaben der Krankenkassen je Versicherten in der Grund- und Krankenzusatzversicherung, 1983-1987	277
Tab. 2.21	Akutbettendichte in den Kantonen, 1988	283
Tab. 2.22	Struktur der Krankenhausbetten, 1977 und 1987	283

3 · Frankreich

Abb. 3.1	Die Grundstruktur des französischen Gesundheitswesens	341
Tab. 3.1	Die Entwicklung der Beitragssätze	348
Tab. 3.2	Die Entwicklung der Kostenbeteiligung (in %)	349
Tab. 3.3	Die Mitgliederstruktur der verschiedenen Krankenversicherungssysteme	351

4 · Italien

Abb. 4.1	Sozio-sanitäre Basisbezirke (1983)	441
Abb. 4.2	Weg der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	443
Abb. 4.3	Organisation des nationalen Gesundheitsdienstes	448
Abb. 4.4	Verwaltungsorganisation der lokalen Gesundheitseinheit USL	450
Tab. 4.1	Leistungserbringer im nationalen Gesundheitsdienst (SSN) nach ihrem rechtlichen Status 1986	418
Tab. 4.2	Public/private Mix in Italien	418
Tab. 4.3	Öffentliche Ausgaben für private und öffentliche Leistungserbringer	420

Tab. 4.4	Durchschnittliche Einwohnerzahl von lokalen Gesundheitseinheiten (USL) nach Regionen	436
Tab. 4.5	Parteilpolitische Durchdringung der USL-Leitungsausschüsse	452
Tab. 4.6	Die Vertretung von Berufsgruppen in den Leitungsgremien der USL	453
Tab. 4.7	Defizite der USL 1980-1988	465
Tab. 4.8	Entwicklung der Gesundheitsausgaben 1980-1987	465
Tab. 4.9	Entwicklung der Beitragssätze 1984-1989 (in %)	472
Tab. 4.10	Finanzierung des nationalen Gesundheitsfonds (FSN) 1985-1988 (in Mrd. Lire)	474
Tab. 4.11	<i>Ticket</i> -Regelung ab 1978	476
Tab. 4.12	Entwicklung der Ärztedichte	487
Tab. 4.13	Zahl der Ärzte in direkter Arbeitsbeziehung zum nationalen Gesundheitsdienst (SSN)	490
Tab. 4.14	Öffentliche und konventionierte Krankenhäuser 1986	496
Tab. 4.15	Entwicklung der Bettendichte 1981-1984	496
Tab. 4.16	Das Krankenpflegepersonal im öffentlichen Gesundheitsdienst 1985-1987	498
Tab. 4.17	Entwicklung des Krankenpflegepersonals 1973-1984	498
Tab. 4.18	Ärztedichte in der ambulanten Grundversorgung 1987	504
Tab. 4.19	Die laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen (in Mrd. Lire) 1985-1987	507
Tab. 4.20	Die laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen und Landesteilen in % der Gesundheitsausgaben insgesamt, 1981 und 1986	508
Tab. 4.21	Abhängig beschäftigtes Personal in den öffentlichen Krankenhäusern 1980-1986	514
Tab. 4.22	Entwicklung der Arzneimittelausgaben (in Mrd. Lire) und des mengenmäßigen Arzneimittelverbrauchs	525

5 · Großbritannien

Abb. 5.1	Die Organisationsstruktur des National Health Service in verschiedenen Phasen	548
Abb. 5.2	National Health Service funding and expenditure in England, 1984-85	563
Tab. 5.1	Chronologie der Schwächung intermediärer Gruppen im National Health Service unter konservativer Herrschaft	556
Tab. 5.2	Vollzeitkräfte im National Health Service 1985	582
Tab. 5.3	Daten zur Krankenhausversorgung	595
Tab. 5.4	Die Länge der Wartelisten	597
Tab. 5.5	Zahl der Einwohner pro Computertomograph	599

Verzeichnis der Abkürzungen

Allgemein

EG	Europäische Gemeinschaft
HMO	health maintenance organisation
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
USDHHS	United States Department of Health and Human Services
WHO	World Health Organisation

1 • Bundesrepublik Deutschland

ABDA	Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretung Deutscher Apotheker
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
Bema-Z	einheitlicher Bewertungsmaßstab (für Zahnärzte)
BGA	Bundesgesundheitsamt
BMA	Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMFT	Bundesministerium für Forschung und Technologie
BMJFFG	Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
BO	Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands
BPI	Bundesverband der pharmazeutischen Industrie
BSG	Bundessozialgericht
BT	Bundestag
BVA	Bundesversicherungsamt
DAG	Deutsche Angestelltengewerkschaft
DBfK	Deutscher Berufsverband für Krankenpflege
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	diagnostic related groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GGVÖD	Gemeinschaft der Gewerkschaften und Verbände des öffentlichen Dienstes
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
IKK	Innungskrankenkasse
IVSS	Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit
KA	Konzertierte Aktion (im Gesundheitswesen)
KÄVD	Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands

KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
KVEG	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
NAV	Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands
ÖTV	Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr
RGBI	Reichsgesetzblatt
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
StBA	Statistisches Bundesamt
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
SVRW	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
VGR	volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung
WIdO	Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen
ZVEI	Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie
ZVS	Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen

2 · Schweiz

ALT	Arzneimittelliste mit Tarif
ASEP	Schweizerische Pharmaziestudenten Vereine
BAG	Bundesamt für das Gesundheitswesen
BASAN	Bundesamt für Sanität
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BPV	Bundesamt für Privatversicherungswesen
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CT	Computertomograph
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRGs	Diagnostic related groups
EVG	Eidgenössische Versicherungsgericht
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum = Verbindung der Schweizer Ärzte
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSASA	Gesellschaft schweizerischer Amts- und Spitalapotheker
GSIA	Gesellschaft der Schweizerischen Industrie-Apotheker
IFZ	Interdisziplinäre Forschungszentrum für die Gesundheit
IKS	Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel
IKV	Interkantonale Vereinigung für die Kontrolle der Heilmittel
IV	Invalidenversicherung
KKB	Krankenkasse Bern

KMVG	Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetz
KPK	Krankenpflegekosten
KSK	Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen
KUVG	Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
MO	Marktordnung
MV	Militärversicherung
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
ÖKK	Öffentliche Krankenkasse
OMCT	Ordine dei medici del Cantone Ticino
SANZ	Schweizerische Arzneimittelnebenwirkungsstelle
SAV	Schweizerischer Apothekerverein
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
SCGI	Schweizerische Gesellschaft für Chemische Industrie
SDK	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
SDV	Schweizerische Drogisten-Verband
SGB	Schweizerischer Gewerkschafts-Bund
SKI	Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen
SL	Spezialitätenliste
SMSR	Société médicale de la Suisse romande
Spitex	spitalexterne Krankenpflege
SPO	Schweizerische Patientenorganisation
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVGO	Schweizerische Vereinigung der Gemeindekranken- und Gesundheitspflegeorganisationen
SVPK	Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken
SVS	Schweizerischer Verband der Sozialversicherungsangestellten
VCHP	Verband der christlichen Arbeiter im öffentlichen Dienst
VEDAG	Verband der deutschschweizerischen Ärztegesellschaft
VESKA	Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser
VMA	Verband Mittelständischer Arzneimittelfirmen
VO	Verordnung
VPOD	Verband des Personals des öffentlichen Dienstes
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte
VSSG	Verband Schweizerischer Spezialitäten-Grossisten
WBK	Weiterbildungskonferenz für Ärzte

3 · Frankreich

AMEXA	Assurance Maladie des Exploitants Agricoles
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMRUS	Association Médicale pour la Recherche et l'Union Syndicale
ASSS	Annuaire des statistiques sanitaires et sociales
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs Non-Salariés
CCSMA	Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles
CESS	Commission de l'Équipement Sanitaire et Social
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CFE	Confédération Française d'Encadrement
CFTC	Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CGPME	Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises
CGC	Confédération Générale des Cadres
CGT	Confédération Générale du Travail
CHG	Centres Hospitaliers Généraux
CHR	Centres Hospitaliers Régionaux
CMC	Commission Médicale Consultative
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNPF	Conseil National du Patronat Français
CNT	Commission Nationale des Tarifs
CRASS	Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale
CRH	Commission Régionale de l'Hospitalisation
CRIS	Commissions régionales des institutions sociales et médico-sociales
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
DDASS	Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales des Professions Non-Agricoles
DRASS	Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
FEN	Fédération de l'Éducation Nationale
FHF	Fédération Hospitalière de la France
FIEHP	Fédération Intersyndicale des Établissements d'Hospitalisation Privé
FMF	Fédération des Médecins de France
FNGMF	Fédération Nationale des Généralistes Français
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
FNOSS	Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale
FO	Force Ouvrière
GHM	Groupes Homogènes de Maladies
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
LFPG	Laboratoires françaises des produits génériques
MG-F	Médecins Généralistes de France
PAP	Programmes d'action prioritaires
PMSI	Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information
SESI	Service des Statistiques, des Études et des Systèmes d'Information

SHP	Service Public Hospitalier
SNIP	Syndicat national de l'Industrie pharmaceutique
SPH	Service Public Hospitalier
TSAP	tableaux statistiques d'activité professionnelle
UCANSS	Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale
UNMT	Union Nationale des Mutuelles de Travailleurs
USMF	Union des Syndicats Médicaux de France
USMF	Union Syndicale des Médecins de France
USR	Union Syndicale pour la Réforme des Décrets du 12 Mai

4 • Italien

AIOP	Associazione Italiana degli Ospedali Privati
AMDI	Associazione Medici Dentisti Italiani
ANAAO/ SIMP	Associazione Nazionale Aiuti e Assistenti Ospedalieri
ANCI	Assemblea Nazionale dei Comuni Italiani
ANMC	Associazione Nazionale dei ex-Medici Condotti
ANMDO	Associazione Nazionale dei Medici Direttori Ospedalieri
ANPO	Associazione Nazionale Primari Ospedalieri
ARIS	Associazione Religiosa Istituti Sanitari
CENSIS	Centro Studi Investimenti Sociali
CGIL	Confederazione Generale Italiana del Lavoro
CIMO	Confederazione Italiana dei Medici Ospedalieri
CIP	Comitato Interministeriale Prezzi
CIPE	Comitato Interministeriale della Programmazione Economica
CISL	Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori
COSMED	Confederazione Italiana dei Medici Dipendenti
CSN	Consiglio Sanitario Nazionale
CUMI	Confederazione Unitaria Medici Italiani
ENPAS	Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza (per i dipendenti) Statali
ENPDEDP	Ente Nazionale di Previdenza per i Dipendenti da Enti di Diritto Pubblico
Farm- industria	Associazione Nazionale dell' Industria Farmaceutica
Federfarma	Federazione Nazionale Unitaria dei Titolari di Farmacia Italiani
FIMED	Federazione Italiana Medici Dipendenti
FIMMG	Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale
FIMP	Federazione Italiana Medici Pediatri
FNOM	Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici
FSN	Fondo Sanitario Nazionale
INADEL	Istituto Nazionale per l'Assistenza ai Dipendenti degli Enti Locali
INAM	Istituto Nazionale per l'Assistenza contro le Malattie

INPS	Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale
IPAB	Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza
ISIS	Informazioni Stampa Interesse Sanitario
ISPEL	Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto (Centrale) di Statistica
NAS	Nucleo Anti-Sofisticazioni
PSN	Piano Sanitario Nazionale
SAUB	Struttura Amministrativa Unificata di Base
SNAMI	Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SUMAI	Sindacato Unitario Medici Ambulatoriali Italiani
SUMI	Sindacato Unitario Medici Italiani
UIL	Unione Italiana del Lavoro
UNCEM	Unione Nazionale Comunità Enti Montani
USL	Unità Sanitaria Locale

5 • Großbritannien

ABPI	Association of British Pharmaceutical Industry
ACHC	Association of Community Health Councils
AHA	Area Health Authority
BMA	British Medical Association
CCHMS	Central Committee for Hospital Medical Services
CHC	Community Health Councils
COHSE	Confederation of Health Service Employees
CRM	Committee on the Review of Medicines
CSM	Committee on the Safety of Medicines
DHA	District Health Authority
DHSS	Department of Health and Social Security
FPC	Family Practitioner Committee
GMC	General Medical Council
GMSC	General Medical Service Committee
GP	general practitioner
HAA	Hospital Activity Analysis
HIPE	Hospital In-Patient Enquiry
HJSC	Hospital Junior Staffs Committee
HMC	Hospital Management Committee
HSC	Health Service Commission
HSSB	Health Services Supervisory Board
MIND	National Association for Mental Health
NAHA	National Association of Health Authorities
NALGO	National and Local Government Officers' Association

NHS	National Health Service
NUPE	National Union of Public Employees
PESC	Public Expenditure Survey Committee
PPP	Private Patient Plan
PPRS	Pharmaceutical Price Regulation Scheme
PSS	Personal Social Services
QUANGO	Quasi-Autonomous National Government Organization
RAWP	Resource Allocation Working Party
RHA	Regional Health Authority
RHB	Regional Hospital Board
TUC	Trades Union Congress
VPRS	Voluntary Price Regulation Scheme
WPA	Western Provident Association

Vorwort

Das Institut legt mit diesem Band Ergebnisse einer Untersuchung vor, deren Planung auf das Jahr 1986 zurückgeht und die von den beiden Autoren in der Zeit zwischen 1987 und 1990 durchgeführt wurde. Die ursprünglich weiter angelegte Untersuchung ist mit Vorlage dieses Bandes beendet, da beide Autoren das MPIfG Anfang 1991 verlassen haben, Jens Alber, um einen 1990 an ihn ergangenen Ruf auf einen Lehrstuhl an der Universität Konstanz anzunehmen, Brigitte Bernardi-Schenkluhn, um eine ihr angebotene Referentenstelle im Bundesgesundheitsministerium anzutreten. Unter diesen Umständen kann ein kurzer Rückblick auf die Projektgeschichte helfen, den Zuschnitt dieses Ergebnisbandes zu erklären.

Im Tätigkeitsbericht des MPIfG für das Jahr 1986 ist das erste Mal von der Planung eines Projekts zum internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen die Rede. An der Projektplanung war im Gespräch mit den Direktoren des Instituts Jens Alber beteiligt, der im November dieses Jahres ins Institut eintrat. Über die Zielsetzung der Studie steht im Tätigkeitsbericht für 1986: "Im Zentrum der Untersuchung wird die Frage stehen, wie das Gesundheitswesen in den verschiedenen Ländern strukturiert ist, das heißt welche Akteurskonfigurationen vorherrschen, welche Kompetenzen und Steuerungschancen die einzelnen Akteure besitzen und welche Folgen der unterschiedlichen Organisationsweisen sich hinsichtlich der Dynamik der Ausgabenentwicklung und der Qualität der medizinischen Versorgung feststellen lassen." Das geplante Projekt sollte also seinen analytischen Schwerpunkt in der systematischen Verbindung von Systemstrukturen und Regulierungsmechanismen mit qualitativen und quantitativen Merkmalen des System-Outputs haben, wobei aufseiten der "unabhängigen Variablen" Form und Ausmaß der staatlichen Regelung von zentraler Bedeutung waren. Dementsprechend wurden mit der Schweiz und Großbritannien die Länder mit dem "privatesten" und

dem "staatlichsten" Gesundheitssystem in die Untersuchung einbezogen. Italien war interessant wegen des erst vor nicht allzulanger Zeit vollzogenen Übergangs zu einem nationalen Gesundheitssystem, und mit Frankreich und der Bundesrepublik wurden zwei wichtige Varianten staatlich regulierter und durch Zwangsversicherung finanzierter Gesundheitssysteme erfaßt.

Es war den Institutsdirektoren von Anfang an klar, daß die skizzierte Forschungsaufgabe kein Ein-Personen-Projekt sein konnte. Deshalb wurde 1987 Brigitte Schenkluhn eingestellt und dem Projekt zugeordnet. Darüber hinaus steuerte Bernd Rosewitz Vorstudien zum Aufbau des deutschen Gesundheitswesens bei. Seine Arbeiten wurden später im Rahmen der gemeinsam mit Douglas Webber unternommenen Untersuchung zu Reformversuchen und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen der Nachkriegszeit fortgesetzt (vgl. Band 5 der Schriftenreihe des MPIfG). An dem vergleichenden Projekt, dessen Resultate hier vorgelegt werden, wirkten mehrere studentische Hilfskräfte für unterschiedliche Dauer mit: Jaqueline Rogina, Petra Unkelbach, Andreas Hustadt, Andreas Kniesche und Bruno Hopp.

Ein internationaler Vergleich gesellschaftlicher Teilsysteme - hier: von Gesundheitssystemen - braucht einen analytischen Rahmen. Seine Kategorien müssen es erlauben, einen höchst komplexen, nur multidimensional erfaßbaren Gegenstand möglichst trennscharf zu erfassen. Sie müssen deshalb weit genug sein, um unterschiedliche empirische Ausprägungen eines Merkmals einzuschließen, gleichzeitig aber auch konkret genug, um eine klare Zuordnung von Daten zu bestimmten Kategorien zu erlauben. Unabhängig von diesen analytischen Herausforderungen erwies sich auch hier, daß die Entwicklung eines realitätsgerechten kategorialen Rahmens bereits erhebliche Vorkenntnisse über den Gegenstand voraussetzt, Vorkenntnisse, die Herr Alber und Frau Bernardi-Schenkluhn, beide aus anderen Untersuchungsfeldern kommend, sich zunächst erarbeiten mußten. So versteckt sich eine wesentliche Leistung des Projekts in der Entwicklung einheitlicher Kategorien und einer weitgehend einheitlichen Gliederung, die die Darstellung in den fünf länderbezogenen Kapiteln strukturieren. In inhaltlicher Hinsicht spiegeln die zentralen Kategorien der Gliederung die für das Forschungsprogramm des MPIfG insgesamt kennzeichnende analytische Perspektive wider, die korporativen Akteuren und institutionalisierten Regulierungsmechanismen besondere Aufmerksamkeit schenkt.

Die Materialsammlung wurde nach längeren Diskussionen arbeitsteilig nach Ländern anstatt, wie zeitweise ins Auge gefaßt, nach Themenbereichen gegliedert durchgeführt. Dieser Modus der Arbeitsteilung erlaubt den an einer vergleichenden Untersuchung Beteiligten größere Selbständigkeit; er tendiert zugleich dazu, sie zu "Länderspezialisten" zu machen, was offensichtlich sowohl Vorteile wie Nachteile hat. Brigitte Bernardi-Schenkluhn war von da an für die Länder Italien und Schweiz verantwortlich, Jens Alber für die Bundesrepublik Deutschland, England und Frankreich.

Beim Versuch der vergleichenden Darstellung zeigte sich bald, daß unsere ursprüngliche Annahme, die Systembeschreibung könne sich auf verfügbare Standardwerke stützen, falsch war. Die vorhandene Literatur erwies sich für die Beantwortung zahlreicher konkreter Fragen als unzulänglich. Das galt nicht nur für Länder wie die Schweiz und insbesondere Italien, für die der Mangel an sekundäranalytisch verwertbarer Literatur besonders groß ist, sondern im Prinzip für alle behandelten Länder, einschließlich der Bundesrepublik Deutschland. Der Grund lag in unserer eigenen Zielsetzung. Wenn die Frage beantwortet werden sollte, ob ein bestimmtes Gesundheitssystem sich politisch steuern läßt oder eigendynamisch entwickelt, dann mußten in der Tat für jedes Land die zentralen Akteure im Gesundheitssystem vollständiger erfaßt und die jeweiligen Regelungsmechanismen genauer beschrieben werden, als dies in der verfügbaren Literatur der Fall war. Der Schwerpunkt der Arbeit verschob sich damit zur detailreichen Erfassung nationaler Organisationsstrukturen und Regelungsmechanismen durch Experteninterviews und andere Recherchen vor Ort. Was als relativ knappe Materialsammlungen für einen nachfolgenden Vergleich intendiert war, wuchs so schrittweise zu veritablen Monographien heran. Der graduelle Charakter dieser Schwerpunktverschiebung ist im übrigen den zu unterschiedlichen Zeitpunkten entstandenen Länderkapiteln immer noch anzusehen: Während die zuerst verfaßten Darstellungen Frankreichs und Englands noch primär als Vorarbeiten für einen Vergleich angelegt waren, sind die später entstandenen Länderstudien Italiens, Deutschlands und der Schweiz erkennbar detailreicher geworden.

Die Erweiterung der deskriptiven Aufgabenstellung bezog sich auch auf die historische Dimension. Jedes der in den Vergleich einbezogenen Gesundheitssysteme befand sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in einem Zustand, der erkennbar ein Stadium in einem längeren Prozeß und in wichtigen Punkten nur vor dem Hintergrund vergangener Problemkon-

stellationen, Konfliktregelungen und Folgeproblemen verständlich war. Um dem Rechnung zu tragen, enthält jedes Länderkapitel einen historischen Teil, in dem auf die Entwicklung der gegenwärtigen Strukturen eingegangen wird; an diese Rückblenden knüpft die Analyse der aktuellen Reformpolitiken in Kapitel 6 an.

Durch die Kombination von Informationsreichtum und systematischer Darstellung gewannen die Länderkapitel einen Stellenwert, der ihnen in der ursprünglichen Projektplanung nicht zgedacht war. Im Jahr 1989 wurde daraus der Schluß gezogen, die Untersuchungsergebnisse statt in einem in zwei Bänden zu publizieren, von denen der erste vor allem die Länderkapitel, der zweite dagegen eine vergleichende historische Analyse der Entwicklung von Gesundheitssystemen und der Durchsetzung unterschiedlicher Formen staatlicher Regelung sowie einen Leistungsvergleich und einen Vergleich der Steuerungsprobleme der Gesundheitssysteme in den fünf Ländern enthalten sollte. Brigitte Bernardi-Schenkluhn widmete sich primär der ersten Aufgabe, während Jens Alber vor allem der zweiten Aufgabe des Leistungs- und Steuerungsvergleichs nachging.

Das ursprünglich für die Systembeschreibung entwickelte Variablen-schema hatte auch für den Leistungsvergleich relevante Indikatoren wie etwa den Ressourcenverbrauch oder regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung eingeschlossen. Sehr schnell wurden jedoch grundsätzliche Probleme der Aussagefähigkeit *verfügbarer* Indikatoren für eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit verschiedener Gesundheitssysteme deutlich. Es würde sich lohnen, auf diese Problematik ausführlicher einzugehen, zumal es sich hier keineswegs um ein spezielles Problem von Untersuchungen über das Gesundheitswesen handelt; ein Vorwort ist jedoch dafür nicht der geeignete Ort. Jedenfalls zeigte sich mit dem Fortgang der Untersuchung immer deutlicher, daß dem ursprünglich angestrebten Leistungsvergleich aufgrund der prekären Validität vergleichender Daten überaus enge Grenzen gesetzt sind. Die Behandlung dieses Themas im geplanten zweiten Band hätte denn auch dazu dienen sollen, die Probleme eines theoretisch anspruchsvollen und empirisch gesicherten Leistungsvergleichs im einzelnen darzulegen.

Den Plänen für die zweibändige Publikation wurde der Boden entzogen, als sich beide Autoren im Jahr 1990 entschieden, die zuvor genannten attraktiven Angebote anzunehmen. Die begonnenen Vorarbeiten für systematisch-vergleichende Analysen konnten nicht mehr abgeschlossen werden, ehe zunächst Frau Bernardi-Schenkluhn und bald danach Herr Alber das MPIfG verließen. Frau Bernardi-Schenkluhn ist es jedoch ge-

lungen, im ersten Halbjahr 1991 den Vergleich der Reformdiskussionen in den untersuchten Ländern fertigzustellen, der als Kapitel 6 den vorliegenden Band beschließt. Herr Alber konnte die vorgesehene komparative Analyse nicht mehr zum Abschluß bringen. Er hat das Vergleichsthema allerdings in diversen Aufsatzpublikationen, die in den Tätigkeitsberichten des Instituts dokumentiert sind, aufgegriffen. Auch diese Arbeiten können dem Projekt als Ergebnisse zugerechnet werden.

Das Institutsprojekt zum Vergleich westeuropäischer Gesundheitssysteme hat damit zugleich mehr und weniger erbracht als ursprünglich geplant. Der beabsichtigte Vergleich ist unvollständig geblieben. Dafür sind die Länderkapitel in dem jetzt vorgelegten Band zu umfangreichen monographischen Systemdarstellungen herangereift; mehrere von ihnen sollen, gegebenenfalls um analytische Teile erweitert, auch als Monographie veröffentlicht werden. Die Länderkapitel geben im übrigen an vielen Stellen Auskunft darüber, wo in den jeweiligen Systemen die institutionalisierten Regelungsmechanismen politische Steuerung zulassen oder sich ihr entziehen - was eine der zentralen Ausgangsfragen des Projekts war. Die wissenschaftliche Arbeit am Vergleich westeuropäischer Gesundheitssysteme wird weitergehen, und das hier vorgelegte Buch wird dabei eine wertvolle Materialquelle sein und wichtige Anregungen vermitteln.

Renate Mayntz
Fritz W. Scharpf

Köln, im Dezember 1991

Kapitel 1

Bundesrepublik Deutschland

Jens Alber

A. Grundzüge

1. Nationale Grundcharakteristika

Das deutsche Gesundheitswesen repräsentiert einen mittleren Weg zwischen einem staatlichen Versorgungssystem des britischen Typs und einer primär marktwirtschaftlichen Versorgung, wie sie in den USA oder auch der Schweiz üblich ist. Zentrale Institution ist die **gesetzliche Krankenversicherung (GKV)**, der rund 90% der Bevölkerung angehören.¹ Das Ausgabenvolumen der GKV repräsentiert etwa vier Fünftel der Gesamtausgaben für Gesundheit in der Abgrenzung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Die GKV-Ausgaben lagen 1986 bei 117,2 Mrd. DM, die Gesamtausgaben in der Abgrenzung der VGR bei 149,4 Mrd. DM.²

Für Auskünfte, zur Verfügung gestellte Informationen und/oder kritische Kommentare zu früheren Entwürfen dieses Kapitels bin ich zu besonderem Dank verpflichtet: Gerhard Brenner, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln; Manfred Hammel, Universität Konstanz; Magdalena Heuwing, Marburger Bund, Köln; Klaus-Dirk Henke, Institut für Volkswirtschaftslehre, Universität Hannover; Wolfgang Klitzsch, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf; Philipp Manow-Borgwardt, MPI für Gesellschaftsforschung, Köln; Paul J. Müller, Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln; Manfred Partsch, AOK-Bundesverband, Bonn; Detlev Zöllner, Sachverständigenrat zur Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, Bonn.

- 1 Zur Zahl der Versicherten vgl. SVR (1990: 209) mit Daten aus dem Mikrozensus sowie Daten des Gesundheitswesens (1989: 225) mit den höheren Zahlen der Krankenkassenstatistik; eine Feinaufgliederung der Mikrozensusdaten findet sich in Daten des Gesundheitswesens (1989: 36).
- 2 Quellen: SVR (1990: T302); Schneider u.a. (1989: 354). In der umfassenden funktionalen Abgrenzung, die auch die Gesundheitsausgaben anderer Versicherungsinstitutionen und der Privathaushalte umfaßt, beliefen sich die Gesamtausgaben 1986 auf 249,9 Mrd. DM (SVR 1990: T302). Hier zeigt sich die große Variationsbreite statistischer

Das restliche Fünftel verteilt sich auf die Privathaushalte, sonstige Sozialleistungsträger wie die Rentenversicherung oder die Sozialhilfe und private Versicherungen. Die private Krankenversicherung verzeichnete 1987 Ausgaben in Höhe von rd. 13 Mrd. DM und zählte 5,7 Millionen Mitglieder (Schneider u.a. 1989: 142; SVR 1990: T302, T601).

Das Gesundheitswesen ist Gegenstand staatlicher Regulierung im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes und der Länder. Die Gesetzgebungskompetenz für die im Sozialgesetzbuch (bzw. früher in der Reichsversicherungsordnung - RVO) geregelte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) liegt beim Bund. Das Angebot medizinischer Leistungen liegt jedoch überwiegend in den Händen privater Leistungserbringer. Nur im Krankenhausbereich treten den privaten und frei gemeinnützigen Anbietern auch öffentliche Träger in etwa gleichgewichtig zur Seite. Die Gesetzgebung des Bundes bestimmt Rahmenrichtlinien wie etwa den Umfang der Versicherungspflicht, die Finanzierungsweise und den Leistungskatalog der GKV, überläßt regulatorische Einzelheiten aber der Selbstverwaltung der Kassen und Leistungserbringer. Die Verwaltung der GKV liegt damit in den Händen teilautonomer Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sowohl die Preise medizinischer Leistungen wie die Richtlinien der Leistungserbringung werden im Bereich der ambulanten und der stationären Versorgung in Kollektivverhandlungen zwischen den Verbänden der Kassen und Leistungserbringer ausgehandelt. Wegen der Selbstverwaltung der Kassen und des privaten Charakters des Angebots spielen neben der hierarchischen Steuerung durch den Staat Gruppenverhandlungen der **Verbände** in der Regulierung der medizinischen Versorgung eine herausragende Rolle.

Die **Finanzierung** der Leistungen erfolgt über Pflichtversicherungsbeiträge, die je zur Hälfte von den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu entrichten sind. Aus allgemeinen Steuermitteln werden nur die Investitionen im Krankenhausbereich und der öffentliche Gesundheitsdienst finanziert. Kennzeichnend für das deutsche Gesundheitswesen ist ein Dualismus zwischen kollektiver Finanzierung und privater Leistungserbringung. Dabei gilt eine strikte Differenzierung zwischen Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen (vgl. dazu Döhler 1988). Die Kassen sind zum Unterhalt von Eigenbetrieben, Ambulatorien oder Kliniken in der Regel nicht berechtigt. Sie nehmen vorwiegend Finanzierungs- und in geringerem

Maße auch Regulierungsfunktionen wahr, während die Sicherstellung der medizinischen Versorgung Monopol der Leistungsanbieter ist. Charakteristisch ist ferner eine ausgeprägte Differenzierung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Die gesetzliche Krankenversicherung basiert auf dem *Sachleistungsprinzip*. Während die Patienten freie Arztwahl haben, gilt für die Ärzte das Prinzip der Niederlassungsfreiheit. Die Versicherten überreichen dem Arzt ihrer Wahl den jeweils für ein Quartal gültigen Krankenschein und sind damit zur kostenfreien Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen berechtigt. Ein Anspruch auf die (bis auf kleine Selbstbeteiligungsbeträge) kostenfreie Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln besteht dann, wenn der Arzt sie verordnet. Die Honorierung niedergelassener Ärzte erfolgt nach Einzelleistung. Der Arzt rechnet mit seiner Kassenärztlichen Vereinigung ab, welche die mit den Krankenkassen auf regionaler Ebene ausgehandelte Gesamtvergütungssumme nach Maßgabe der Abrechnungsunterlagen unter den einzelnen Kassenärzten verteilt. Rund 95% der niedergelassenen Ärzte sind als Kassenarzt zugelassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1989: A1).

Die Aufnahme in ein Krankenhaus setzt in der Regel die Einweisung durch niedergelassene Ärzte voraus. Träger der Kliniken sind zu fast gleichen Teilen die öffentliche Hand, frei gemeinnützige Vereine sowie gewinnorientierte private Unternehmer. Den Versicherten steht jedes Krankenhaus, das im Krankenhaus(bedarfs)plan³ des jeweiligen Bundeslandes aufgeführt ist, auf Kosten der Kassen zur Verfügung. Die Krankenhausaufenthalte werden durch pauschalierte Pflegesätze finanziert, die dezentrale Verhandlungssache zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Kassen sind.

Die *Organisationsstruktur der GKV* ist durch den *Kassenpluralismus* mit einem hohen Maß organisatorischer Zersplitterung gekennzeichnet. Für verschiedene Berufs- und Statusgruppen wie Arbeiter und Angestellte, See- und Bergleute, Landwirte oder Künstler galten von je her unterschiedliche Regelungen, die sich in der Gründung oder dem Fortbestand getrennter Kassen niederschlugen. Trotz eines lange anhaltenden Konzentrationsprozesses gibt es noch heute über 1.000 eigenständige Kassen,

3 Während im Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 von der "Krankenhausbedarfsplanung" geredet wurde, ist seit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 nur noch der Terminus "Krankenhausplanung" gebräuchlich.

die sich in acht verschiedene Kassenarten gliedern (vgl. unten Tabelle 1.1 sowie Abschnitt B.3).

Herausragendes Charakteristikum des deutschen Gesundheitswesens *in historischer Perspektive* ist die **hohe Strukturkontinuität** über politische Regimewechsel hinweg. Die im Kaiserreich eingeführte GKV hielt sich in der Weimarer Republik und unter dem Nationalsozialismus ebenso als Schlüsselinstitution des Gesundheitswesens wie in der Bundesrepublik. Die Seltenheit grundlegender Strukturreformen im Kontext regen politischen Wandels hängt vermutlich mit der komplexen Vielfachsteuerung des Gesundheitswesens durch den in Bundes- und Länderinteressen gespaltenen Staat, interorganisatorische Verhandlungen intermediärer Gruppen und verbandliche Selbstkontrollen zusammen (zum Konzept der Vielfachsteuerung vgl. Herder-Dorneich 1980). In der Bundesrepublik wurden seit der Mitte der fünfziger Jahre wiederholt Anläufe zu einer Strukturreform der GKV unternommen. Ungeachtet bisweilen weitreichender politischer Reformvorhaben ist die Grundstruktur bislang aber bemerkenswert konstant geblieben⁴ (zur Analyse der jeweiligen Reformblockaden vgl. die Sekundäranalyse einschlägiger Studien bei Webber 1988 sowie Rosewitz/ Webber 1990).

"Expansion innerhalb konstanter Strukturen" - so konnte man bis zur Mitte der siebziger Jahre die Gesundheitspolitik der Bundesrepublik schlagwortartig charakterisieren. Um nach gescheiterten Versuchen zur Strukturreform vor dem Wähler nicht völlig untätig zu erscheinen, verabschiedeten Regierung und Opposition kurz vor Wahlterminen immer wieder gemeinsam Leistungsverbesserungen im Krankenversicherungsrecht (vgl. dazu die Zusammenfassung einschlägiger Studien in Alber 1989a). Hinzu kam ein zügiger Ausbau der Versorgungsstrukturen insbesondere im Krankenhausbereich. Mit der Wirtschaftskrise der mitsiebziger Jahre trat dann aber das Prinzip der "einnahmenorientierten Ausgabenpolitik" an die Stelle des politisch geförderten oder zumindest tolerierten Wachstums. Seither wird versucht, die Entwicklung des Gesundheitswesens im Interesse der Kostendämpfung stärker zu steuern.

Der Versuch zur **Globalsteuerung** setzt in Deutschland anders als in angelsächsischen Ländern nicht an der Alternative "mehr Markt oder

4 In öffentlichen Diskussionen wird daher immer wieder auf den "historisch gewachsenen" Charakter des gegliederten Krankenversicherungssystems der Bundesrepublik hingewiesen, der nur in seiner Entwicklungsgeschichte nachvollziehbar, nicht aber rational begründbar sei (vgl. BT-Drucksache 11/6380: 186).

mehr Staat" bzw. "competition or regulation" an. Der Organisationsstruktur der GKV entspricht es vielmehr, Steuerungsleistungen über die Stärkung der intermediären Ebene der Verbände anzustreben, die in Deutschland von jeher vergleichsweise viele Funktionen hatte. Die Regulierung durch Verbände wurde in den letzten Jahren auf dreifache Weise ausgebaut. Auf der Makro-Ebene wurde die sog. "**Konzertierte Aktion**" eingerichtet, um Richtgrößen für die Globalsteuerung zu erarbeiten. Das durch das Kostendämpfungsgesetz von 1977 geschaffene Beratungsgremium vereint etwa 60 Vertreter der Leistungsanbieter, der Kassen und der staatlichen Ministerialbürokratie zweimal jährlich in Bonn, um Empfehlungen für die Ausgabenentwicklung und für strukturelle Reformen zu erarbeiten (zur Konzertierten Aktion vgl. Wiesenthal 1981, Herder-Dorneich 1982, Henke 1988).

Auf einer zweiten Ebene feinerer Steuerung bestehen verschiedene **gemeinsame Ausschüsse** der Verbände der Kassen und der Leistungserbringer (Kassenärztliche Vereinigungen bzw. Deutsche Krankenhausgesellschaft). Ihre Befugnis zur Verabschiedung von Richtlinien zur Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung wurden in den letzten Jahren erheblich erweitert (vgl. dazu Abschnitt C sowie SGB V §§ 90-94, 112, 115, 122; Andreas 1975; Hiller 1989). Die dritte Ebene der Steuerung besteht aus der **innerverbandlichen Selbstregulierung**. Sie wurde in jüngster Zeit im Sinne einer Schwächung der Autonomie individueller Leistungsanbieter ausgebaut, andererseits aber zugunsten gemeinsamer Regulierung in Zusammenarbeit mit den Kassen modifiziert. So erhielten im ambulanten Sektor die Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen mit den Kassen erweiterte Kompetenzen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, Bedarfsplanung und Qualitätssicherung (vgl. dazu Boßmann/ Meier-Greve/ Heinz 1984; Henke 1990 sowie §§ 85, 99-106, 135-136 SGB V).

Die starke Stellung der Verbände im deutschen Gesundheitswesen hat eine lange Geschichte und ist Bestandteil der bereits erwähnten außergewöhnlichen Strukturkontinuität. Der Trend zu verstärkter Steuerung und Regulierung zeichnet sich zwar vor allem seit der Wirtschaftskrise der siebziger Jahre ab, knüpft aber an frühere Entwicklungen an, die eine Stärkung der intermediären Gruppen in die Wege leiteten. Die wichtigsten historischen Entwicklungsetappen der Krankenversorgung in Deutschland sollen im folgenden charakterisiert werden.

2. Grundzüge der historischen Entwicklung

Die gesetzliche Krankenversicherung kann auf eine über hundertjährige Geschichte zurückblicken. Die einzelnen Etappen dieser Geschichte sind zwar oft geschildert worden und bedürfen daher keiner Wiederholung im Detail, sie sollen im folgenden aber aus einer - weiter unten genauer zu erläuternden - konflikttheoretischen Perspektive noch einmal sekundär-analytisch zusammengefaßt werden⁵. Zunächst wird die Vorgeschichte des modernen Gesundheitswesens kurz umrissen, um dann die Haupt-etappen der Entwicklung nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung herauszuarbeiten.

Traditionelle Träger der **Krankenhausversorgung** waren in Deutschland wie anderswo in Westeuropa drei Gruppen: die christlichen Kirchen, freie Genossenschaften und Städte bzw. Kommunen. Die Spitalpflege war lange Zeit ein Monopol der Klöster und Ritterorden. Die Krankenpflege war in ihnen zunächst noch eng mit der Armenpflege verknüpft. Erst allmählich entstanden eigene Spitalsorden, die Mitte des 14. Jahrhunderts in Deutschland 155 Heilig-Geist-Spitäler unterhielten (Frühmorgen 1988: 130). Die Auswirkungen der Französischen Revolution brachten die kirchliche Spitalpflege in Deutschland zunächst zum Erliegen, denn der Reichsdeputationshauptschluß von 1803 säkularisierte das Kirchengut und untersagte den Klöstern und kirchlichen Stiftungen die krankenflegerische Tätigkeit. Die Verantwortung für die Spitäler fiel meist den Gemeinden zu. In der Reaktionszeit Mitte des 19. Jahrhunderts kam es aber zur Neugründung vieler katholischer und evangelischer Vereinigungen, die sich der Krankenpflege widmeten und auch selbst Krankenhäuser gründeten. Darauf basieren die heutigen **konfessionellen Krankenhäuser** der Bundesrepublik (Peters 1959: 18; Brück 1981: 80; Frühmorgen 1988: 131; Mayntz/ Rosewitz 1988: 135).

Nach der Reformation kam es auch vermehrt zur Gründung **genossenschaftlicher Selbsthilfeeinrichtungen**. Vor allem die Bergleute gründeten eine Reihe von sog. "Berghospitälern", die für andere Berufsgruppen wegweisend wurden (Brück 1981: 80). Die größeren **Städte** hatten schon

5 Die Darstellung stützt sich vorwiegend auf Peters (1959), Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit (1959), Tennstedt (1976; 1977), Tennstedt/ Leibfried (1979a; 1979b), Leibfried/ Tennstedt (o.J. [1979]), Huerkamp (1980), Zöllner (1981); zu weiteren herangezogenen Studien zählen u.a. Gladen (1974), Hentschel (1983), Webber (1988), Mayntz/ Rosewitz (1988).

im 13. und 14. Jahrhundert eigene Armenhospitäler eingerichtet, in denen bis zur Reformation noch fast ausschließlich Ordensleute tätig waren. Die städtischen und genossenschaftlichen Aktivitäten trugen im Verein mit dem Aufstieg der medizinischen Wissenschaft dazu bei, die Krankenhauspflege allmählich aus dem christlichen Liebesdienst für die Armen herauszulösen. Der preußische Staat unterstellte die Krankenpflegeanstalten im Allgemeinen Landrecht von 1794 staatlicher Aufsicht. In der Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden in den Großstädten dann die ersten modernen Großkliniken (Mayntz/ Rosewitz 1988: 134). Die 1877 eingeführte Statistik der Krankenanstalten zählte für das Deutsche Reich im Ausgangsjahr 2.357 Krankenhäuser mit 107.337 Betten, die im Laufe des Jahres von 472.000 Bürgern in Anspruch genommen wurden (Statistisches Bundesamt 1972: 125). Die Durchschnittsgröße der Kliniken hielt sich mit 45 Betten pro Hospital zunächst noch in engen Grenzen.

Das Entstehen einer professionellen *ambulanten Krankenversorgung* außerhalb des Laiensystems setzte neben dem Ausbau und der Diffusion medizinischen Wissens zweierlei voraus: die Entwicklung eines sichtbar kaufenswerten Angebots ärztlicher Leistungen und das Entstehen einer kaufkräftigen Nachfrage. Der erste Faktor hängt eng mit dem Professionalisierungsprozeß der Ärzte zusammen, der zweite mit dem Aufstieg kollektiver Sicherungssysteme in Gestalt der Krankenkassen.

Die *Ärzte* waren zunächst eine höchst heterogene Gruppe, die erst allmählich zu einem einheitlichen Berufsstand mit klar umrissenen Kompetenzen zusammenwuchs. Der Staat spielte bei diesem Prozeß der Professionalisierung in Deutschland eine herausragende Rolle (vgl. dazu Huerkamp 1980, 1985). Schon 1725 wurde das Recht zur Approbation von den universitären Fakultäten auf eine staatliche Prüfungsbehörde übertragen. Die Prüfungsreform von 1825 schrieb dann erstmals detaillierte Prüfungsanforderungen für alle Arztkategorien vor. Bei Ausgrenzung der untersten Ränge des Heilpersonals wurde die traditionelle Trennung zwischen akademischer Arztkunst und handwerklicher Wundbehandlung zwar beibehalten, aber mit dem sog. "Wundarzt 1. Klasse" mit halbakademischer Ausbildung entstand ein Zwischenrang, der als Brücke zwischen den beiden ärztlichen Berufsgruppen fungierte und ihre allmähliche Annäherung in die Wege leitete (Mayntz/ Rosewitz 1988: 122).

Die allgemeine Mobilisierung des Bürgertums im Vormärz führte auch zur Gründung zahlreicher Ärztevereine, die sich mehrheitlich für die Vereinheitlichung der Berufsausbildung einsetzten. Das Bemühen des Staates um die Integration des Bürgertums nach der gescheiterten Revo-

lution kam auch ihnen zugute (vgl. hierzu neben Huerkamp 1980 auch Spree 1980). Das Gesetz vom 8.10.1852 vereinheitlichte die Ausbildungsbestimmungen und schuf den mit Kompetenzmonopolen von anderen Berufsgruppen abgegrenzten ärztlichen Einheitsstand. Der ehemalige Wundarzt 2. Klasse ging nun in den Beruf des Heildienerers über, der ebenso wie die Hebammen der Oberaufsicht der Ärzte unterstellt wurde. Damit hatten die Ärzte die dominante Stellung im Gesundheitswesen für sich gewonnen.

Die Zahl der Ärzte stieg im 19. Jahrhundert rasch an. Gab es in Preußen im Jahr 1828 erst 1.986 promovierte Mediziner, so waren es 1840 bereits 2.726 (Huerkamp 1980: 357). Im Deutschen Reich wurden 1876 dann schon 13.720 Ärzte gezählt (Statistisches Bundesamt 1972: 124). Der zahlenmäßige Aufstieg des Berufsstandes und die Konsolidierung seiner gesellschaftlichen Stellung mit Hilfe des Staates hatten ihren Preis in Gestalt staatlicher Beaufsichtigung und Reglementierung. So waren die Ärzte z.B. dazu verpflichtet, jedem Bedürftigen ohne Rücksicht auf die eventuelle Zahlungsfähigkeit Hilfe zu gewähren (Huerkamp 1980: 362). Im Bestreben, die Freiheit von staatlicher Bevormundung zu erreichen, setzten sich maßgebliche Ärztevertreter deshalb für eine Liberalisierung der Berufsausübung und für die Gleichstellung der Ärzte mit anderen Gewerbetreibenden ein.

Auf Betreiben ärztlicher Abgeordneter im Norddeutschen Reichstag wurde die ärztliche Tätigkeit in der *Gewerbeordnung von 1869* dann zum Gewerbe erklärt, das jeder ausüben konnte. Das Kurpfuschereiverbot war damit aufgehoben. Nur der Titel "Arzt" blieb gesetzlich geschützt und approbierten Personen vorbehalten. Wenige Jahre später revidierte die Ärzteschaft ihre Haltung. Der Deutsche Ärztetag von 1880 forderte die Herausnahme der Ärzte aus der Gewerbeordnung und eine gesetzliche Absicherung ihres professionellen Kompetenzmonopols. Diese Forderung wurde später auf mehreren Ärztetagen wiederholt, aber erst im Kontext des Niedergangs der Demokratie am Ausgang der Weimarer Republik und unter dem Nationalsozialismus eingelöst.⁶

6 Wie unten noch genauer zu zeigen sein wird, erlangten die Kassenärztlichen Vereinigungen 1931 das Monopol zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung. Die Reichsärzteordnung vom 13.12.1935 und das Heilpraktikergesetz von 1939 bekräftigten dann durch die klare Grenzziehung zwischen Ärzten und Heilpraktikern das Kompetenzmonopol der Ärzte.

Zur Entstehung einer kaufkräftigen *Nachfrage* nach ärztlichen Leistungen trug neben der allgemeinen Wohlstandssteigerung vor allem der Aufstieg der *Krankenkassen* bei. Die im Zuge von Industrialisierung und Urbanisierung rasch wachsenden Kassen hatten einen dreifachen Ursprung in den *freien Hilfskassen* der Zünfte, Gesellen und Knappschaften, den in den alten Gesindeordnungen und dem Gedanken der Unternehmerhaftpflicht wurzelnden *Fabrik-Krankenkassen* der Betriebe und den auf Orts- bzw. Gemeindestatut basierenden *Zwangshilfskassen*. Gesetzliche Regelungen für diese verschiedenen Kassentypen wurden erstmals um die Mitte des 19. Jahrhunderts erlassen. Damit war die Entwicklung dessen, was heute als die "gegliederte Struktur unserer Krankenversicherung" bezeichnet wird, in die Wege geleitet (vgl. dazu im Detail Peters 1959, Zöllner 1981).

Das am **31.5.1883** verabschiedete *Krankenversicherungsgesetz* läßt sich als Amalgam dieser Traditionen interpretieren. Aus der ortstatutorischen Zwangsversicherung wurde der Gedanke der Versicherungspflicht übernommen, aus dem Hilfskassenwesen das Prinzip der Selbstverwaltung und aus den Fabrikkrankenkassen die Mitwirkung der Arbeitgeber an der Finanzierung und Verwaltung der Pflichtversicherung. Die Versicherungspflicht erstreckte sich im Prinzip auf Lohn- und Gehaltsempfänger in bestimmten Betriebsarten, deren Einkommen unter einer bestimmten Versicherungspflichtgrenze blieb. Der Versicherungspflicht konnte in sieben verschiedenen Kassenarten genügt werden, aber der einzelne Versicherte hatte kaum eine Wahlfreiheit, denn die für seinen Beschäftigungszweig vorgesehene Kasse galt in der Regel als Zwangskasse. Die Mitgliedschaft in freien Hilfskassen befreite von der Mitgliedschaft bei gesetzlichen Kassen nur im Falle behördlicher Genehmigung (vgl. Peters 1959: 43-45).

Die Finanzierung der gesetzlichen Kassen erfolgte aus Versicherungsbeiträgen, die zu zwei Dritteln von den Versicherten, zu einem Drittel von ihren Arbeitgebern aufgebracht wurden. Nach dem gleichen Schlüssel verteilten sich auch die Sitze im Vorstand und der Generalversammlung der Selbstverwaltung. Der Leistungskatalog sah Krankengeld in Höhe von 50 Prozent des ausgefallenen Lohns vor, das nach 2 Karenztagen für die Dauer von 13 Wochen bezahlt wurde. Darüber hinaus war von Beginn einer Krankheit an freie ärztliche Behandlung für die Versicherten zu gewähren, wobei die stationäre Behandlung im Krankenhaus an die Stelle ambulanter ärztlicher Leistungen treten konnte. Sachleistungen für Familienangehörige konnten die Kassen per Satzungsbeschluß in den Lei-

stungskatalog aufnehmen (ebd.). Die medizinische Versorgung der Versicherten war nicht das Monopol approbierter Ärzte, sondern stand - entsprechend der 1869 erfolgten Aufhebung des Kurpfuschereiverbots - im Prinzip allen Heilberufen frei (Tennstedt 1976: 388).

Die *Weiterentwicklung* der GKV stand im Zeichen eines *doppelten Inklusionsprozesses* durch Ausdehnung des Mitgliederkreises einerseits und Erweiterungen des Leistungskatalogs andererseits. Einen Überblick über zentrale Entwicklungstrends gibt die Tabelle 1.1. Rechnet man die mitversicherten Familienangehörigen dazu, so ist der *Mitgliederkreis* der gesetzlichen Krankenversicherung von ursprünglich 10 auf heute fast 90 Prozent der Bevölkerung gewachsen. Zu den wichtigsten gesetzlichen Ausdehnungsschritten gehörten die 1911 erfolgte Einbeziehung land- und forstwirtschaftlicher Arbeitnehmer, die 1941 realisierte Ausdehnung auf Rentner sowie die Einführung der Versicherungspflicht für Landwirte (1972), Behinderte (1975), Studenten (1975) und Künstler (1981). Die meisten Selbständigen sind allerdings nach wie vor von der Versicherungspflicht befreit, und für Angestellte - sowie seit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 auch für Arbeiter - gilt die Versicherungspflicht nur bis zu einer Einkommensgrenze. Deshalb zählen auch heute nur drei Viertel der Erwerbstätigen zum Kreis der Pflichtversicherten.⁷ Da die Versicherungspflichtgrenze nicht in gleichem Maße erhöht wurde, wie die Arbeitnehmereinkommen zunahmen, wuchsen die meist zu den besseren Risiken zählenden Höherverdienenden überdies immer stärker aus der Versicherungspflicht heraus. Erst die Dynamisierung der Grenze im Jahr 1970 brachte diesen lang anhaltenden Trend zum Stillstand (vgl. Tabelle 1.1).

Der *Leistungskatalog* der Krankenversicherung erfuhr ebenfalls eine erhebliche Ausdehnung. Ein Änderungsgesetz von 1903 verdoppelte die Bezugsdauer für das Krankengeld auf 26 Wochen. Die Familienversicherung, die ursprünglich als Kannleistung von einzelnen Kassen gewährt wurde und um 1900 bereits für die Hälfte aller Versicherten galt, wurde 1930 zur Regelleistung (Zöllner 1981: 98, IVSS 1959: 27). Die ursprünglich begrenzte Mutterschafts- oder "Wochenhilfe" wurde 1919 für alle weiblichen Versicherten eingeführt und wiederholt aufgestockt. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Bezugsdauer für Sachleistungen wiederholt verlängert, während die Geldleistungen erhöht wurden (vgl. dazu

7 Neben den Höherverdienenden und den Selbständigen zählen auch die Beamten nicht zu den pflichtversicherten Mitgliedern der GKV.

die Übersicht relevanter Gesetze in Alber 1987: 265-268). 1969 wurde auf arbeitsrechtlichem Wege außerhalb der Krankenversicherung die volle Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfall eingeführt. 1970 wurden Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in den Leistungskatalog der Krankenversicherung aufgenommen. 1974 kam ein Anspruch auf die Bezahlung von Haushaltshilfen hinzu, 1989 ein Recht auf häusliche Pflegeleistungen.

Der erweiterte Mitgliederkreis und die erheblich verbesserten Leistungen hinterließen in den Finanzdaten der GKV deutliche Spuren. Ursprünglich noch auf 0,2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts beschränkt, steigerten die Krankenversicherungsausgaben ihren Anteil am Wirtschaftsprodukt in den achtziger Jahren dieses Jahrhunderts auf über 6 Prozent. Der durchschnittliche Beitragssatz versechsfachte sich von ursprünglich etwa 2 auf gegenwärtig rund 13 Prozent (vgl. Tabelle 1.1). Das Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistungen hat sich im Lauf der Zeit völlig umgekehrt. Galt ursprünglich ein Verhältnis von 1,7:1 zugunsten der Geldleistungen, so war 1925 Parität erreicht; 1955 lag die Relation dann schon bei 4:1 zugunsten der Sachleistungen, und seit der Einführung der Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber übersteigen die Sachleistungen die Barzahlungen um mehr als den Faktor 10 (vgl. die Daten in Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1977: 192).

Die **Zahl der Kassen** ist bei wachsender Versichertenzahl mit der Zeit stark geschrumpft (vgl. Tabelle 1.1). Mit der rasch wachsenden Durchschnittsgröße verlor die Selbstverwaltung ihren ursprünglichen Charakter als Organ sozialer Kontrolle, Beratung und Steuerung mit großer Nähe zu den Versicherten. Die modernen Kassen sind bürokratische Großbetriebe, deren hauptamtliche Geschäftsführungen kaum mehr einen lebendigen Bezug zu ihrer Basis haben können. Wo früher der in der sozialen Bewegung verankerte Gewerkschaftsvertreter wirkte, fungiert heute der betriebswirtschaftlich gebildete Manager, der ebenso gut eine Stelle bei Verbänden der Leistungserbringer annehmen könnte (vgl. dazu Smigielski 1980: 93). Es änderte sich aber nicht nur die Binnenstruktur der Kassen. Auch ihre Außenbeziehungen zu den Leistungserbringern unterlagen einem markanten Wandel.

Die **Geschichte der durch die Krankenversicherung** strukturierten Sozialbeziehungen läßt sich weitgehend als ein **Kampf um Lebenschancen organisierter Interessengruppen** bzw. kollektiver Akteure begreifen. In den Auseinandersetzungen ging es primär, aber nicht ausschließlich um materielle Interessen. Auch Kompetenz- und Statusfragen sowie ideelle

Tabelle 1.1: Kennziffern zur Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Jahr	Kassen		Mitglieder						Versicherungspflichtgrenze		Ausgaben				Beitrags-satz
			Insgesamt		Aktiv Versicherte		Pflicht-versicherte				in DM pro Monat	als Vielfaches des Durchschnitts-einkom. ^d	in Mio. DM	in % BIP		pro aktiv Versichertem in DM pro Jahr		%
	Anzahl	durch-schn. Mitgl.-zahl pro Kasse ^a	in Tsd.	in % der Bev.	in Tsd.	in % der Bev.	in Tsd.	in % der Erwerbs-Bev.	nomi-nal	in Prei-sen von 1970 ^e					
1885	18.776	229	4.800	10,3	4.294	9,2	...	(21,8) ^b	(167) ^c	3,09	52	0,2	12	51	2,0
1913/14	21.342	636	23.000	34,3	13.566	20,3	...	(43,6) ^b	(208) ^c	2,06	433	0,7	32	105	3,0
1924/25	7.777	2.345	31.600	51,3	18.235	29,2	...	(57,0) ^b	(225) ^c	1,61	1.190	1,7	65	151	6,0
1937/38	4.625	4.832	...	...	22.348	33,9	...	(66,0) ^b	(300) ^c	1,90	1.870	1,9	81	196	...
1950/51	1.992	10.141	...	...	20.200	40,3	13.336	61,8	375	1,54	2.538	2,6	126	195	6,0
1960/61	2.028	13.383	46.700	83,1	27.141	49,0	17.761	67,0	660	1,29	9.684	3,2	357	459	8,4
1975	1.479	22.596	55.577 ^f	89,9	33.419	54,1	18.983	70,6	2.100	1,14	60.990	5,9	1.825	1.362	10,5
1987	1.182	30.917	53.791	88,1	36.544	59,8	21.375	75,7	4.275	1,34	124.997	6,2	3.420	1.748	12,6

^a Zahl der aktiv Versicherten pro Kasse ^b Aktiv Versicherte in v. H. der Erwerbsbevölkerung ^c Errechnet aus den in den Quellen gegebenen Jahresdaten (2.000, 2.500, 2.700, 3.600 Mark pro Jahr) ^d Bruttolohn- und Gehaltssumme je beschäftigtem Arbeitnehmer (1885 und 1913: Durchschnittseinkommen in Industrie und Handwerk beschäftigter Arbeitnehmer) ^e deflationiert mit dem Preisindex der Lebenshaltungskosten ^f 1976

Quellen:

Kassen: bis 1937: Tennstedt (1976: 403, 408); bis 1951: BMA (1974: 153); bis 1987: SVR (1990: T 301)

Mitglieder

insgesamt: bis 1924: Tennstedt (1976: 403); 1961: BMA (1962: 18); bis 1987: SVR (1990: T 400)

Bevölkerung: bis 1951: Flora u.a. (1987: 57/58); bis 1987: SVRW (1989/90: 240)

aktiv Versicherte: bis 1924: StBA (1972: 219); 1937: Tennstedt (1976: 408); 1938: BMA (1964: 27); bis 1987: BMA (1989b: 114)

Pflichtversicherte: BMA (1989b: 114)

Erwerbsbevölkerung: bis 1938: StBA (1972: 140); bis 1987: SVRW (1989/90: 240)

Versicherungspflichtgrenze: 1885: Zöllner (1981: 92); bis 1975: Lampert (1980: 226/227); 1987: BMA (1989b: 114)

Durchschnittseinkommen: bis 1938: Hoffmann (1965: 469, 461); bis 1960: StBA (1972: 263); bis 1987: SVRW (1989/90: 251)

Ausgaben: bis 1960: StBA (1972: 219); bis 1987: BMA (1989b: 114, 159)

BIP: bis 1951: Flora u.a. (1983: 350/351); bis 1987: SVRW (1989/90: 246).

Preisindex: bis 1925: Hoffmann (1965: 698-700); bis 1960: StBA (1972: 250); bis 1987: SVRW (1989/90: 315)

Beitragssatz: bis 1950: Tennstedt (1976: 403); 1960: Lampert (1980: 226); bis 1987: SVR (1990: 228)

BMA = Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung

StBA = Statistisches Bundesamt

SVR = Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

SVRW = Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Interessen im Sinne unterschiedlicher Vorstellungen von der rechten Ordnung des Gesundheits- und Gemeinwesens standen auf dem Spiel. Da Professionen im Gesundheitswesen eine herausragende Rolle spielen, ging es in Konflikten um die Gesundheitspolitik noch stärker als in anderen Bereichen immer um Markt- **und** Kompetenzchancen, Verteilungs- und Verfassungsfragen, bzw. materielle und ideelle Interessen (vgl. zu diesen Begriffspaaren Lepsius 1987, 1986, 1978). Charakteristisch für die Gesundheitspolitik waren daher wiederholte politische Tauschgeschäfte, in denen den Ärzten Zugeständnisse in der Einkommensdimension gegen die Zusicherung institutioneller Kompetenzen abgehandelt wurden (vgl. für eine Schilderung bundesrepublikanischer Entwicklungen aus ähnlicher Perspektive Wiesenthal 1981).

Schlagwortartig verkürzt läßt sich die Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland nach Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung als **Kampf der Kassen und Leistungsanbieter zwischen den Interessen von Wirtschaft und Staat** verstehen. Das grundlegende Konfliktmuster wurde durch die folgenden Hauptakteure bestimmt: die zentralstaatlichen Eliten; die Verwaltungen der Krankenkassen; die in der Selbstverwaltung der Kassen repräsentierten und von der Gestaltung der Lohnnebenkosten unmittelbar betroffenen Parteien des industriellen Konflikts, also Arbeitgeber und Gewerkschaften; und die Verbände der Leistungsanbieter, unter denen vor allem die im Gesundheitswesen an zentraler Stelle fungierenden Ärzteverbände herausragten.

Den **zentralstaatlichen** Eliten ging es bei Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung primär um die Wahrung des sozialen Friedens und die Integration der wachsenden Arbeiterbewegung in die neue nationalstaatliche Ordnung. Das dauerhafte Interesse politischer Entscheidungsträger richtete sich auf Amtskontinuität und Legitimierung ihrer Stellung. Darüber hinaus waren sie Adressat der Forderungen der verschiedenen Interessengruppen des Gesundheitswesens, die nach einer staatlichen Legitimierung ihrer Eigeninteressen strebten.

Die **Kassenverwaltungen** waren in erster Linie auf die Sicherung von Durchsetzungschancen gegenüber den **Leistungsanbietern** bedacht, die ihrerseits aber nach größtmöglicher Unabhängigkeit und Ausbau ihrer Markt- und Verhandlungsmacht strebten. Beiden Seiten ging es dabei nicht nur um Ressourcenkontrolle und die relative Stellung im Machtgefüge, sondern auch um unterschiedliche gesundheitspolitische Konzeptionen. Die primär von der Arbeiterbewegung getragenen Kassen verfochten eine präventive, auf die Veränderung krankmachender Lebensbedin-

gungen abzielende Sozialmedizin, die Leistungsanbieter vertraten dagegen eine am privaten Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient orientierte kurative Ausrichtung der medizinischen Versorgung (vgl. Hansen u.a. 1981).

Die *Parteien des industriellen Konflikts*, also Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, waren in die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen involviert, weil sie mit ihren Beiträgen die Finanzierung der Krankenversicherung zu tragen hatten und überdies die Selbstverwaltung der Kassen stellten. Auch für sie waren nicht nur die Lohnkosten mitbestimmenden Finanzierungs- und Verteilungsfragen von Belang. Die in der Auseinandersetzung um gesundheitspolitische Konzeptionen und Versorgungsstrukturen zum Tragen kommenden Verfassungsfragen berührten vielmehr unmittelbar auch ihre jeweilige Machtstellung in der Gesellschaft (vgl. dazu am Beispiel der Weimarer Republik Preller 1978).

Das Krankenversicherungsgesetz hatte die *Beziehung zwischen Ärzten und Kassen* ungeregelt gelassen. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung oblag im Rahmen des in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Sachleistungsprinzips zunächst den Krankenkassen. Die einzelnen Kassen schlossen mit einzelnen Ärzten privatrechtliche Verträge ab, in denen der Arzt zur Behandlung erkrankter Kassenmitglieder verpflichtet wurde. Die überwiegend noch sehr kleinen Kassen hatten meist nur einen Vertragsarzt (Huerkamp 1980: 370; zur Kassengröße vgl. Tabelle 1.1). Größere Kassen benutzten entweder ein Distriktarztsystem, in dem ein von der Kasse verpflichteter Arzt die Versicherten eines Wohnbezirks versorgte, oder aber ein System beschränkt freier Arztwahl, bei dem die Patienten unter verschiedenen für die Kasse tätigen Ärzten wählen konnten. Welcher Arzt oder Heilkundige zur Kassenversorgung zugelassen wurde, blieb anfangs in das Belieben der einzelnen Kassenverwaltungen gestellt. Die als Nachfrageoligopole fungierenden Kassen verfügten somit über eine wirksame Kontrolle sowohl der Inanspruchnahme wie der Ordnungsweise der Ärzte.

An der Frage der Zulassung zur Kassenpraxis entzündete sich bald ein vehementer Interessenkonflikt zwischen Ärzten und Kassen. Der Ärztetag von 1891 stellte die Forderung nach "freier Arztwahl" erstmals in den Mittelpunkt und verstand es, unter diesem Motto die Arztinteressen geschickt mit dem Patienteninteresse an Freiheit von Kassenbevorzugung zu verknüpfen. Die Folgezeit stand im Zeichen wachsender

Organisationsbildung, in deren Rahmen der Einzelvertrag zwischen Ärzten und Kassen zunehmend kollektivvertraglichen Regelungen wich.

Das Gesundheitswesen hatte schon in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts im Zeichen eines Trends zu verstärkter **Organisationsbildung** gestanden. So schlossen sich die Ärzte Berlins bereits 1860 zur "Berliner Medizinischen Gesellschaft" zusammen (vgl. hierzu und zu den folgenden Ausführungen Huerkamp 1980, 1985). Im Deutschen Reich wurde 1873 der "Ärztevereinsbund" als medizinische Dachorganisation gegründet. Seither wurden alljährlich Ärztetage abgehalten. Die Verabschiedung der gesetzlichen Krankenversicherung setzte dann eine Art organisatorischer Rüstungsspirale in Gang. Zunächst schlossen sich einzelne Krankenkassen zu losen Vereinigungen und später auch zu (gesetzlich ursprünglich nicht vorgesehenen) überregionalen Organisationen zusammen. So gründeten die Ortskrankenkassen 1894 den "Centralverband von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich" als Dachverband (ab 1923 "Hauptverband Deutscher Krankenkassen" - vgl. IVSS 1959: 17; Tennstedt 1977: 133-135). Die Ärzte antworteten auf die organisatorische Aufrüstung ihrer Kontrahenten ihrerseits mit verstärkter Verbandsbildung. Im Jahre 1900 gründeten sie den "Verband der Ärzte Deutschlands" (Hartmannbund), dessen Hauptziel es war, die unbeschränkte Zulassung aller niedergelassenen Ärzte zur Kassenpraxis durchzusetzen.

Die Weiterentwicklung der GKV stand dann im Zeichen einer fortschreitenden **Schwächung** der Verhandlungsposition **der Kassen**. Um die Logik dieser Entwicklung zu verstehen, muß man sich das Handlungskalkül der politischen Eliten bei Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung vor Augen führen. Wie die Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881 recht unverblümt deutlich macht, war die Einführung der Sozialversicherung Teil eines Programms defensiver Modernisierung, das gegen die politische Mobilisierung der Arbeiter gerichtet war und der repressiven Sozialistengesetzgebung ein Element der sozialen Integration zur Seite stellen sollte. Dem Wachstum der Arbeiterbewegung sollte damit ebenso ein Riegel vorgeschoben werden wie weitergehenden politischen Partizipationsforderungen (vgl. die Textauszüge in Peters 1959: 39-41).

Dieser Plan funktionierte nur in der Anfangsphase der gesetzlichen Krankenversicherung einigermaßen. Nachdem die Sozialdemokraten im Reichstag gegen die Gesetzesvorlage gestimmt hatten, blieb die Selbstverwaltung der Kassen zunächst nahezu "sozialistenrein" (Tennstedt 1977: 48). Den Vorsitz stellten fast immer die Arbeitgeber, während die

Versichertenvertreter zur Annahme ihres Mandats meist kommandiert werden mußten (ebd.). Als die freien Hilfskassen durch Gesetze der Jahre 1889 und 1892 zunehmend aus der GKV zurückgedrängt wurden und die sozialdemokratische Partei ihr Abstimmungsverhalten im Reichstag zugunsten der Sozialversicherungsgesetzgebung änderte, setzte ein Sturm der Arbeiterbewegung auf die Selbstverwaltungspositionen ein (vgl. Tennstedt 1977: 50-53). Entgegen der politischen Planung wurden die Krankenkassen damit bald zu einem Rückhalt der Sozialdemokratie.

Da das Sozialistengesetz die Mitwirkung organisierter Arbeiter in staatlichen Institutionen unterband und das in Preußen bis zum Ersten Weltkrieg geltende Dreiklassenwahlrecht eine Mitarbeit in den Gemeindeverwaltungen praktisch ausschloß, bot die Krankenversicherung die einzige Chance zur öffentlichen Betätigung von Sozialisten. Überdies bot sie Zehntausenden von Arbeitern die Möglichkeit zum Aufstieg in "Weiße-Kragen-Berufe". Welche zahlenmäßige Stärke die Repräsentation der Arbeiterbewegung in der Selbstverwaltung der Kassen erreichte, ist zwar nicht genau bekannt, belegt ist aber, daß die politischen Eliten in den Ortskrankenkassen schon um die Jahrhundertwende eine Machtbastion der Sozialdemokratie sahen (vgl. dazu die Zitate aus amtlichen Enquêtes in Tennstedt 1977: 56-58). Da die Arbeitervertreter in den Kassenvorständen in gewisser Weise als Vorgesetzte der Vertragsärzte fungierten, hatten Ärzte, Arbeitgeber und staatliche Eliten in der Sozialdemokratie bzw. den sozialdemokratisch beherrschten Kassen einen gemeinsamen Gegner.

Die 1911 verabschiedete **Reichsversicherungsordnung (RVO)** diente u.a. dem Ziel, den sozialdemokratischen Einfluß zurückzudrängen. Das neue "itio in partes" Prinzip sah dazu vor, daß Beschlüsse der Kassenorgane in bestimmten Fällen nur dann gültig waren, wenn sie in gruppenspezifischer Abstimmung sowohl von der Mehrheit der Versicherten wie der Arbeitgebervertreter getragen wurden. Das galt auch für die Wahl des Vorsitzenden. Kam keine Einigung zustande, so erhielt die Kasse einen Zwangsvorsitzenden zugeteilt. Damit war der über nur ein Drittel der Sitze verfügenden Gruppe der Arbeitgeber in wichtigen Fragen das gleiche Gewicht zugestanden wie der zwei Drittel der Stimmen kontrollierenden Gruppe der Versicherten. Gleichzeitig schwächte die RVO die Partizipationschancen der Versicherten, indem sie die Zahl der Kassen um die Hälfte reduzierte und die plebiszitäre Generalversammlung in Kassen mit weniger als 500 Mitgliedern zugunsten neuer, von

Arbeitgebern und Versicherten zu wählender Ausschüsse abschaffte (Tennstedt 1977: 60/61).

Die RVO hatte damit zwar die Stellung der Arbeitgeber gestärkt, die Interessen der Ärzte aber noch unberücksichtigt gelassen. Die Ärzte drohten daher mit einem Generalstreik, der mit dem Inkrafttreten des Zweiten Buches der RVO am 1.1.1914 beginnen sollte. Daraufhin kam es im **Dezember 1913** zum **Berliner Abkommen** zwischen Ärzten und Krankenkassenverbänden. Die Kassen verloren darin das Recht zu bestimmen, wen sie als Arzt zulassen und welches Arztsystem sie verwenden wollten. Statt dessen wurde die Zulassung von mindestens einem Arzt je 1.350 Versicherten zwingend vorgeschrieben, und die Zulassung zum Kassenarzt wurde einem Registerausschuß übertragen, in dem die Gesamtheit der Kassenärzte mitwirkte. Für die Vertragsgestaltung galten nun grundsätzlich Kollektivverträge, Einzelverträge bedurften der Zustimmung eines paritätisch besetzten Vertragsausschusses (Zöllner 1981: 61; Huerkamp 1980: 377).

Das Berliner Abkommen galt formal bis 1923. Seine wesentlichen Bestimmungen wurden nach Ärztestreiks der Jahre 1920 und 1923 mittels Notverordnung des Reichsarbeitsministeriums im Jahre 1923 in die RVO übernommen (Zöllner 1981: 76). Die wichtigste Neuerung der Notverordnung über Ärzte und Krankenkassen war, daß ab 1924 ein Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen als Zwangsarbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände zum Erlaß von Richtlinien für angemessene vertragliche Vereinbarungen eingerichtet wurde (Tennstedt 1976: 399).

Weitere Zugeständnisse erreichten die Ärzte dann in der Phase der Notverordnungen am Ausgang der **Weimarer Republik** und unter dem Nationalsozialismus. Die wesentlichen Punkte dieser Änderungen betrafen die Neudefinition der Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, die kollektivvertragliche Gestaltung der Beziehung zwischen Ärzten und Kassen und die Neuregelung der Selbstverwaltung innerhalb der Kassen.

Die Finanz- und Wirtschaftskrise am Ausgang der Weimarer Republik führte zu einem dramatischen Rückgang der Einnahmen der Krankenversicherung sowie zu einem rasch steigenden Finanzbedarf der Arbeitslosenversicherung. Um die finanzielle Lage der Kassen zu stabilisieren und Beitragserhöhungen in der Arbeitslosenversicherung ohne eine Erhöhung der gesamten Sozialabgabenlast durchsetzen zu können, griff die Regierung Brüning mit mehreren Notverordnungen in die Gestaltung

der Krankenversicherung ein.⁸ Am wichtigsten und einschneidendsten waren die Notverordnungen vom 26.7.1930 und vom 8.12.1931. Die erstgenannte machte die Familienmitversicherung zur Regelleistung der Kassen, führte für die Versicherten aber auch eine Krankenscheingebühr von 50 Pfennig ein. Darüber hinaus senkte sie die Verhältniszahl zwischen zuzulassenden Ärzten und Versicherten auf 1:1.000⁹ und führte einen Vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkassen ein, der die Aufgabe hatte, Krankschreibungen der Ärzte nachzuprüfen (vgl. Peters 1959: 73; Zöllner 1981: 77; Sauerborn 1953: 299). Diese Regelung stärkte die Besorgnis der Ärzte, im Kontext der Finanzkrise professionelle Kompetenzen einzubüßen und wieder in eine stärkere Abhängigkeit von den Kassen zu geraten.

Der Kölner Ärztetag von 1931 erarbeitete dann einen Plan, der einen expliziten Tausch zwischen Einkommens- und Kompetenzchancen vorsah. Gegen eine Gewährleistung der ärztlichen Behandlungsfreiheit und die Sicherung von Beschäftigungschancen für den medizinischen Nachwuchs durch Zulassung zusätzlicher Ärzte wollten die Ärzte Honorarabschläge in Kauf nehmen und den Kassen ihrerseits garantieren, daß aus der Liberalisierung der Zulassung keine unkalkulierbaren finanziellen Belastungen erwachsen würden (vgl. Anmerkung 9 sowie Sauerborn 1953: 299/300).

Die Grundzüge dieses Plans fanden - nachdem ein Abkommen zwischen Ärzte- und Kassenverbänden nicht von allen Spitzenverbänden

-
- 8 Im einzelnen wurden die folgenden (Not-)Verordnungen mit Veränderungen der Krankenversicherung erlassen: 26.7.1930 (RGBl. I: 311); 30.12.1930 (RGBl. I: 1932); 5.6.1931 (RGBl. 279); 1.8.1931 (RGBl. I: 427); 6.10.1931 (RGBl. I: 537); 8.12.1931 (RGBl. I: 699); 14.1.1932 (RGBl. I: 19) (zusammengestellt nach Peters 1959: 73/74; vgl. die ausführliche Liste gesetzlicher Regelungen in Syrup 1957: bes. 566-571).
- 9 Die Politik der Veränderung der Zulassungsschlüssel wäre eine eigenständige Untersuchung wert. Die sukzessive Reduzierung der Verhältniszahl in der Weimarer Republik ist wohl aus dem komplexen Zusammenspiel der Interessen verschiedener Akteure zu verstehen: Da der alte Schlüssel von 1:1.350 in der Praxis oft unterschritten wurde (Sauerborn 1953: 299), hatte die *Regierung* wohl ein Interesse daran, eine realistische gültige Zahl festzulegen, bei deren Unterschreitung die Oberversicherungsämter tätig werden konnten, um die Zahl der zuzulassenden Ärzte zu reduzieren. Während die *Jungmediziner* auf Beschäftigungschancen drängten, waren die *Ärzteverbände* im Kontext der Medizinerschwemme daran interessiert, den Konkurrenzdruck zu kanalisieren und den Aufbau des Vertrauensärztlichen Dienstes der Kassen durch Verknappung des Angebots an dafür infrage kommenden Jungmediziner zu behindern. Die *Kassen* sahen in der Ärzteschwemme eine Chance, ein System festangestellter Ärzte in der Krankenversicherung einzuführen (Zöllner 1981: 77) und trugen dadurch wohl zur Konzessionsbereitschaft der etablierten Ärzte gegenüber dem medizinischen Nachwuchs (im Sinne eines Optierens für die weniger schlechte Lösung) bei.

der Krankenkassen gebilligt worden war - Eingang in die *Notverordnung vom 8.12.1931*, die zusammen mit einer weiteren Verordnung vom 14.1.1932 die rechtliche Grundlage des in den Hauptcharakteristika bis heute unveränderten Kassenarztrechts wurde (vgl. RGBl. I, 1931: 699ff., bes. 718/719; RGBl. I, 1932: 1-12). Während den Ärzten an einer rechtlichen Absicherung eines Kompetenzmonopols für die ambulante Versorgung gelegen war, richtete sich das politische Interesse der Reichsregierung darauf, durch Einführung einer zwischen Ärzte- und Kassenverbänden (auf Bezirksebene) auszuhandelnden Gesamtvergütung die Ausgabenentwicklung der GKV unter Kontrolle zu bekommen und das Verhältnis zwischen Ärzten und Kassen dauerhaft zu befrieden.

Da eine erfolgreiche Ausgabenkontrolle nur gelingen konnte, wenn mit der Gesamtvergütung auch sämtliche ambulante Leistungen erfasst wurden, verschränkte sich das ärztliche Interesse am Gewinn eines professionellen Kompetenzmonopols mit dem Interesse der Reichsregierung an Kostenkonsolidierung. Die neu geschaffenen Kassenärztlichen Vereinigungen erhielten nun die Alleinverantwortung für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung. Die Kassen zahlten den KVen eine als Kopfpauschale bemessene Honorarsumme, die die Vereinigungen nach einem mit den Kassen abzustimmenden und im Prinzip nach Einzelleistungen bemessenen Honorerverteilungsmaßstab unter den einzelnen Kassenärzten verteilten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übernahmen gegenüber den Kassen die Verantwortung für eine ausreichende, zweckmäßige und "nach Art und Umfang wirtschaftliche" Behandlungs- und Verordnungsweise der Ärzte. Dafür erhielten sie Disziplinarrechte gegenüber ihren einzelnen Mitgliedern (RGBl. I 1931: 718; vgl. auch Sauerborn 1953: 300/301; Tennstedt 1977: 133; Zöllner 1981: 77). Rahmenregeln der Beziehung zwischen Ärzten und Kassen waren kollektivvertraglich in von den Spitzenverbänden beider Parteien auszuhandelnden Mantelverträgen zu vereinbaren. Die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit erfolgte durch paritätisch besetzte Zulassungsausschüsse auf der Grundlage der neuen Verhältniszahl von 600 Versicherten pro Arzt in einzelnen Zulassungsbezirken.

Mit der Neuregelung hatten die Kassen ihre Kontrolle über die Ärzte eingebüßt. Darüber hinaus waren Regulierungskompetenzen weitgehend von der Ebene der Einzelkassen auf die Ebene der Spitzenverbände verlagert worden. Die Ärzte hatten dagegen die rechtliche Absicherung ihrer professionellen Autonomie gegenüber den Kassen erreicht. Ähnliche Re-

gelungen wurden Ende 1932 auch für Zahnärzte und Dentisten geschaffen (Preller 1978: 473).

Der Regierungsantritt der *Nationalsozialisten* eröffnete den Ärzten dann neue Chancen zur Konsolidierung ihrer Position. Die Interessen der neuen politischen Machthaber waren auf doppelte Weise mit denen der Ärzteschaft verschränkt. Den Ärzten war zum einen daran gelegen, ihre Durchsetzungschancen gegenüber den Kassen zu wahren bzw. zu erhöhen, zum anderen suchten sie nach Beschäftigungschancen, um die Medizinerschwemme¹⁰ zu kanalisieren und den die Einheit des Berufsstandes gefährdenden Konkurrenzkampf zu mildern. Den neuen Machthabern ging es ihrerseits darum, die Sozialdemokratie auszuschalten und die Juden aus der deutschen Gesellschaft zu verdrängen. Da die Kassenverwaltungen zum großen Teil von Sozialdemokraten besetzt waren, während Juden einen Großteil der Kassenärzte stellten¹¹, überlappten sich die Interessen von Ärzten und Nationalsozialisten in erheblichem Maße. Sichtbare Kennziffer der Verschränkung beider Interessen ist der überproportional hohe Repräsentationsgrad der Ärzte in nationalsozialistischen Organisationen¹².

-
- 10 Die Zahl der Ärzte stieg zwischen 1919 und 1932 von 33.230 auf 52.518 (so Kater 1986: 57; etwas andere Zahlen für diesen Zeitraum, aber ohne die genannten beiden Jahre, finden sich in Statistisches Bundesamt 1972: 124). Zur langfristigen zyklischen Schwankung der Medizinerzahlen vgl. die Grafiken in dem faszinierenden Aufsatz von Titze (1984). Nach Titzes Forschungen warteten 1929 rund 4.000 Jungärzte auf die Zulassung zur Kassenpraxis (Titze 1984: 107).
 - 11 In den Großstädten waren Ende März 1933 25-30% aller Kassenärzte Juden, in Berlin sogar 52%. Im Reichsdurchschnitt stellten Juden knapp 17% aller Kassenärzte (Daten von Hadrich 1934: 1243, hier zitiert nach der Wiedergabe in Leibfried/ Tennstedt o.J. [1979]: VI).
 - 12 Die Ärzte waren vor den Lehrern die in der NSDAP am stärksten repräsentierte Bevölkerungsgruppe. Etwa 45% aller Ärzte waren im Dritten Reich Parteimitglieder (Leibfried/ Tennstedt o.J. [1979]: XII); vgl. zur Mitgliederstatistik der NSDAP Schäfer (1957: 17); Hennig (1982: 157, 165); Moore (1982: 532/533); Kater (1983: 29). In der SS waren Ärzte 1937 etwa siebenmal so häufig vertreten wie in der männlichen Erwerbsbevölkerung (Leibfried/ Tennstedt o.J. [1979]: XII). Der Landesführer des NS-Ärztebundes in Württemberg, Dr. Eugen Stähle, bemerkte dazu treffend: "Kein zweiter akademischer Stand hat in diesem Ausmaß und so früh den Weg zur NSDAP gefunden wie gerade die Stände der Heilberufe" (Stähle 1940: 10, hier zitiert nach der Wiedergabe in Tennstedt/ Leibfried 1979b: 224). Hier zeigt sich, daß die von Norbert Elias beschriebene Verflechtung von Handlungsketten, die zu einer von keinem einzelnen Akteur so geplanten "Eigendynamik eines Beziehungsgeflechts" führt (Elias 1976: 316), keineswegs nur als ein ungesteuert bzw. anonym ablaufender Prozeß zu denken ist. Häufig wird die "*Verflechtung*" vielmehr aktiv und intentional in der Form einer Koalition von Akteuren mit partiell überlappenden Interessen *produziert*. Aus der Koalitionsbildung ergeben sich dann für jede Gruppe

Mit diversen Gesetzen und einer Fülle von Verordnungen machten sich die Nationalsozialisten ab 1933 dann an die Neuordnung der Krankenversicherung. Ihre Politik stand im Zeichen dreier Grundcharakteristika: Zerschlagung der Selbstverwaltung der Krankenkassen, Ausschaltung jüdischer Ärzte und Neugestaltung der Beziehung zwischen Ärzten und Kassen zugunsten der Ärzte.

Der *Zerschlagung der Kassen-Selbstverwaltung* dienten vor allem drei Gesetze. Das "Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums" vom 7.4.1933 schuf die rechtliche Grundlage für die Entlassung "nicht-arischer", "marxistischer" oder "politisch unzuverlässiger" Stelleninhaber im öffentlichen Dienst und der Sozialversicherungsverwaltung. Etwa 6.000 Personen oder rund 30 Prozent der Ortskrankenkassenangestellten wurden danach entlassen (Tennstedt 1976: 405). Das "Gesetz über Ehrenämter in der sozialen Versicherung und der Reichsversorgung" vom 18.5.1933 ermöglichte es, die auf Vorschlag der Gewerkschaften gewählten Mitglieder der Selbstverwaltung zu entlassen. Hiervon war die große Mehrzahl der Versichertenvertreter in den Orts- und Betriebskrankenkassen betroffen (Zöllner 1981: 85). Die Nationalsozialisten schalteten damit nicht nur den Einfluß der Sozialdemokratie aus, sondern schufen gleichzeitig auch neue Pfründe für verdiente Parteigenossen.

Die formale Zerschlagung der Selbstverwaltung erfolgte schließlich durch das "Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung" vom 5.7.1934. Es hob die Selbstverwaltung auf und machte die Krankenkassen unter staatlich ernannten Leitern praktisch zu einem Sonderzweig der Staatsverwaltung. Eine Mitwirkung der Versicherten und der Arbeitgeber fand nur noch in einem "Beirat" statt, der lediglich über Beratungsfunktionen verfügte. Ärzteinteressen wurde hier insofern Rechnung getragen, als dem Beirat auch je ein Vertreter der Ärzteschaft und der Gebietskörperschaften angehörten (RGBl. I, 1937: 578; vgl. Syrup 1957: 517).

Die *Verdrängung der jüdischen Ärzte* wurde durch diverse Verordnungen lange vor Beginn des Holocaust in die Wege geleitet. Die Verordnungen vom 22.4.1933 und 2.6.1933 eröffneten die Möglichkeit zum Ausschluß von "Nichtariern" und Kommunisten vom kassenärztlichen Dienst (Tennstedt/ Leibfried 1979b: 215). Die Entscheidung über den Ausschluß lag in den Händen der Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die von der neuen Möglichkeit eifrig Gebrauch

sowohl erhöhte Durchsetzungschancen ihrer Interessen wie unvorhergesehene eigendynamische Entwicklungen.

machten. Bis zum Ende des Jahres 1933 waren mindestens 2.800 Ärzte, 500 Zahnärzte und 200 Dentisten von der Kassenarztpraxis ausgeschlossen worden (ebd.: 217). Die Reichsärzteordnung vom 13.12.1935 verfügte dann, daß die Bestallung als Kassenarzt versagt werden konnte, wenn ein Bewerber es an "nationaler Zuverlässigkeit" mangeln ließ oder wenn er einer "nichtdeutschblütigen" Bevölkerungsgruppe angehörte, deren Anteil an der Gesamtzahl der Ärzte ihren Anteil an der Bevölkerung überstieg (RGBl. I, 1935: 1433¹³).

Bereits 1936 wurde die Berufslage für Mediziner dann wieder als "ausgesprochen günstig" eingeschätzt (Titze 1984: 107). Damit profitierten die Ärzte wie kaum eine andere Berufsgruppe von der nationalsozialistischen Macht"ergreifung"¹⁴. Mit dem "Gesetz gegen die Überfüllung deutscher Schulen und Hochschulen" vom 25.4.1933 sollte der künftigen Überproduktion von Akademikern ein Riegel vorgeschoben und unliebsamen Gruppen der Zugang zu den Hochschulen versperrt werden. Die vollkommene Ausschaltung jüdischer Ärzte erfolgte durch die 4. Verordnung zum Reichsbürgergesetz vom 25.7.1938, die es Juden verbot, die Berufsbezeichnung Arzt zu führen und die Approbation jüdischer Ärzte zum 30. September des Jahres erlöschen ließ (Tennstedt/ Leibfried 1979b: 225).

Die *Neuordnung des Kassenarztrechts* erfolgte in mehreren Schritten. Die "Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands" vom 2.8.1933 (RGBl. I, 1933: 567) verfügte die Zwangsvereinigung aller Kassenärztlichen Vereinigungen zur zentralen KÄVD, die den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts erhielt und mit dem formellen Monopol zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung betraut wurde (vgl. Tennstedt 1977: 214). Der Einfluß der Krankenkassen auf die Gestaltung der kassenärztlichen Versorgung wurde damit weitgehend ausgeschaltet. Ihr letztes Mitwirkungsrecht verloren die Kassen mit der "Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei Krankenkassen" vom 17.5.1934, die das bislang paritätisch geregelte Zulassungsverfahren allein der KVÄD übertrug (Sauerborn 1953: 302; vgl. §§ 11 und 31 der Verordnung in RGBl. I, 1934: 400, 404).

13 Bei der Darstellung nationalsozialistischer Gesetze und Verordnungen verdanke ich viele hilfreiche Hinweise (auf diese und andere Fundstellen) Herrn Manfred Hammel, der an der Universität Konstanz an einer Dissertation über die historische Entwicklung der Gesundheitspolitik arbeitet.

14 Daß es sich dabei eher um eine Machtübergabe seitens der etablierten Eliten handelte, zeigen u.a. Lepsius (1971) und Mommsen (1983).

Die Verhandlungen über die von den Kassen zu zahlende Gesamtvergütung waren durch die "Verordnung über kassenärztliche Vergütung" vom 19.12.1933 (RGBl. I, 1933: 1103) den Spitzenverbänden von Ärzten und Kassen überantwortet und damit zentralisiert worden. Die Zwölfte Verordnung zur Neuordnung der Krankenversicherung vom 6.9.1937 (RGBl. I, 1937: 964) verwandelte dann auch die bislang privatrechtlichen Reichsverbände der Krankenkassen (mit Ausnahme der Ersatzkassen) in Körperschaften des öffentlichen Rechts unter der Aufsicht des Reichsarbeitsministers (Tennstedt 1977: 215). Ihre wesentliche Funktion lag in der Aushandlung der Kassenverträge mit den Leistungsanbietern. Für die von der KVÄD vorzunehmende Verteilung der Gesamtvergütung verfügte eine Anordnung des Reichsführers der KVÄD vom 20.9.1939 den Übergang von der Einzelleistungshonorierung zur Fallpauschale nach der Zahl der Krankenscheine (vgl. Sauerborn 1953: 302).

Die *nationalsozialistische Gleichschaltungspolitik* ließ auch die *Ärzteschaft* nicht unberührt. Die freien Ärzteverbände - Deutscher Ärztevereinsbund und Hartmannbund - wurden durch die Reichsärzteordnung von 1935 aufgelöst. Ihre Funktionen gingen an die neu errichtete Reichsärztekammer als staatlich privilegierte Zwangskörperschaft des öffentlichen Rechts und an die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands über. In den Führungspositionen der Verbände herrschte allerdings große Personalkontinuität¹⁵.

Die *Kassen* waren in sehr viel stärkerem Maße von der nationalsozialistischen Gleichschaltungspolitik betroffen. Das gilt nicht nur in bezug auf die Zerschlagung der Selbstverwaltung und die Vertreibung der Großzahl der Versichertenvertreter aus ihren Ämtern. Die Autonomie hatten die Kassen schon durch eine Verordnung vom 17.3.1933 eingeübt, welche die Spitzenverbände der Krankenkassen der Staatsaufsicht durch den Reichsarbeitsminister unterstellte (RGBl. I, 1933: 131; vgl. Tennstedt 1977: 192). Der daraufhin ernannte Reichskommissar für den Hauptverband deutscher Krankenkassen löste die Eigeneinrichtungen der Ortskrankenkassen auf. Damit war dem kasseneigenen Betrieb von Kliniken, Ambulatorien, Labors ebenso ein Riegel vorgeschoben wie der Selbstabgabe von Heil- und Hilfsmitteln.

15 So ohne nähere empirische Belege Tennstedt (1977: 214). Für diese Auffassung spricht, daß die Verordnung über die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands in § 7 explizit den Vorsitzenden des Hartmannbundes zum Reichsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands bestimmt hatte (vgl. RGBl. I, 1933: 568).

Pluralistische Angebotsstrukturen waren damit zugunsten eines Oligopols privater Anbieter beseitigt, die Träger alternativer Konzeptionen der Gesundheitsversorgung aus ihren Ämtern verdrängt. Resultat der nationalsozialistischen Ära war somit eine Konsolidierung der Stellung der Ärzte, eine weitere Schwächung der Kassenkompetenzen, eine Eliminierung aller Kräfte, die die Dominanz der privaten Praxis als Kern der medizinischen Versorgung hätten infrage stellen können und eine Unterdrückung alternativer, z.B. sozialmedizinisch ausgerichteter gesundheitspolitischer Vorstellungen.

Von diesem historischen Erbe hat sich die Gesundheitspolitik der *Bundesrepublik* nur teilweise befreit. Das noch als Gesetz des Wirtschaftsrats des Vereinigten Wirtschaftsgebietes erlassene, später aber als Bundesgesetz übernommene Sozialversicherungsanpassungsgesetz vom 17.6.1949 führte die Beitragsparität zwischen Versicherten und Arbeitgebern ein und sah einen als "Finanzhilfe" bezeichneten Finanzausgleich zwischen den Kassen vor, der aber ebenso wie die im nationalsozialistischen Aufbaugesetz von 1934 vorgesehene "Gemeinlast" nicht implementiert wurde (IVSS 1959: 40). Daneben kam es zu einer Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze von 3.600 auf 4.500 DM jährlich und zu einer Anpassung diverser Leistungen.

Strukturbestimmend für die weitere Entwicklung wurden dann verschiedene *Gestaltungsgesetze der frühen fünfziger Jahre*, die im wesentlichen die krankenversicherungsrechtliche Ordnung der Endphase der Weimarer Republik restaurierten. Dazu zählten das Selbstverwaltungsgesetz vom 22.2.1951, das Kassenarztgesetz von 1955 und das gleichzeitig erlassene Krankenkassenverbandsgesetz. Das *Selbstverwaltungsgesetz* machte die Verwaltungen der verschiedenen Sozialversicherungszweige wieder zu staatsunabhängigen Organen wie vor der nationalsozialistischen Zeit. Allerdings wich die ursprüngliche Zweidrittelmehrheit der Versichertenverteter nun in Anlehnung an den neuen paritätischen Finanzierungsmodus der Krankenversicherung der paritätischen Repräsentation von Arbeitgebern und Versicherten. Damit wurde auch die Sozialversicherung nach dem im Mitbestimmungsrecht institutionalisierten Gedanken der Sozialpartnerschaft strukturiert.¹⁶ Nennenswert ist ferner der Übergang von der traditionell eher genossenschaftlichen zur

16 Die Selbstverwaltung der Ersatzkassen besteht ausschließlich aus Versichertenvertretern. Abweichungen von der Grundregel gelten auch in der knappschaftlichen und der landwirtschaftlichen Versicherung.

verbandlichen Struktur der Selbstverwaltung (Zöllner 1981: 95). Die Mitglieder der Vertreterversammlungen - die ihrerseits den Vorstand wählen - wurden nun aufgrund von Vorschlagslisten der Verbände gewählt. In der Praxis bedeutet das, daß die Selbstverwaltung der Kassen von Repräsentanten der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände beherrscht wird.

Das *Gesetz über das Kassenarztrecht vom 17.8.1955* lehnte sich eng an die am Ende der Weimarer Republik und eingangs des Nationalsozialismus entwickelte Regelung an. Als Vertragspartner der Krankenkassen fungieren Kassenärztliche Vereinigungen und eine Kassenärztliche Bundesvereinigung als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Ihnen ist die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung und die Gewährleistung zweckmäßiger wie wirtschaftlicher Behandlungsweisen der Ärzte übertragen. Nach den Ärztestreiks in der Frühzeit der Weimarer Republik sah man die in den dreißiger Jahren gefundene Grundkonstruktion mit den drei Strukturprinzipien Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch selbstverwaltete Arztorganisationen, vertragliche Vereinbarung der von den Kassen zu zahlenden Gesamtvergütung und Honorarverteilung unter den Ärzten durch die KVen als die funktionsfähigste Lösung an (Zöllner 1981: 95; vgl. auch Sauerborn 1953: 301). Die Verhältniszahl für die Zulassung von Ärzten wurde auf 1:500 gesenkt.¹⁷ Das ebenfalls am 17.8.1955 erlassene *Kassenverbandsgesetz* machte auch die Landes- und Bundesverbände der verschiedenen Kassenarten zu Körperschaften des öffentlichen Rechts und stellte sie damit rechtlich auf eine Stufe mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu einer Stärkung der Verbandsebene trug auch das *Sozialgerichtsgesetz vom 3.9.1953* bei, das die Befugnisse der staatlichen Aufsichtsbehörden durch eine stärkere Gewaltenteilung schwächte. Es entzog den Versicherungsbehörden die Rechtsprechungskompetenz und schuf einen unabhängigen Zweig der Rechtsprechung mit drei Instanzen und kostenfreiem Gerichtsverfahren unter Beteiligung von Laienrichtern. Waren die Versicherungsbehörden alter Prägung gleichzeitig Aufsichts-, Beschluß- und Rechtsprechungsorgane, so verblieben ihnen jetzt nur noch beschränkte Verwaltungs- und Aufsichtsaufgaben. Die Aufsicht über die

17 Für Zahnärzte galt der Schlüssel 1:900. Beide Richtwerte wurden durch Urteile des Bundesverfassungsgerichts von 1960 (für Ärzte) und 1961 (für Zahnärzte) aufgehoben. Seither sind qualifizierte Bewerber ohne Einschränkung zur Kassenpraxis zuzulassen (Hartwich 1978: 137; vgl. BGBl. 1955, I: 513).

Sozialversicherungsträger oblag nun dem 1956 als selbständige Bundesbehörde errichteten Bundesversicherungsamt (Zöllner 1981: 94/95; IVSS 1959: 42). Im Gegensatz zum alten Reichsversicherungsamt hat das BVA keine Kompetenz zum Erlaß von allgemeinen Verwaltungsvorschriften. Diese Funktion nimmt heute die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrats wahr (IVSS 1959: 42).

Ähnlich wie die Beziehung zwischen Ärzten und Kassen unterlag auch die Beziehung zwischen Kassen und **Krankenhäusern** einem Wandel, in dessen Rahmen die ursprüngliche Dominanz der Kassen geschwächt wurde. Erst die Reformgesetze der jüngsten Zeit kehrten diesen Trend wieder um. Wie bereits erwähnt, stellte die Krankenhausbehandlung anfangs keine Regelleistung der Kassen dar, sondern eine ins Ermessen der einzelnen Kassenverwaltungen gestellte Ersatzleistung anstelle der Inanspruchnahme ambulanter Dienste (Jung 1985a: 38). Welche Krankenhäuser zur klinischen Behandlung der Versicherten zuzulassen waren, blieb den Kassen überlassen. Das Recht zur freien Klinikwahl verloren die Kassen durch ein nationalsozialistisches Gesetz vom 14.8.1933. Fortan konnten Krankenhäuser nur in begründeten Ausnahmefällen oder mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes von der Erbringung klinischer Leistungen zu Lasten der Kassen ausgeschlossen werden (Jung 1985a: 38).

Für die Finanzierung der Kliniken galt *bis 1936* das Prinzip der **Vertragsfreiheit**. Die Freiheit von staatlicher Reglementierung endete mit der **Verordnung über das Verbot von Preiserhöhungen vom 26.11.1936**. Der damit erlassene allgemeine Preisstopp galt auch für die Krankenhausleistungen. Da sich die Krankenhäuser über den Preis finanzierten, schob der Preisstopp dem Ausbau des stationären Sektors einen wirksamen Riegel vor. Nach dem Krieg wurde die Preisbindung zwar vorübergehend aufgehoben, 1948 aber erneuert (vgl. dazu Jung 1985a, an den sich die Darstellung hier anlehnt). Die Anordnung über Pflegesätze von 1948 erhielt erstmals auch Kalkulationsregeln für die Anrechnung bzw. Erstattungsfähigkeit verschiedener Leistungsarten. Die **Pflegesatz-Verordnung von 1954** sah vor, daß die traditionell von Kommunen oder anderen Gebietskörperschaften geleisteten Betriebskostenzuschüsse von den Selbstkosten der Krankenhäuser abzuziehen waren und daß bestimmte Kostenarten wie etwa Schuldzinsen in den behördlich festgesetzten oder genehmigten Pflegesätzen nicht mehr berücksichtigt werden durften. Die Folge war, daß die Selbstkosten der Krankenhäuser nicht mehr gedeckt werden konnten und daß jährlich steigende Defizite anfielen. Politische Anläufe

zu einer neuen Pflegesatzregelung scheiterten wiederholt am Widerstand der Sozialversicherungsträger (Jung 1985a: 40).

Erst das **Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972** brachte eine Neuregelung. Die Vorhaltung von Krankenhäusern wurde nun zur öffentlichen Aufgabe erklärt. Die Länder erhielten die Aufgabe, Krankenhausbedarfspläne zu erstellen. In den Plan aufgenommene Kliniken wurden öffentlich gefördert. Die Pflegesätze hatten im neuen System der dualen Finanzierung nur noch die durch die Benutzung verursachten Betriebs- und Behandlungskosten zu decken. Die Investitionskosten übernahmen Bund und Länder, wobei ein Finanzierungsschlüssel von einem Drittel zu zwei Dritteln vorgesehen war.¹⁸ Die Neuregelung sollte den Krankenhäusern ein ausreichendes Investitionsvolumen sichern und den Pflegesatz in sozial tragbaren Grenzen halten. Die Bundespflegesatzverordnung von 1973 führte dann das Prinzip kostendeckender und vollpauschalierter Pflegesätze ein, die von den Pflegesatzbehörden der Länder hoheitlich festzusetzen waren. Die Verknüpfung von für die Träger kostenlosen, durch Dritte bezahlten Investitionen mit kostendeckenden Pflegesätzen setzte eine beträchtliche Ausgabendynamik in Gang. Da Investitionen im Gesundheitswesen meist laufende Folgekosten nach sich ziehen, während retrospektive Pflegesätze keinerlei Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung mit sich bringen, schossen die Krankenhausausgaben steil in die Höhe, zumal das kostengünstige kirchliche Pflegepersonal nun zunehmend durch weltliche Pflegekräfte ersetzt wurde.

Der ab 1974 anhaltende Anstieg der Pflegesätze führte dann in Verbindung mit dem Regierungsinteresse an einer Abschaffung der Mischfinanzierung öffentlicher Aufgaben zum **Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20.12.1984**. Der Bund zog sich nun aus der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen zurück. Die staatliche Festsetzung der Pflegesätze wurde zugunsten des von den Kassen seit jeher geforderten Vereinbarungsprinzips aufgegeben. Nach der neuen **Bundespflegesatzverordnung von 1985** handeln Kassen und Krankenhausträger auf der Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten der Kliniken prospektive Pflegesätze aus. Bei Nichteinigung werden die Pflegesätze durch eine neutrale Schiedsstelle festgesetzt. In den Verhandlungen sind gemeinsame Emp-

18 Faktisch ist der Bundesanteil aber rasch von ursprünglich etwa 30% auf 16% (1983) gesunken (Altenstetter 1986: 190). Im gesamten Zeitraum 1972 bis 1984 hat der Bund 23% der den Krankenhäusern insgesamt zur Verfügung gestellten Investitionshilfen von 46 Mrd. DM beigesteuert (Jung 1985a: 43).

fehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenversicherung zu Personalbedarf und Sachkosten zu berücksichtigen.

Betrachtet man die *Nachkriegszeit in Perspektive*, so lassen sich neben der Aufbauphase in den ersten beiden Legislaturperioden mit den strukturbestimmenden Weichenstellungen der Gesetze von 1951 und 1955 drei weitere Phasen unterscheiden, die in verschiedenem Maße im Zeichen weitgehender Strukturkontinuität standen: die Phase des letztlich gescheiterten Kampfes um die Krankenversicherungsreform von 1957 bis 1965, die Phase beschleunigter Leistungsexpansion von 1965 bis 1975 und die Phase der Kostendämpfungsbemühungen seit 1976. Die Grundzüge dieser Phasen wurden von unterschiedlichen gesundheitspolitischen Koalitionen bestimmt (vgl. die Erläuterungen unten). Allgemein läßt sich eine Tendenz beobachten, politische Entscheidungen über die Verteilung institutioneller Kompetenzen mit Entscheidungen über Leistungsverbesserungen so zu koppeln, daß sich beide Dimensionen kreuzten. So wurden Entscheidungen bzw. Nicht-Entscheidungen im Sinne eines Strukturkonservatismus zugunsten der Leistungsanbieter gewöhnlich mit Leistungsausdehnungen zugunsten der Versicherten garniert, während Phasen der Leistungseingrenzung mit stärkeren Strukturveränderungen einhergingen.

Die erste *Phase der Restauration* des am Ende der Weimarer Republik geschaffenen Beziehungsmusters zwischen Kassen und Leistungsanbietern wurde von einer Koalition aus Bundesregierung, Ärzten und Arbeitgeberverbänden getragen. In gemeinsamer Frontstellung gegen Sozialdemokratie und Gewerkschaften setzte dieser Bürgerblock das Sozialpartnerschaftsmodell in der Selbstverwaltung durch und bestätigte den Kassenärzten das Monopol zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung. Die Verweigerung von Konzessionen in Strukturfragen fiel angesichts der Schwäche der im Kontext hoher Arbeitslosenzahlen in die Defensive gezwungenen Gewerkschaftsbewegung nicht schwer, war zur politischen Abfederung aber von einem starken Ausbau fast aller Sozialleistungen in den ersten beiden Legislaturperioden begleitet (vgl. dazu Hartwich 1978, Hockerts 1980 sowie das Datenmaterial in Alber 1989a: 232ff.).

Die zweite *Phase gescheiterter Strukturreformen* läßt sich als ein Versuch verstehen, die aus den Entscheidungen der ersten Phase resultierenden Finanzierungsprobleme in den Griff zu bekommen. Das Scheitern der Reform ist oft geschildert und analysiert worden (vgl. dazu Richter/Müller 1967, Safran 1967, Naschold 1967 sowie zusammenfassend Alber

1986, 1989a und Webber 1988). Der 1958 vorgelegte erste Gesetzentwurf scheiterte am vereinten Widerstand der Ärzteverbände und der Gewerkschaften, den die christdemokratisch geführte Bundesregierung trotz der Unterstützung durch die Arbeitgeberverbände nicht zu überwinden vermochte (vgl. Alber 1986: 108-110; 1989a: 272-276). Der zweite Entwurf von 1962 scheiterte primär an koalitionsinternen Auseinandersetzungen innerhalb der Unionsflügel bzw. zwischen Christdemokraten und Liberalen (ebd.). Die Strukturkontinuität war auch in dieser zweiten Phase von einer Serie von Leistungsverbesserungsgesetzen begleitet (vgl. dazu die Liste der Gesetze in Alber 1987: 265-269). Im Zusammenhang mit der durch das Bundesverfassungsgerichtsurteil von 1960 zur Niederlassungsfreiheit verfügten Liberalisierung der Kassenarztzulassung trugen die Leistungsverbesserungen zu einer weiteren Beschleunigung der Gesundheitsausgaben bei.

Die Geschichte der beiden gescheiterten Reformversuche macht zweierlei deutlich: (1) Die Bildung gesundheitspolitischer Koalitionen ist variabel und hängt zu einem erheblichen Teil von der Art der Schnürung der Gesetzespakete ab.¹⁹ So sind die Ärzte keineswegs ausschließlich auf "bürgerliche" Koalitionen mit den Arbeitgebern festgelegt, sondern können, je nach Inhalt der Gesetzesvorlage, ihre Interessen auch mit den Gewerkschaften bündeln. (2) Entgegen orthodox-marxistischen Vorstellungen ist auch bei einer Koalition von "Regierung und Kapital" die politische Durchsetzbarkeit von Reformvorhaben keineswegs gesichert. Wenn Schlüsselprofessionen wie die Ärzte ihre Vetomacht mit den Gewerkschaften bündeln, können sie zumindest unter heterogen zusammengesetzten Regierungen auch gegen "Staat und Kapital" erfolgreich sein.

Die *dritte Phase* von 1965 bis 1975 stand im Zeichen eines *Ausbaus* der Versorgungsstrukturen, diverser Leistungsverbesserungen und einer beispiellosern Ausgabenexpansion. Von 1965 bis 1975 stieg der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 3,5 auf 5,9 Prozent, wobei 2,1 Prozentpunkte des Wachstums allein zwischen 1970 und 1975 zu verzeichnen waren (vgl. die Daten in Alber 1987: 322, 331). Im Kontext der Rezession von 1966/67 hatte die neue Regierung unter Beteiligung der Sozialdemokraten noch Sparpläne erwogen. Sie wurden mit dem erneuten Wirtschaftsaufschwung aber bald wieder ad acta gelegt. Dem 1969 verabschiedeten Lohnfortzahlungsgesetz folgten nach dem Re-

19 Die Beziehung zwischen "policy" und "politics" ist also zweiseitig, d.h. "policy prägt politics" gilt ebenso wie die umgekehrte Beziehung.

gierungsantritt der sozialliberalen Koalition eine Reihe von leistungs- und ausgabensteigernden Gesetzen, so das 2. Krankenversicherungsänderungsgesetz von 1970, das erstmals präventive Leistungen in Gestalt von Vorsorgeuntersuchungen einführte, das Krankenversicherungsgesetz der Landwirte von 1972 und das Leistungsverbesserungsgesetz von 1973. Hinzu kam das schon erwähnte Krankenhausfinanzierungsgesetz, das die Vorhaltung von Krankenhäusern zur öffentlichen Aufgabe machte. Der Expansionskurs war sowohl von den Gewerkschaften wie von den Leistungsanbietern gestützt. Nur die Arbeitgeber und Teile der Union warnen vor einer drohenden Kostenlawine (vgl. Geißler 1974, 1976).

Mit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.12.1976 begann dann eine neue *Phase*, die vom Versuch *der Kostendämpfung* und der Stärkung von Kassenkompetenzen bestimmt war. Das Gesetz verpflichtete die Kassenärztlichen Vereinigungen in partieller Korrektur des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Niederlassungsfreiheit zur Entwicklung einer Bedarfsplanung für die kassenärztliche Versorgung unter Beteiligung der Krankenkassenverbände. Damit war die seit dem Nationalsozialismus geltende Alleinverantwortung der KVen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung erstmals zugunsten einer Mitwirkung der Kassen eingeschränkt worden. Das *Kostendämpfungsgesetz vom 27.6.1977* leitete dann nicht nur eine Reihe von weiteren Spargesetzen wie etwa das Kostendämpfungsergänzungsgesetz von 1981 ein, sondern schuf (mit der in Abschnitt B noch genauer darzustellenden) Konzentrierten Aktion auch ein neues Steuerungsorgan, das Leitlinien zur Entwicklung der Gesundheitspolitik in Abstimmung der Interessen von Regierung, Leistungsanbietern, Krankenkassen, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden erarbeiten soll. Darüber hinaus führte das Gesetz das Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ein, indem es Ärzte und Kassen dazu verpflichtete, bei Verträgen über die Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen die Entwicklung der Grundlohnsumme zu berücksichtigen.

Gemeinsame *Tendenz der* seither beschlossenen *Neuregelungen*²⁰ ist es, die Kompetenz der Verbände zum Erlaß standardisierender Richtlinien zu stärken, individuelle Leistungsanbieter damit einer *strikeren*

20 U.a.: Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22.12.1981, Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20.12.1984, Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung vom 19.12.1986 und das weiter unten näher erörterte Gesundheitsreformgesetz von 1988. Eine nähere Charakterisierung des Inhalts dieser Gesetze findet sich in Alber (1989b).

Verbandskontrolle im Sinne der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu unterwerfen und die Mitwirkungsrechte der Krankenkassen bei der Kontrolle des Leistungsgeschehens zu stärken. Vieles was unter dem Nationalsozialismus zum Monopol der Ärzte erklärt wurde, ist nunmehr gemeinsame Aufgabe von Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen. Entsprechende Initiativen der Regierung wurden im Interesse der Beitragssatzstabilität von den Arbeitgeberverbänden und dem DGB gegen den Widerstand von Ärzteverbänden und pharmazeutischer Industrie unterstützt (vgl. Deppe 1987: 59; Webber 1988: 194; Webber 1989).

Das **Gesundheits-Reformgesetz vom 20.12.1988** setzte die Tendenz zur Stärkung der Kassenkompetenzen und zur verbandlichen Steuerung des Leistungsgeschehens fort. Im Zentrum standen aber auch Umschichtungen des Leistungskatalogs mit einer Kürzung kurzfristiger und kurativer Leistungen zugunsten langfristiger und präventiver Maßnahmen. Zur Veränderung des Leistungskatalogs kam die Einführung von Festbeträgen für Arzneimittel sowie Seh- und Hörhilfen hinzu. Die Mitwirkungsrechte der Kassen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Ärzten (§§ 106, 296, 297 SGB V) und Krankenhäusern (§ 113 SGB V) wurden gestärkt. Auch die Kompetenzen gemeinsamer Instanzen von Kassen und Leistungserbringern zum Erlaß qualitätssichernder Richtlinien wurden ausgebaut (§§ 91, 92 für den ambulanten Bereich; § 112 für den stationären Sektor; §§ 115, 122 SGB V bereichsübergreifend; vgl. dazu genauer Abschnitt C). Der neu geschaffene, kassenartenübergreifend organisierte Medizinische Dienst erhielt das Recht zur Prüfung von Art und Umfang verordneter Leistungen (§ 275 SGB V). Hinzu traten weitere Maßnahmen zur administrativen Vereinheitlichung der Kassen wie z.B. Erweiterungen des kassenartinternen Finanzausgleichs (§ 265, 266; vgl. zum GRG Henke 1990: 25-30, wo der strukturverändernde Aspekt der Reform herausgestrichen wird). Weitergehende Strukturreformen sind derzeit in Vorbereitung, liegen aber noch nicht in Form eines Gesetzentwurfs vor (vgl. den Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", BT-Drucksache 11/6380).

Der Rückblick auf die Geschichte der deutschen Krankenversicherung ist hier aus aktueur- bzw. konflikttheoretischer Perspektive geschrieben worden. Die Geschichte wurde damit als eine Geschichte von Gruppenkonflikten rekonstruiert. Damit soll nicht geleugnet werden, daß das Gesundheitswesen westlicher Länder als ein ausdifferenziertes gesellschaftliches Teilsystem mit eigener Funktionslogik zu betrachten ist. Es

ist aber daran zu erinnern, daß dieses Teilsystem in einen gesellschaftlichen Kontext eingebettet bleibt, der in kapitalistischen Demokratien von den beiden zentralen Strukturmerkmalen Kapitalismus und Demokratie bestimmt wird. Das erste Merkmal bedeutet, daß Ausgaben für die Gesundheitssicherung als Lohnnebenkosten immer auch Bestandteil des Verteilungskampfes zwischen Kapital und Arbeit sind. Wo die beiden Parteien des industriellen Konflikts, wie in Deutschland, sowohl für die Finanzierung wie die Verwaltung der Krankenversicherung verantwortlich sind, ist ihre Involvierung in gesundheitspolitische Fragen besonders groß. Das zweite Merkmal bedeutet, daß gesundheitspolitische Entscheidungen (zumindest auch) von politischen Eliten geprägt werden, die nach Legitimierung streben und auf Wiederwahl bedacht sind. Um die Genese unterschiedlicher institutioneller Ausgestaltungen des Gesundheitswesens zu verstehen, ist also eine Analyse der Koalitionen erforderlich, die zwischen den zentralen Akteuren des Gesundheitswesens, den Parteien des industriellen Konflikts und den politischen Parteien im Parlament geschlossen werden.

Eine etwas andere Perspektive ergibt sich, wenn nach den *langfristigen Entwicklungstrends* des Gesundheitswesens gefragt wird. Hier zeigen sich über die phasenspezifischen Koalitionsbildungen verschiedener Gruppen hinweg in erster Linie *Wachstumstendenzen*. Darin mag man im Anschluß an Luhmann (1983a, 1983b) Kennzeichen einer allen ausdifferenzierten Teilsystemen eigenen Tendenz zur Hypostasierung der eigenen Funktion sehen (vgl. Tabelle 1.2).

Die Arztdichte wächst seit über hundert Jahren. Einen besonders starken Expansionsschub gab es im Kontext der Bildungsexpansion der letzten Jahrzehnte. Eine ähnliche Entwicklung ist für die Apotheker, nicht aber in gleichem Umfang für die Zahnärzte feststellbar. Im Zahnbereich ist es den Universitäten der Bundesrepublik lange nicht gelungen, genügend Ausbildungspersonal zu finden, so daß die Ausbildungskapazitäten sehr beschränkt blieben (SVR 1987: 127). Die Zahl der Krankenschwestern und -pfleger ist langfristig auch deutlich gewachsen, bezogen auf die Bevölkerung aber in der Bundesrepublik lange Zeit kaum über das Niveau von 1938 hinausgekommen (vgl. Tabelle 1.2). Erst seit den siebziger Jahren ist hier ein verstärktes Wachstum zu verzeichnen, das aber nicht ausreicht, um den Bedarf an Pflegeleistungen zu erfüllen (vgl. dazu im Detail Alber 1990). Der Krankenhausesektor ist der einzige Bereich, in dem in jüngster Zeit mit dem Sinken der Bettendichte auch Schrumpfungstendenzen zu verzeichnen sind. In welchem Maße das auf

Tabelle 1.2: Kennziffern zur Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Jahr	Ärzte		Zahnärzte		Apotheker		Krankenschwestern u. -pfleger		Krankenhaus- betten		Bevölkerung (in Tsd.)
	n	Ein- wohner pro Arzt	n ^a	Ein- wohner pro Zahnarzt	n	Ein- wohner pro Apotheker	n	Ein- wohner pro Pflegekraft	n	Ein- wohner pro Bett	n
1876/ 77	13.728	3.136	498	86.460	6.261	6.877	...	...	107.337	406	43.057 43.608
1885/ 87	(16.200) ^b 15.824	3.004	548	86.752	6.353	7.483	14.585	3.260	144.246	324	46.705 47.540
1900	27.374	2.047	5.798 ^c	9.529 ^c					225.957	219	56.046
1909/ 10	30.558	2.085	11.213	5.682	9.934	6.414	68.818	926	407.576	158	63.717 64.568
1927	43.717	1.447	23.517	2.690	10.573	5.982	88.872	712	526.469	120	63.252
1938	49.907	1.371	35.565	1.924	11.819	5.789	132.288	517	637.090	107	68.424

1952	(68.135)	(700)	(27.979)	(1.706)	(11.414)	(4.182)	(100.186)	(476)	(533.718)	(89)	(47.728)
1960	79.350	699	32.509	1.705	15.776	3.514	105.187	527	583.513	95	55.433
1975	118.726	521	31.774	1.946	25.597	2.415	159.208	388	729.791	85	61.829
1987	171.487	356	38.826	1.573	33.903	1.802	(210.143) ^d	(292) ^d	673.687	91	61.077 (1983: 61.423)

1952 in Klammern, da ohne Saar, Berlin

a bis 1960 inklusive Dentisten

b siehe Quellenhinweis

c 1899

d 1983: Neuere Daten sind nur in anderer statistischer Abgrenzung verfügbar.

Quellen:

Ärzte: 1876, 1887 bis 1960: StBA (1972: 124); bis 1987: Daten des Gesundheitswesens (1989: 235); 1885: Tennstedt (1976: 403)

Zahnärzte: bis 1960: StBA (1972: 124); bis 1987: Daten des Gesundheitswesens (1989: 235)

Apotheker: bis 1960: StBA (1972: 124); bis 1987: Daten des Gesundheitswesens (1989: 235)

Krankenschwestern: bis 1960: StBA (1972: 124); bis 1987: StBA (1983: 53)

Betten: bis 1960: StBA (1972: 124); bis 1987: Daten des Gesundheitswesens (1989: 259)

Bevölkerung: bis 1951: Flora u.a. (1987: 57/58); bis 1987: SVRW (1989/90: 240)

StBA = Statistisches Bundesamt

SVRW = Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

die Kostendämpfungspolitik der letzten Jahre oder aber auf die durch neue nicht-invasive Behandlungstechniken möglich gewordene Verlagerung von stationären zu ambulanten Diensten zurückgeht, kann hier nicht geklärt werden. Insgesamt sind lang anhaltende Wachstumstendenzen des Versorgungsniveaus ebenso ein Kennzeichen des deutschen Gesundheitswesens wie die Kontinuität der Organisationsstrukturen, deren begrenzter Wandel nur dann erfolgte, wenn sich gesundheitspolitische Koalitionen veränderten.

3. Leistungskatalog

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit der Einführung im Jahre 1883 wiederholt erweitert worden. Grundsätzlich wird zwischen Regelleistungen und Mehrleistungen unterschieden. Als **Regelleistungen** werden jene Leistungen bezeichnet, die jede der verschiedenen gesetzlichen Kassenarten ausnahmslos zu gewähren hat. Die **Mehrleistungen** beruhen dagegen auf satzungsmäßigem Beschluß und können daher zwischen den einzelnen Kassen variieren.

Zu den **Regelleistungen** zählen nach § 27 SGB V insbesondere die Maßnahmen zur Krankenbehandlung, nämlich:

- ärztliche Behandlung
- zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
- Krankenhausbehandlung
- medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Hinzu kommen Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung sowie Früherkennung von Krankheiten und seit dem Gesundheitsreformgesetz auch Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit. Ferner besteht Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 80% des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und auf Sterbegeld (in Höhe von 2.100 DM für aktiv Versicherte und die Hälfte dieses Betrages für Familienversicherte). Das Krankengeld wird längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren be-

zahlt.²¹ Die meisten Arbeitnehmer haben seit dem Lohnfortzahlungsgesetz von 1969 während der ersten sechs Wochen einer Krankheit Anspruch auf Lohn- oder Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber.

In jüngster Zeit ist eine Tendenz zu beobachten, den *Leistungskatalog* etwas von den kurz- zu den langfristigen Risiken sowie von kurativen zu präventiven Leistungen zu *verlagern*. So führte das Gesundheitsreformgesetz von 1988 erhöhte Selbstbeteiligungen für kurzfristige und kurative Leistungen ein, erweiterte den Regelleistungskatalog aber um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (§ 20 SGB V) sowie um die Individual- und Gruppenprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen (§§ 21, 22). Gleichzeitig wurde die ursprünglich durch das Zweite Krankenversicherungsänderungsgesetz von 1970 geschaffene Möglichkeit zu Vorsorgeuntersuchungen gegen Krebs auf Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit ausgedehnt (§ 25 SGB V). Mitversicherte Kinder haben darüber hinaus bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres einen allgemeinen Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

Sämtliche Leistungen müssen dem Buchstaben des Gesetzes zufolge medizinisch erforderlich sowie "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" sein (§ 12 SGB V). Leistungen, die medizinisch nicht notwendig sind oder unwirtschaftlich erbracht werden, können die Versicherten nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (ebd.). Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, genügt die Krankenkasse ihrer Leistungspflicht mit der Zahlung des Festbetrags.

Veränderungen der Regelleistungen gehen zwar meistens, aber nicht ausschließlich auf Initiativen des *Gesetzgebers* zurück. Auch Urteile der *Sozialgerichte* haben bei der Weiterentwicklung des Krankenversicherungsrechts wiederholt eine wichtige Rolle gespielt. Zu den sozialgerichtlich verordneten Änderungen gehört u.a. die Feststellung, daß Trunksucht, Rauschgift- oder Medikamentensucht behandlungsbedürftige Krankheiten darstellen und daß neurotische Störungen sowie Sprachstörungen als Krankheiten zu gelten haben. Am bekanntesten ist vielleicht das 1974 ergangene Urteil des Bundessozialgerichts, das die Kassen dazu ver-

21 Bei Wegfall des Krankengeldes entsteht in der Regel ein Anspruch auf Leistungen der Rentenversicherung.

pflichtete, den Zahnersatz in ihren Leistungskatalog aufzunehmen (vgl. SVR 1987: 131).

Die meisten Leistungen sind für den Versicherten kostenfrei. Allerdings sehen diverse Selbstbeteiligungsregelungen vor, daß die Versicherten bei Medikamenten 3,- DM pro Verordnung oder die Differenz zum Festbetrag übernehmen sowie bei Heilmitteln 10% der Kosten, bei Fahrtkosten 20,- DM und bei Krankenhauspflege 5,- DM (ab 1991: 10,- DM) je Kalendertag für die ersten 14 Tage bezahlen (vgl. Tabelle 1.4 in Abschnitt A.5 sowie die Zusammenfassung bei Schneider u.a. 1989: 145). Sogenannte Bagatellarzneimittel müssen vollständig aus eigener Tasche bezahlt werden, und für Zahnersatz gibt es lediglich Zuschüsse in Höhe von 50% der Kosten. Bei Kuren zahlt der Versicherte einen Eigenanteil von 10,- DM je Kurtag.

4. Mitgliederkreis

Die gesetzliche Krankenversicherung war ursprünglich fast ausschließlich auf Arbeiter beschränkt, ist seither aber auf zusätzliche Bevölkerungsgruppen ausgedehnt worden. Heute zählen rund 90% der Bevölkerung zu ihren Mitgliedern. Zu unterscheiden ist zwischen Pflichtversicherten, freiwillig Versicherten und Familienversicherten. Zu den Pflichtversicherten zählen neben erwerbstätigen Arbeitnehmern auch die Rentner.

Die **Pflichtversicherung** für **Arbeitnehmer** war lange Zeit für Arbeiter und Angestellte unterschiedlich geregelt. Während Arbeiter ausnahmslos der Versicherungspflicht unterworfen waren, galt die Versicherungspflicht für Angestellte nur bis zu einer Einkommensgrenze.²² Das Gesundheitsreformgesetz von 1988 hat die Gleichstellung beider Statusgruppen eingeführt. Pflichtversichert sind nunmehr Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (1990: 56.700 DM) nicht übersteigt (§ 6 SGB V; Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1990a: 86). Wer im Hauptberuf **selbständig** erwerbstätig ist, gehört mit Ausnahme der Landwirte und Künstler entsprechend der Tra-

22 Zur langfristigen Entwicklung der Versicherungspflichtgrenze siehe Tabelle 1.1.

dition der Arbeiterversicherung nach wie vor nicht zum Kreis der Pflichtversicherten.

Pflichtversichert sind hingegen auch diverse **nicht erwerbstätige Gruppen**. Dazu zählen neben den seit 1941 der Versicherungspflicht unterworfenen Rentnern Bezieher von Vorruhestandsgeld, Arbeitslose, Studenten, in besonderen Werkstätten, Anstalten oder Heimen tätige Behinderte sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe oder der Rehabilitation an berufsfördernden Maßnahmen teilnehmen (§ 5 SGB V). Die bei weitem größte Gruppe unter den nicht erwerbstätigen Gruppen sind mit knapp 11 Millionen Mitgliedern die Rentner (vgl. Tabelle 1.3).

Tabelle 1.3: Die Struktur der GKV-Mitglieder 1988

	in Tausend	in %
Pflichtversicherte Arbeitnehmer ^a	18.970	34,5
Arbeitslose und Vorruhestandsgeldbezieher	1.788	3,3
Jugendliche, Behinderte, Rehabilitanden	154	0,3
Studenten	493	0,9
Selbständige und mitarbeitende Familienangehörige ^b	432	0,8
Rentner	10.791	19,7
Freiwillige Mitglieder	4.370	8,0
Familienangehörige	17.910	32,6
Insgesamt	54.908	100,0

a Errechnet aus der Summe der Pflichtmitglieder ohne Rentner (21.837.749) abzüglich der pflichtversicherten Nicht-Arbeitnehmer ohne Rentner (2.867.731).

b Darunter sind 343.299 landwirtschaftliche Unternehmer, 26.030 Künstler und Publizisten sowie 62.910 mitarbeitende Familienangehörige.

Quellen: BMA (1989b: 174/175); BMA (1990a: 87)

Eine **freiwillige Mitgliedschaft** in der GKV ist in der Regel nur in der Form der Weiterversicherung beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht möglich. Der typische Fall ist hier das Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze. Darüber hinaus gibt es Sonderregelungen für einzelne Gruppen. Bestimmte Personengruppen können sich auch auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen (vgl. §§ 6-10 SGB V). Insgesamt zählen etwa 4 Millionen Personen oder 8% aller GKV-Mitglieder zur Gruppe der freiwillig Versicherten (vgl. Tabelle 1.3).

Im Rahmen der **Familienversicherung** sind Ehegatten und Kinder der Versicherten dem Mitgliederkreis der GKV angeschlossen. Das gilt

allerdings nur dann, wenn sie ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik oder West-Berlin haben und eine bestimmte Einkommensgrenze (1990: 470 DM monatlich) nicht überschreiten. Die Familienversicherung der Kinder endet in der Regel mit dem 18. Lebensjahr. Bei Nicht-Erwerbstätigkeit bzw. Schul- oder Berufsausbildung erhöht sich die Altersgrenze aber auf 23 bzw. 25 Jahre. 1988 stellte die Gruppe der Familienversicherten mit fast 18 Millionen Personen rd. ein Drittel aller GKV-Mitglieder.

Nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehörende Personen können sich *privat versichern*. Von dieser Möglichkeit machten dem Mikrozensus zufolge im Jahr 1988 3,9 Millionen Personen mit 2 Millionen mitversicherten Familienangehörigen Gebrauch (Daten des Gesundheitswesens 1989: 36). Weder in der GKV noch privat versicherte Personen haben, sofern sie mittellos sind, einen Anspruch auf Krankenhilfe oder vorbeugende Gesundheitshilfe im Rahmen der Sozialhilfe.

5. Finanzierungsweise

In der Abgrenzung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung decken die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung 73% der Gesundheitsausgaben. Auf Steuern entfallen 12%, auf Ausgaben der Privathaushalte 7% und auf die Selbstbeteiligung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls 7% (Schneider u.a. 1989: 68). Der Anteil der Sozialbeiträge erscheint im internationalen Vergleich als herausragend hoch, der von privaten Haushalten in Form von Selbstbeteiligung oder Privatausgaben zu tragende Anteil als auffallend niedrig.²³

Die im deutschen Sozialbudget verwendete umfassende Definition der Gesundheitsausgaben in funktionaler Abgrenzung ergibt für 1987 ein ähnliches Bild. Nach ihr tragen die privaten Haushalte 7,5% der Gesundheitsausgaben, öffentliche Haushalte 13%, Arbeitgeber 17%. Auf Sozialversicherungsbeiträge entfallen 57%, darunter 47% auf Beiträge der GKV. Die private Krankenversicherung kommt nach dieser Aufgliederung für 5% der Gesundheitsausgaben auf (Daten des Gesundheitswesens 1989: 319).

23 Vgl. dazu den Vergleich von 11 westlichen Ländern bei Schneider u.a. (1989: 68). Nur Frankreich hat einen etwas höheren Anteil an Sozialbeiträgen, nur Schweden eine noch geringere Belastung der Privathaushalte.

Die **gesetzliche Krankenversicherung** wird fast ausschließlich durch **Beiträge** der versicherten Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und der Rentner finanziert. Staatliche Zuschüsse kommen nur in besonderen Ausnahmefällen zum Zuge. Der Bund trägt zur Finanzierung des Mutterschaftsgeldes sowie zur Versicherung der Studenten und der Wehrpflichtigen bei.²⁴ Aus Beiträgen stammten 1985 95% aller GKV-Einnahmen, wobei rd. 63% auf Pflichtbeiträge für Arbeitnehmer sowie jeweils 16% auf Beiträge der freiwillig Versicherten und der Rentner entfielen (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1986: 125).

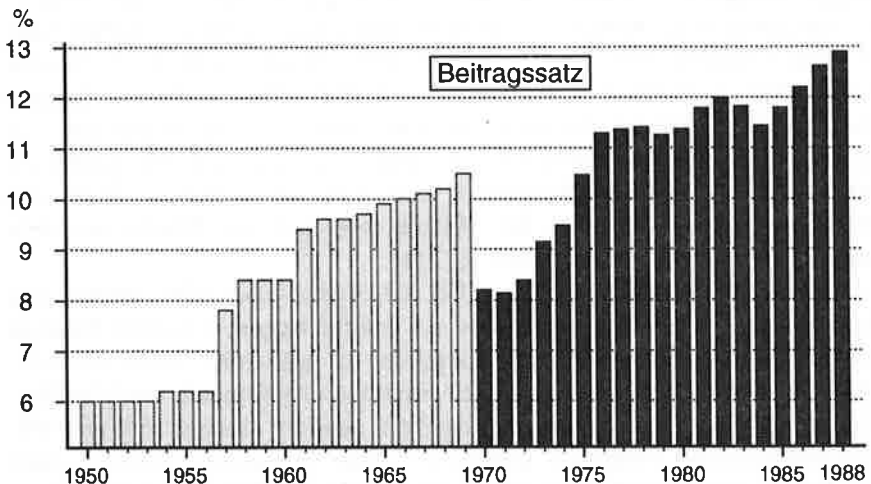
Über die **Höhe der Beiträge** entscheiden die Kassen in eigener Verantwortung. Gesetzlich vorgeschrieben ist ihnen lediglich, daß die Beiträge so zu bemessen sind, daß sie zur Deckung der Ausgaben und der vorgeschriebenen Rücklage ausreichen und daß sie das Eineinhalbfache der für gesetzliche Aufgaben und Verwaltungskosten erforderlichen Mittel nicht überschreiten sollen (§§ 220, 260). Ist das nicht der Fall, sind die Beträge zu erhöhen oder zu senken (§ 220 SGB V). Entscheidungen über die Veränderung des Beitragssatzes fällt der Kassenvorstand mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Das Überschreiten der gesetzlich vorgegebenen Beitrags-Obergrenze von 12% ist möglich, wenn die stimmberechtigten Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber dem jeweils mehrheitlich zustimmen (§ 221).

Gesetzlich festgelegt ist auch, daß Arbeitgeber und Arbeitnehmer den Beitragssatz (in der Regel) jeweils zur Hälfte tragen, während Rentner den durchschnittlich geltenden Satz alleine zu entrichten haben (§§ 247-251). Dem Prinzip der solidarischen Finanzierung folgend, sind die Beiträge nicht nach Risikogruppen gestaffelt, sondern richten sich einkommensproportional innerhalb gewisser Beitragsbemessungsgrenzen nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Mitversicherte Familienmitglieder sind beitragsfrei (§ 3 SGB V). Die Beitragsbemessungsgrenze ist seit dem Zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetz vom 21.12.1970 nach oben dynamisiert und beläuft sich auf 75 Prozent der in der gesetzlichen Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze. Sie liegt damit um etwa 30-40% über dem Durchschnittsentgelt der Rentenversicherten (vgl. BT-Drucksache 11/6380: 150).

24 Ein detaillierter Überblick der finanziellen Beziehungen der GKV zum Bund und zu anderen Zweigen der Sozialversicherung findet sich im Jahresgutachten des SVR (1989: Ziffer 89 sowie dort Tabelle 5).

Der *durchschnittliche Beitragssatz* aller Kassen lag 1989 bei 12,9% (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1990a: 115). Das wirtschaftspolitische Ziel, die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung stabil zu halten, konnte nur selten realisiert werden. Seit 1970 ist der durchschnittliche Beitragssatz um fast 5 Prozentpunkte gestiegen. Gesetzliche Eingriffe konnten den Wachstumstrend bislang allenfalls vorübergehend stoppen. Ob das auch für die Maßnahmen des Gesundheitsreformgesetzes von 1988 gilt, bleibt abzuwarten. Die Entwicklung des Beitragssatzes in der Nachkriegszeit zeigt die Abbildung 1.1.

Abbildung 1.1: Die Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV



Wegen der Einführung der Lohnfortzahlung sind die Zahlen vor und nach 1969 nicht vergleichbar.

Quellen: 1950-1969: BMA (1985: Tab. 7.7); 1970-87: SVR (1989: 318); 1988: BMA (1989: 39).

Ein Charakteristikum der GKV ist die große *Spannbreite der Beitragssätze* bei fast identischen Kassenleistungen. Insgesamt schwanken die Beitragssätze zwischen 8 und 16 Prozent. Sieht man von einigen wenigen Ausnahmefällen ab, so ergibt sich für die große Mehrheit von über 90 Prozent aller pflichtversicherten Kassenmitglieder immer noch eine Beitragsspanne von 11 bis 15 Prozent (Endbericht der Enquete-Kommission, BT-Drucksache 11/6380: 188). Die Spannbreite zwischen den Kassen mit dem niedrigsten und den höchsten Sätzen hat sich in den

letzten zehn Jahren deutlich erhöht (vgl. SVR 1989: 118; 176/177). Die bemerkenswerte Ungleichheit der Beiträge ist weniger das Resultat eines harten Kassenwettbewerbs als vielmehr Produkt der unterschiedlichen Risikostruktur einzelner Kassen in Hinsicht auf Einkommen, Alter, Geschlecht, Familienstruktur und Morbidität der Mitglieder.

Zur Überbrückung der Beitragssatzunterschiede sind seit Jahren einige *Ausgleichsverfahren* in der Diskussion. Für die Krankenversicherung der Rentner gilt seit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 ein kassenartenübergreifender Finanzausgleich.²⁵ Die einzelne Kasse zahlt zwar die Leistungsausgaben ihrer Rentner, erhält dafür aber im Rahmen des Ausgleichs Zuweisungen zur Überbrückung der nicht durch Beitragszahlungen der Rentner gedeckten Finanzierungslücke, die im Lauf der vergangenen zehn Jahre auf fast 60 Prozent der Ausgaben angewachsen ist. Dafür wird von den Mitgliedern aller Kassen ein einheitlicher Beitragssatz erhoben, der 1988 bei 3,5 Prozent lag (SVR 1989: Ziffer 170 u. Tabelle 469). Eine Nebenwirkung dieses Umlageverfahrens ist, daß einzelnen Kassen kein Interesse an einer wirksamen Kontrolle der Leistungsausgaben für Rentner erwächst.

Das Gesundheitsreformgesetz hat für den Fall überdurchschnittlicher Beitragssätze nun einen kassenartinternen Finanzausgleich auf Landesverbandsebene vorgesehen.²⁶ Ein allgemeiner Ausgleich der Ausgaben ist dabei nicht zulässig. Der neue Finanzausgleich soll vielmehr die unterschiedlichen Risikostrukturen der einzelnen Kassen berücksichtigen (§ 266 SGB V). Während einem kassenartübergreifenden Finanzausgleich organisatorische Eigeninteressen der Kassen gegenüberstehen, die sie Schritten in Richtung einer Einheitsversicherung mit Skepsis begegnen läßt, stellen sich überregionalen Ausgleichsverfahren gewöhnlich die südlichen Bundesländer in den Weg, die meist günstigere Beitragssätze kennen und auf die Wahrung ihrer Standortvorteile im Wettbewerb um Industriesiedlungen bedacht sind.

25 Bis zum Haushaltsbegleitgesetz 1983 vom 20.12.1982 hatte die Rentenversicherung zur Deckung der Ausgaben für Rentner an die Krankenversicherung Pauschalzahlungen in Höhe von 11 Prozent der Rentenausgaben zu transferieren. Nach der Neuregelung entrichteten die Rentner einen individuellen - bei Zahlung der Rente einbehaltenen - Beitrag, der sich 1983 zunächst auf 1% belief, später aber sukzessiv gesteigert wurde. 1985 waren 5% zu bezahlen, seit dem Gesundheitsreformgesetz gilt für Rentner die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen (§ 247 SGB V).

26 Das neue Verfahren gelangt zur Anwendung, wenn der Bedarfssatz einer Krankenkasse den durchschnittlichen Bedarfssatz aller Verbandsmitglieder um mehr als 10 von Hundert übersteigt (§ 266 SGB V).

Die **Kostenbeteiligung** der Versicherten hält sich trotz sukzessiver Erhöhungen seit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 noch immer in Grenzen. Im Aggregat beliefen sich die Kosten der Selbstbeteiligung im Jahr 1985 auf 4,2 Mrd. DM (SVR 1989: Tabelle 6; vgl. Berg 1986: 35). Das entsprach bei 36 Millionen Mitgliedern (ohne Familienangehörige)

Tabelle 1.4: Die Entwicklung der Kostenbeteiligung

Zeitraum	1967-1975	1977	1981	1982	1988
Leistungsart					
Arzneimittel	1,- DM pro Rezeptblatt	1,- DM pro Medikament	1,50 DM pro Medikament	2,- DM pro Medikament	3,- DM pro Medikament; ab 1992: 15% bis zur Grenze von 15,- DM pro Medikament (außerdem Höchstbeträge für bestimmte Mittel)
Krankenhaus				5,- DM pro Tag bis zu 14 Tagen	Ab 1991: 10,- DM pro Tag bis zu 14 Tagen
Kuraufenthalt				10,- DM pro Tag	
Zahnbehandlung	Zahnersatz nicht im Leistungskatalog der GKV; als Regelleistung 1975 eingeführt	20% des Zahnersatzes	40% des Zahnersatzes		50% des Zahnersatzes
Brillen			Festbetrag: 40,- DM pro Gestell und 4,- DM Rezeptgebühr		Höchstbetrag begrenzt auf 20,- DM pro Gestell
Kranken-transport		privat zu tragen bis 3,50 DM	privat zu tragen bis 5,- DM		privat zu tragen bis 20,- DM

117 DM pro Jahr und Mitglied oder durchschnittlich knapp 10 DM pro Monat (zur Zahl der Mitglieder vgl. Daten des Gesundheitswesens 1989: 226). Zu vermuten ist, daß die über Selbstbeteiligung finanzierte Summe als Folge des GRG erheblich zunehmen wird. Einen Überblick über die Entwicklung einiger wichtiger Selbstbeteiligungsregelungen in jüngster Vergangenheit gibt die Tabelle 1.4. Die *private Krankenversicherung* verzeichnete 1988 Einnahmen in Höhe von 18,5 Mrd. DM (SVR 1990: T 600).

B. Akteure²⁷

1. Staatliche Akteure

Für die staatliche Regulierung des Gesundheitswesens sind mehrere Akteure auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen zuständig. Aus der Verflechtung diverser politischer Regulierungsinstanzen ergibt sich selbst bei Ausblendung der Rolle der Verbände das Bild einer komplexen Vielfachsteuerung des deutschen Gesundheitswesens.

Auf *Bundesebene* besitzen *vier Ministerien* gesundheitspolitische Kompetenzen, nämlich das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG), das Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) und das Bundeswirtschaftsministerium. Die zentrale Rolle spielt das Arbeitsministerium, das für die gesetzliche Krankenversicherung und für gesundheitspolitische Grundsatzfragen zuständig ist.²⁸ Ferner hat das BMA Kompetenzen für die Bereiche Krankenhäuser, Medizintechnik, Gebührenrecht, Ärzte und andere Gesundheitsberufe sowie für die medizinische Rehabilitation. Das BMJFFG hat Regulierungs- und Planungskompetenzen für das öffentliche Gesundheitswesen,

27 Dieser Abschnitt basiert in wesentlichen Teilen auf einer von *Bernd Rosewitz* erarbeiteten Vorlage. Alle im folgenden genannten Organisationsgrade von Verbänden stammen - sofern nicht explizit andere Quellen genannt werden - aus einer von *Rosewitz* durchgeführten schriftlichen Verbandsumfrage.

28 Diese traditionelle Kompetenzverteilung wurde 1991 nach der Regierungsbildung im geeinten Deutschland verändert.

bestimmt die Ausbildungsordnungen für Gesundheitsberufe und ist zuständig für das Arznei- und Lebensmittelrecht. Das Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) engagiert sich seit Ende der siebziger Jahre mit dem Programm "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" im Bereich des Gesundheitswesens. Im Rahmen seiner Projektförderung unterstützt es u.a. Forschungen über bestimmte Krankheitsschwerpunkte wie Krebs, Rheuma sowie Herz- und Kreislaufkrankheiten. Darüber hinaus fördert es bestimmte Institutionen, so vor allem das Deutsche Krebsforschungszentrum, das Bundesgesundheitsamt und die Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung. Das Bundesministerium für Wirtschaft ist für die Erarbeitung von Preisverordnungen im Arzneimittelsektor zuständig.

Auf **Länderebene** sind je nach Bundesland verschiedene Ministerien für das Gesundheitswesen zuständig. Ihre Kompetenzen erstrecken sich primär auf den Krankenhausbereich, in dem die Länder Planungs- und Regulierungsaufgaben wahrnehmen und die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen tragen. Das öffentliche Gesundheitswesen unterliegt ebenfalls der Kontrolle durch Landesbehörden. Eine wichtige gesundheitspolitische Rolle spielen auch die Wissenschaftsminister der Länder. Ihre Aufgabe ist es, im Einvernehmen mit ihren Kollegen aus anderen Bundesländern Kapazitätsverordnungen zur Zahl der Studienplätze für Medizinstudenten zu erlassen (genaueres dazu in Abschnitt C.1). Als Abstimmungsgremium für die Gesundheitspolitik der Länder besteht die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK), die u.a. Empfehlungen zur Personalentwicklung der Krankenhäuser formuliert (vgl. Kaufmann/ Mohr 1989: 534). Die **Kommunen** sind schließlich in einigen Bundesländern für die öffentlichen Gesundheitsämter zuständig. Darüber hinaus sind sie meist die Träger der öffentlichen Krankenhäuser, die mehr als die Hälfte aller Krankenhausbetten der Bundesrepublik stellen.

2. Justiz

Für Rechtsstreitigkeiten im Bereich der Sozialversicherung besteht mit den **Sozialgerichten** seit 1954 ein eigener Zweig der Rechtsprechung, der auch für die gesetzliche Krankenversicherung und das Kassenarztrecht zuständig ist. In der dreistufig aufgebauten Sozialgerichtsbarkeit sind 50 Sozialgerichte der ersten Instanz, 11 Landessozialgerichte als Berufungs-

instanz und das Bundessozialgericht in Kassel als Revisionsinstanz tätig. Das Richteramt üben Berufs- und Laienrichter aus. Die Berufsrichter des Bundessozialgerichts werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gemeinsam mit einem Richterwahlausschuß berufen; die Berufung der ehrenamtlichen Richter erfolgt auf der Grundlage von Vorschlagslisten der Gewerkschaften, Arbeitgebervereinigungen und anderer Verbände. Im Falle der Landessozialgerichte erteilen die Landesregierungen die Berufung, im Falle des Bundessozialgerichts ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung für die Berufung zuständig.

Die Sozialgerichte werden zwar ausschließlich aufgrund von Klagen Betroffener initiativ, aber die höchstrichterlichen Entscheidungen sind für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und für die Beziehung zwischen Leistungsanbietern und Kassen von grundlegender Bedeutung. Das Bundesverfassungsgericht hat überdies weichenstellende Urteile zur Zulassung von Kassenärzten und Kassenzahnärzten gefällt.

3. Krankenkassen und Kassenverbände

Grundsätzlich ist zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Privatkrankenkassen zu unterscheiden. Die gesetzlichen Krankenkassen sind in *sieben* verschiedene **Kassenarten** gegliedert, nämlich:

- Ortskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- landwirtschaftliche Krankenkassen,
- die Seekrankenkasse,
- die Bundesknappschaft,
- Ersatzkassen.

Die **Ortskrankenkassen** gelten "subsidiär-generell" als Regelkassenart (vgl. BT-Drucksache 11/6380: 178). Ihnen sind somit alle Versicherungspflichtigen angeschlossen, für die keine andere Kasse besteht. Den 268 Ortskrankenkassen gehörten 1988 42 Prozent aller GKV-Mitglieder und knapp 47% aller Pflichtmitglieder an (vgl. Tabelle 1.5). Ihre Durchschnittsgröße lag 1988 mit rd. 60.000 Mitgliedern bei einer Größenord-

nung, die eine aktive Identifikation der Mitglieder mit ihrer Organisation kaum mehr ermöglicht.²⁹

Betriebskrankenkassen können von Arbeitgebern für Betriebe gegründet werden, in denen regelmäßig mindestens 450 Versicherungspflichtige beschäftigt sind. Die Errichtung bedarf der Zustimmung der Mehrheit der im Betrieb beschäftigten volljährigen Arbeitnehmer, die der Kasse angehören können, und der Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Ist eine Betriebskrankenkasse gegründet, so gehören ihr automatisch alle versicherungspflichtigen Beschäftigten des betreffenden Betriebes an. Die 696 Betriebskrankenkassen stellten 1989 zwar 60% aller Kassen, aber nur 12% aller GKV-Mitglieder. Ihre Durchschnittsgröße war 1988 mit rd. 6.000 Mitgliedern wesentlich kleiner als die der Ortskrankenkassen (vgl. Tabelle 1.5).

Handwerksinnungen können für die Betriebe ihrer in die Handwerksrolle eingetragenen Mitglieder **Innungskrankenkassen** errichten. Auch in den Handwerksbetrieben müssen aber mindestens 450 versicherungspflichtige Personen beschäftigt sein, und die Gründung bedarf der Zustimmung der Versicherten ebenso wie der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. 1989 gab es 153 Innungskrankenkassen mit durchschnittlich rd. 12.000 Mitgliedern.

Die durch ein eigenständiges Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte von 1972 geschaffenen **landwirtschaftlichen Krankenkassen** sind für landwirtschaftliche Unternehmer und deren mithelfende Familienangehörige zuständig. Sie werden bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften errichtet und sind in der Regel recht groß. 1989 gab es 19 Kassen mit rd. 750.000 Mitgliedern, entsprechend einer Durchschnittsgröße von rd. 40.000 Mitgliedern.

Neben diesen über Einzelkassen auf regionaler Ebene verfügenden Kassenarten gibt es noch die **Seekrankenkasse** und die **Bundesknappschaft**, die als Einzelkassen auf Bundesebene die in Bergbaubetrieben bzw. auf Seeschiffen Beschäftigten versichern. Der knappschaftlichen Krankenversicherung gehören rd. 1 Million Mitglieder an, der Seekrankenkasse etwa 53.000.

Die **Ersatzkassen** unterteilen sich in 8 **Arbeiter-** und 7 **Angestellten-Ersatzkassen**. Ersatzkassen sind Krankenkassen, deren Mitgliedschaft die Versicherten nicht kraft Gesetzes, sondern durch freiwillige Wahl erlan-

29 Die genannte Mitgliederzahl bezieht die Familienversicherten nicht ein; vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1990: 87); Daten des Gesundheitswesens (1989: 225).

Tabelle 1.5: Kassen und Mitglieder in der GKV (in Tsd.) nach Kassenart

Kassenart	1960		1970		1980		1987/88 ^a	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ortskrankenkassen								
Zahl der Kassen	...	...	399	22,0	272	20,6	268	23,2
Mitglieder	15.433	57,0	16.016	52,4	16.465	46,7	16.202	43,5
Betriebskrankenkassen								
Zahl der Kassen	...	...	1.119	61,7	855	64,8	696	60,4
Mitglieder	3.600	13,3	4.163	13,6	4.281	12,1	4.271	11,5
Innungskrankenkassen								
Kassen	...	...	178	9,8	156	11,8	153	13,3
Mitglieder	936	3,5	1.397	4,6	1.800	5,1	1.942	5,2
Ersatzkassen^b								
Kassen	...	...	15	0,8	15	1,1	15	1,3
Mitglieder	5.150	19,0	7.366	24,0	10.752	30,5	13.067	35,1
Landwirtschaftskassen								
Kassen	...	...	102	5,6	19	1,4	19	1,6
Mitglieder	469	1,7	434	1,4	863	2,5	747	2,0
Knappschaftskasse								
Kassen	...	...	1	--	1	--	1	--
Mitglieder	1.402	5,2	1.124	3,7	1.039	2,9	950	2,6
Seekasse								
Kassen	...	...	1	--	1	--	1	--
Mitglieder	70	0,3	79	0,3	61	0,2	50	0,1
Insgesamt								
Kassen	...	...	1.815	100	1.319	100	1.153	100
Mitglieder	27.060	100	30.581	100	35.261	100	37.229	100

^a Die Angaben zur Zahl der Kassen beziehen sich auf 1987, die zu den Mitgliedern auf 1988.

^b Aggregierte Daten für 8 Arbeiter- und 7 Angestellten-Ersatzkassen.

Quellen: Daten des Gesundheitswesens (1989: 225/226); BMA (1989b: 178); BMA (1970: 126)

gen (§ 168 SGB V). Darüber hinaus können versicherungspflichtige Beschäftigte, für die eine Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse zuständig ist, wahlweise Mitglied einer Ersatzkasse werden, falls sie zu dem Personenkreis gehören, den die betreffende Ersatzkasse aufnehmen darf (§ 183 SGB V). Arbeiterersatzkassen sind nur für bestimmte Wirtschaftsbereiche und bestimmte Regionen zugelassen und dürfen ausschließlich Arbeiter aufnehmen. Die Ersatzkassen für Angestellte sind bundesweit

tätig. Sie stehen ausschließlich Angestellten offen und können ihren Mitgliederkreis darüber hinaus satzungsmäßig auf bestimmte Berufsgruppen beschränken (vgl. BT-Drucksache 11/6380: 178). Die Mitgliederstärke der Ersatzkassen hat in den letzten Jahren beträchtlich zugenommen. 1960 stellten die Ersatzkassen erst 19, 1988 aber knapp 35 Prozent aller GKV-Mitglieder (vgl. Tabelle 1.5 sowie Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1990a: 87).

Außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung sind *Privatkrankenkassen* tätig. Sie versichern hauptsächlich Selbständige und Beamte sowie in Konkurrenz zu den Ersatzkassen Gruppen, die der Versicherungspflicht der GKV entwachsen sind. 1988 zählte die PKV 5,9 Millionen Mitglieder, darunter 3,9 Millionen aktiv Versicherte und 2 Millionen mitversicherte Familienmitglieder (Daten des Gesundheitswesens 1989: 36).

Gegliederte Struktur und Kassenpluralismus sind nach wie vor herausragende Kennzeichen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dennoch ist die *Zahl der Kassen* im Lauf der historischen Entwicklung beträchtlich gesunken (vgl. die Tabellen 1.1 und 1.5). Allein in den letzten dreißig Jahren hat sie sich beinahe halbiert.³⁰ Der beträchtliche Konzentrationsprozeß hat den *Kassenverbänden* die Aufgabe der Interessenaggregation vermutlich erheblich erleichtert. Die Orts-, Betriebs-, und Innungskrankenkassen sind sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene in Verbänden organisiert, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts fungieren. Die beiden Bundesverbände der Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen sind dagegen als eingetragene Vereine privatrechtlich organisiert.

Die *Landesverbände* der Kassen führen die Vertragsverhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landeskrankenhausgesellschaften und anderen Leistungsanbietern (vgl. SGB V §§ 83-84, 88, 111-112). Darüber hinaus beraten sie ihre Mitgliedskassen in Fragen der Geschäftsführung sowie der Innen- und Außenbeziehungen zu den Versicherten und zu anderen Organisationen. Im stationären Sektor sind den Landesverbänden Anhörungs- und Mitwirkungsrechte bei der Krankenhausbedarfsplanung der Länder zugestanden. Darüber hinaus können sie sich in beratender Funktion an den Pflegesatzverhandlungen beteiligen (vgl. dazu unten Abschnitt C.2).

30 Gab es 1960 noch 2.028 Kassen, so waren es 1989 nur noch 1.153 (Daten des Gesundheitswesens 1989: 225; vgl. auch die für Tabelle 1.1 genannten Quellen).

Seit einigen Jahren verfügt die Kassenseite auch über ein eigenes Forschungsinstitut. Das *Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen* (WIdO) in Bonn wurde ähnlich wie sein Pendant auf Ärzteseite in den siebziger Jahren gegründet. Es erarbeitet Expertisen zu allen relevanten gesundheitspolitischen Fragen und unterhält eine eigene Publikationsreihe.

4. Ärzte

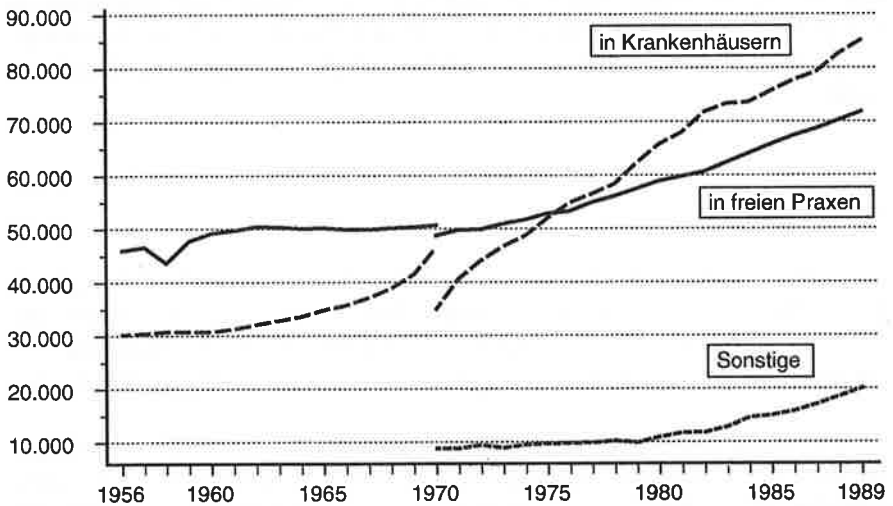
Die Entwicklung der deutschen Ärzteschaft ist in der Nachkriegszeit durch drei zentrale Trends gekennzeichnet: das starke Wachstum der Zahl der Ärzte, die Verlagerung des Schwerpunkts der Arztstätigkeit von der freien Praxis ins Krankenhaus und das Vordringen der Facharztstätigkeit.

Die *Zahl der berufstätigen Ärzte* hat sich seit den frühen fünfziger Jahren fast verdreifacht. Praktizierten in der Gründungszeit der Bundesrepublik rd. 70.000 Ärzte, so waren es 1971 erstmals mehr als 100.000 (vgl. dazu Statistisches Bundesamt 1989: 11). Danach beschleunigte sich das Wachstum der Ärztezahlderartig, daß das Stichwort von der "Ärzteschwemme" aufkam. 1988 wurden rd. 177.000 berufstätige Ärzte gezählt. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angegebene Gesamtzahl der Ärzte lag mit rd. 224.000 am Ausgang des Jahres 1988 sogar noch wesentlich höher (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1989: A 1).

Mit dem quantitativen Wachstum ging ein deutlicher *Strukturwandel* der Ärzteschaft einher. Bis in die sechziger Jahre hinein war der bei weitem überwiegende Teil der Ärzte noch in *freier Praxis* tätig (vgl. Abbildung 1.2). In den siebziger Jahren verlagerte sich der Schwerpunkt der Arztstätigkeit dagegen zunehmend ins *Krankenhaus*, wo ausgangs der achtziger Jahre rd. 60% der Ärzte praktizierten. Eine Klammer zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich stellen die sog. Belegärzte dar, die als niedergelassene Ärzte auf Vertragsbasis Krankenhausbetten mit ihren Patienten belegen dürfen. Ihre Zahl stagniert seit dem Ende der siebziger Jahre und lag 1988 bei 5.528 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1989: A 26).

Insgesamt wurden 1988 71.751 Ärzte in freier Praxis und 85.150 Krankenhausärzte gezählt. Darüber hinaus waren 8.018 Ärzte hauptamtlich bei Behörden oder öffentlich-rechtlichen Körperschaften tätig, unter ihnen knapp 4.000 bei öffentlichen Gesundheitsämtern (Statistisches Bun-

Abbildung 1.2: Die Struktur der Ärzteschaft



Quellen: 1956-1970: Krankenhausärzte: StBA (1983: 68); in freien Praxen: StBA (1988: 11).
1970-1989: KBV (1989: A2).

desamt 1989: 13, 17). Die große Mehrheit der niedergelassenen Ärzte, nämlich rd. 95%, ist als Vertragsarzt zur Kassenpraxis zugelassen. Nur 3.300 Ärzte waren Ende 1988 in einer Privatpraxis tätig (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1989: A 1).

Parallel zum Vordringen der angestellten Ärzte in Krankenhäusern verlief der Aufstieg der *Fachärzteschaft*. Während in den fünfziger Jahren erst ein Drittel der Ärzte über eine Facharztausbildung verfügte, stieg der Anteil der Ärzte mit Gebietsbezeichnung in der Folgezeit kontinuierlich an. In den achtziger Jahren repräsentierten die Fachärzte mit rd. 55 Prozent die deutliche Mehrheit der Mediziner.

Zahlreiche *Verbände* dienen der professionellen Selbstregulierung nach innen und der Interessenvertretung der Ärzte nach außen gegenüber Staat und Kassen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen:

- ärztlichen *Zwangsorganisationen*,
- wissenschaftlichen *Fachverbänden* und
- diversen disziplinär oder interdisziplinär ausgerichteten *Berufsverbänden*.

Zu den **Zwangsverbänden** gehören die **Landesärztekammern**, die eine direkte Aufsichtspflicht über alle Ärzte ausüben, sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen, denen alle an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte beitreten müssen. Nachdem die von den Nationalsozialisten eingerichtete Reichsärztekammer 1945 durch die Alliierte Kontrollbehörde aufgelöst worden war, wurden in den Bundesländern Landesärztekammern gegründet. Diese Kammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, deren Aufgaben gesetzlich vorgeschrieben sind. Im Vordergrund steht die Überwachung der Einhaltung der Berufspflichten und der Standesnormen. Hinzu kommen Fort- und Weiterbildungsaufgaben. In einigen Bundesländern sind die Landesärztekammern noch auf Bezirks- und Kreisebene untergliedert.

An die Stelle der 1945 aufgelösten Reichsärztekammer ist nach dem Zweiten Weltkrieg keine gleichwertige Organisation öffentlichen Rechts getreten. Die 1947 gegründete **Bundesärztekammer** ist lediglich ein privatrechtlicher Zusammenschluß der Ärztekammern der Bundesländer. Sie hat in der Rechtsform eines nicht eingetragenen Vereins aber wichtige Kommunikations-, Koordinations- und Beratungsaufgaben. Als korporativer Akteur ist sie ferner insofern von Bedeutung, als sie in der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen vertreten ist.

Den **Kassenärztlichen Vereinigungen** nehmen als Zwangsorganisation aller Kassenärzte eine eigentümliche Doppelrolle wahr, denn sie haben sowohl Kontroll- wie Repräsentationsfunktionen. Als Organ verbandlicher Selbstregulierung übernehmen sie die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Kassenpatienten und die damit einhergehende professionsinterne Überwachung der Arzttätigkeit. Als Repräsentationsorgan der Kassenärzte nehmen sie gleichzeitig aber auch die Funktion einer Interessenvertretung gegenüber Dritten wahr. Dazu gehört das Aushandeln von Verträgen mit den Kassen über Art und Preis der Leistungserbringung sowie die Erarbeitung von Richtlinien für die gemeinsam mit den Kassen zu erbringenden Steuerungsaufgaben (vgl. dazu genauer Abschnitt C.1). Schließlich haben sie die mit den Kassen ausgehandelte Gesamtvergütung unter den einzelnen Ärzten zu verteilen.

Die unter dem Nationalsozialismus geschaffenen KVen waren bei Kriegsende zunächst aufgelöst worden, etablierten sich dann aber wieder in Verbindung mit den regionalen Ärztekammern als Abrechnungsstellen für die Arztvergütung. Ab 1948/49 lösten sie sich allmählich von den Ärztekammern. Das Kassenarztgesetz von 1955 verlieh ihnen dann auf bundeseinheitlicher Rechtsgrundlage den Status öffentlich-rechtlicher

Körperschaften. Im Prinzip hat heute jedes Bundesland eine eigene Kassenärztliche Vereinigung. Von dieser Regel weichen lediglich Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz mit jeweils vier sowie Nordrhein-Westfalen mit zwei KVen ab. Jede Kassenärztliche Vereinigung setzt sich aus einer gewählten Vertreterversammlung und einem Vorstand zusammen.

Das Gesetz von 1955 schuf auch die Grundlage für die Errichtung einer neuen **Kassenärztlichen Bundesvereinigung**, die ebenfalls als Körperschaft des öffentlichen Rechts konstituiert ist und die insgesamt 18 Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer als Dachverband vereint. Zu ihren Aufgaben gehören Verhandlungen mit den Kassen über den Bundesmantelvertrag, Vertragsabschlüsse mit den Ersatzkassen sowie der Abschluß von Gesamtverträgen mit Krankenkassen, deren Zuständigkeit den Bereich einer einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung überschreitet.

Der Zwangscharakter der Mitgliedschaft verleiht den KVen gegenüber Dritten eine hohe Strategiefähigkeit. Da die Mitglieder von den mit den Kassen erzielten Verhandlungsergebnissen der Verbandsführung zentral betroffen sind, nicht aber über die Möglichkeit der Abwanderung zu konkurrierenden Verbänden verfügen, sehen sich die KV-Führungen einem hohen Druck zur gebührenden Berücksichtigung der Mitgliederinteressen im Außenverhältnis zu den Kassen ausgesetzt. Das Erfordernis der sozialen Integration ihrer hoch mobilisierten und nur über "Voice", nicht aber "Exit"-Optionen verfügenden Mitglieder setzt die KV-Führungen in Kollektivverhandlungen mit den Kassen also unter erheblichen Durchsetzungszwang, der ihrer Konzessionsbereitschaft enge Grenzen setzt (vgl. dazu Knappe 1988 sowie genereller zur "Mitgliedschafts-" und "Einflußlogik" in Organisationen Streeck 1987). Da die KVen ihren Mitgliedern zudem nicht nur als Repäsentations- sondern auch als Kontrollorgan verbandlicher Selbstregulierung gegenüberreten, wird der Druck, die verbandsinterne Integration durch kompromißloses Auftreten gegenüber Dritten zu sichern, noch größer. Nur ein entschlossenes Auftreten gegenüber dem Verhandlungspartner in Kollektivverhandlungen wahrt bzw. reproduziert überdies die durch Verteilungskämpfe um den Honorarverteilungsmaßstab immer wieder gefährdete Einheit des ärztlichen Berufsstandes.

Schon lange vor der Etablierung der genannten Zwangsverbände hatten sich die Ärzte in einer Reihe von fachspezifischen oder berufspolitischen Interessengruppen zusammengeschlossen, die sich bis heute als äußerst vital erwiesen haben. Die verschiedenen **wissenschaftlichen**

Fachverbände dienen primär der ärztlichen Information und Weiterbildung. Heute gibt es für jedes durch die Weiterbildungsordnung anerkannte Gebiet (z.Zt. 27) und Teilgebiet (z.Zt. 18) eine wissenschaftliche Gesellschaft, die als privatrechtlicher Verein organisiert ist und Fortbildungs- sowie Informationsaufgaben versieht.

Neben den wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind diverse disziplinar ausgerichtete **Berufsverbände** entstanden. Sie sind ebenfalls als Vereine auf privatrechtlicher Basis konstituiert und nehmen neben Fortbildungsaufgaben berufspolitische Interessen der Ärzte wahr. Neben den verschiedenen disziplinar geschlossenen Vereinen sind vor allem einige interdisziplinär ausgerichtete Interessenverbände von Bedeutung, die neben berufs- und standespolitischen Fragen vor allem die honorarpolitischen Interessen der Ärzte artikulieren und damit eine wichtige Integrationsfunktion im Sinne der Wahrung der Einheit des Berufsstandes erfüllen. Zu nennen sind hier vor allem der **Hartmannbund**, der **Verband niedergelassener Ärzte Deutschlands**, der **Marburger Bund** und der **Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands**.

Der 1900 gegründete und 1949 neu konstituierte **Hartmannbund** ist auf Bundesebene organisiert und in einzelne Landesverbände untergliedert. Da er seit der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr als Interessenvertretung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen fungiert, versucht er, auf die Verhandlungsführung der KVen Einfluß zu nehmen und neben honorarpolitischen vor allem standespolitische Belange der Ärzteschaft gegenüber anderen Akteuren im Gesundheitswesen zur Geltung zu bringen. Der Hartmannbund beansprucht zwar, die gesamte Ärzteschaft zu repräsentieren, aber gemessen an diesem Ziel bleibt sein Organisationsgrad doch recht bescheiden. 1984 hatte der Bund mit ca. 36.500 Mitgliedern knapp ein Viertel (23%) aller berufstätigen Ärzte bzw. die Hälfte (55%) der niedergelassenen Ärzte in seinen Reihen.

Ebenso wie der Hartmannbund ist der 1949 gegründete Verband der niedergelassenen Nicht-Kassenärzte Deutschlands, der sich 1957 in **Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands** (NAV) umbenannt hat, ein Bundesverband, der in einzelne Landesverbände untergliedert ist. Auch dieser Verband ist ein privatrechtlich organisierter eingetragener Verein, dessen Ziele die Förderung freiberuflicher Tätigkeit, die Durchsetzung gebietsverbindender Gruppenpraxen und die freie Arztwahl umfassen. Er ist ähnlich wie der Hartmannbund auf allen politischen Ebenen tätig und verfügt über ca. 14.500 Mitglieder, entsprechend einem Organisationsgrad von ca. 20% der niedergelassenen Ärzte.

Als Interessenvertretung angestellter und beamteter Ärzte ist der 1948 gegründete **Marburger Bund** tätig, der nach dem Tarifvertragsgesetz die einzige tariffähige Gewerkschaft dieser Ärzte ist. Er schließt mit den Arbeitgeberverbänden des Gesundheitswesens, insbesondere den Ländern und den Kommunen, Tarifverträge über Vergütung und Arbeitsbedingungen ab und vertritt die berufspolitischen Interessen seiner Mitglieder. Auch er ist als Bundesverband in Landesverbände untergliedert. Mit ca. 46.300 Mitgliedern (im Jahr 1984) organisiert der Marburger Bund etwa 50 Prozent der unselbständig tätigen Ärzte.

Zu nennen ist schließlich der **Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands**, der mit den Chefarzten der Krankenhäuser eine der wichtigsten Arztgruppen vertritt. Er weist mit ca. 4.500 Mitgliedern ebenfalls einen Organisationsgrad von etwa 50 Prozent auf. Gegründet nach dem Ersten Weltkrieg, konstituierte er sich im Jahre 1948 von neuem. Heute ist er als Bundesverband organisiert, der sich in 13 Landesgruppen untergliedert. Die im Krankenhaus als Belegärzte tätigen niedergelassenen Mediziner sind im Berufsverband deutscher Belegärzte zusammengeschlossen.

Als **wissenschaftliche Einrichtung** hat sich die Ärzteschaft Mitte der siebziger Jahre das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands geschaffen. Daneben gibt es seit 1973 das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, das als Stiftung des privaten Rechts von den 18 Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegründet wurde.

5. Zahnärzte

Die Zahl der Zahnärzte ist, anders als die der Ärzte, im Lauf der Nachkriegszeit nur geringfügig gewachsen. Bis zum Ende der siebziger Jahre verharrte sie, ungeachtet leichter Schwankungen, bei etwa 32.000. Die Zahnärztdichte war lange Zeit sogar rückläufig. Kamen 1956 noch 1.678 Einwohner auf einen Zahnarzt, so waren es 1980 1.852. Erst in den achtziger Jahren setzte ein Wachstumsprozeß ein, in dessen Rahmen die Zahl der Zahnärzte von 33.340 im Jahr 1980 auf 39.644 im Jahr 1988 stieg. Anders als bei den Ärzten ist die überwältigende Mehrheit von gut 80 Prozent aller Zahnärzte in freier Praxis tätig (vgl. Statistisches Bundesamt 1989: 11).

Ähnlich wie die Ärzte sind auch die Zahnärzte in verschiedenen **Verbänden** organisiert, die sich in Zwangsorganisationen einerseits sowie diverse Fach- und Berufsverbände andererseits untergliedern lassen. Die Zwangsorganisationen unterteilen sich in die Zahnärztekammern und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die ähnliche Aufgaben erfüllen wie ihre Äquivalente auf der Seite der Ärzteschaft. Die **Landes Zahnärztekammern**, heute 18 an der Zahl, wurden nach 1945 als Körperschaften des öffentlichen Rechts in den verschiedenen Landesteilen errichtet. Die **Kassenzahnärztlichen Vereinigungen** wurden ursprünglich 1931 per Gesetz geschaffen und nach dem Krieg in der Bundesrepublik neu belebt. Heute gibt es 17 regionale Vereinigungen, deren Zuständigkeitsbereich meist mit den Grenzen der Bundesländer übereinstimmt. Als Dachverband fungiert die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung**. Sie ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die zunächst 1932 per Notverordnung eingerichtet und in der Bundesrepublik wiedergegründet wurde.

Unter den freiwilligen Vereinen nimmt der **Freie Verband Deutscher Zahnärzte** die Zentralposition ein. Er wurde 1955 als "Notgemeinschaft Deutscher Zahnärzte" gegründet und versteht sich als Interessengruppe, die die Belange ihrer Mitglieder sowohl gegenüber den zahnärztlichen Zwangsorganisationen als auch gegenüber Kassen und Politikern zur Geltung bringt. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte hat etwa 19.000 Mitglieder und organisiert damit rd. 60 Prozent der niedergelassenen Zahnärzte.

6. Paramedizinisches Personal

Das paramedizinische Personal setzt sich aus mehreren Berufsgruppen mit getrennten Verbänden zusammen. Nach der Statistik der Bundesanstalt für Arbeit gingen 1987 rd. 942.000 Personen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in nicht-akademischen Gesundheitsberufen nach.³¹ Das Statistische Bundesamt kommt auf der Grundlage der EG-

31 Dazu zählen im einzelnen: 381.560 Krankenschwestern, 303.868 Sprechstundenhelfer, 120.331 Sanitäter, 56.960 Medizinallaboranten, 53.837 Masseure/Gymnasten, 23.837 Diätassistenten und 1.425 unselbständige Heilpraktiker (Quelle: Bundesanstalt für Arbeit, Schreiben vom 17.7.1989, Az. Ilb2 - 4123.3 B). Ein hilfreicher komprimierter Überblick über die Personalsituation im Gesundheitswesen im Jahr 1985 findet sich in der BT-Drucksache 10/3374.

Arbeitskräftestichprobe für 1988 auf eine Gesamtzahl ähnlicher Größenordnung, nämlich 1,004 Millionen Personen (einschließlich der kleinen Zahl selbständig Erwerbstätiger; vgl. Statistisches Bundesamt 1989b: 26).

Die quantitativ stärkste und gesundheitspolitisch relevanteste Berufsgruppe sind die **Krankenschwestern und -pfleger**. Die EG-Arbeitskräftestichprobe ermittelte für 1988 insgesamt 534.000 im Pflegebereich tätige Personen, darunter 462.000 berufstätige Krankenschwestern, Pfleger und Hebammen sowie 72.000 Pflegehelfer (Statistisches Bundesamt 1989b: 26). Der Großteil dieser vorwiegend aus Frauen bestehenden Berufsgruppe ist in Krankenhäusern tätig. Der Krankenhausstatistik zufolge waren 1987 rd. 406.000 Personen im Pflegedienst von Kliniken beschäftigt.³²

Ihre numerische Stärke und wachsende funktionale Relevanz in einer von zunehmender Pflegebedürftigkeit gekennzeichneten Gesellschaft läßt die Pflegepersonen zu einer Schlüsselgruppe des Gesundheitswesens avancieren. Allerdings bleibt ihr Organisationsgrad bislang gering, und die Chance zur politischen Durchsetzung ihrer Interessen wird durch eine **Vielfalt konkurrierender Verbände** mit unterschiedlichen beruflichen Leitbildern geschwächt. So läuft der gewerkschaftliche Zusammenschluß noch immer parallel zu konfessioneller Vergemeinschaftung. Die gewerkschaftlichen und weltlichen Organisationen haben in der **Deutschen Schwesterngemeinschaft** einen Dachverband. Die religiösen Gruppierungen - das sind die Schwesternschaften des Caritasverbandes und der Inneren Mission sowie der Verband der Schwesternschaften vom Roten Kreuz - sind dagegen in der **Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände** zusammengeschlossen (Herder-Dorneich/ Kötz 1972: 151ff.). Daneben gibt es noch diverse Einzelverbände wie den Deutschen Berufsverband für Krankenpflege (DBfK), der in der Bundesrepublik die Nachfolge der 1903 gegründeten Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (BO) angetreten hat.³³ Gewerkschaftlich organisiert sind

32 Darunter 323.212 Krankenpflegepersonen, 75.609 Auszubildende sowie 7.383 Hebammen, Hebammenschülerinnen und Wochenpflegerinnen. 85% dieser Personen sind weiblichen Geschlechts - siehe Statistisches Bundesamt (1989b: 394).

33 Weitere Verbände des paramedizinischen Personals sind u.a.: der **Deutsche Verband für Physiotherapie - Zentralverband der Krankengymnasten** (ca. 15.000 Mitglieder), der **Deutsche Verband Technischer Assistenten in der Medizin** mit etwa 11.000 Mitgliedern, der **Bund deutscher Hebammen**, der ca. 9.000 Mitglieder zählt, der **Verband Arbeitsmedizinisches Fachpersonal**, die **Bundesvereinigung der (Länder-)Arbeitsgemeinschaften Leitender Krankenpflegepersonen**, der **Fachverband der Krankenpflege** sowie der **Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzhelferinnen**. Auffallend ist die Gründungswelle von Verbänden um 1973/74, also im Kontext der harten Tarifikämpfe

Schätzungen zufolge etwa 20 bis maximal 40 Prozent aller Pflegekräfte (Oltmanns/ Martins 1989: 23).

Die Einzelorganisation mit dem höchsten Organisationsgrad paramedizinischen Personals dürfte mit ca. 80.000-100.000 Mitgliedern die **Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV)** sein. Sie führt als eine von zwei Tarifparteien zentralisierte Verhandlungen mit der Vereinigung der öffentlichen Arbeitgeber über die Vergütung und die Arbeitsbedingungen im öffentlichen Dienst. Als zweiter Verhandlungspartner tritt die **Tarifgemeinschaft für Angestellte im öffentlichen Dienst** auf, in der die Deutsche Angestelltengewerkschaft (DAG), die dem Deutschen Beamtenbund angehörende Gemeinschaft der Gewerkschaften und Verbände des öffentlichen Dienstes (GGVÖD) und der Marburger Bund zusammengeschlossen sind (Keller 1987: 271; vgl. auch Herder-Dorneich/ Kötz 1972). Bis 1976 führten diese beiden Organisationen die Verhandlungen mit den Arbeitgebern noch gemeinsam, aber seit 1977 finden getrennte Verhandlungen statt, wobei zumindest offiziell keinerlei Kontakte zwischen den beiden Arbeitnehmerorganisationen bestehen (Keller 1987: 272). Die für den öffentlichen Dienst ausgehandelten Tarifvertragsregelungen werden von den **freien Wohlfahrtsverbänden** als Trägern freigemeinnütziger Krankenhäuser in der Regel für ihr Personal übernommen.

7. Krankenhäuser

Ende 1987 gab es in der Bundesrepublik 3.071 Krankenhäuser, darunter knapp 60 Prozent sog. Akut-Krankenhäuser für Patienten mit vorübergehenden Erkrankungen und relativ kurzer Verweildauer und rd. 40 Prozent Sonderkrankenhäuser zur Behandlung besonderer, meist chronischer Krankheiten mit längerer Verweildauer. Zum letztgenannten Typ zählen u.a. Rehabilitations- und Kurkliniken. Während die Zahl der Sonder-Krankenhäuser entsprechend dem Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Krankheiten wächst, nimmt die Zahl der Akut-Krankenhäuser seit 1970 ab (vgl. Daten des Gesundheitswesens 1989: 257; zur Bettenentwicklung vgl. unten Abschnitt C.2).

im öffentlichen Dienst, die eine 15prozentige Gehaltssteigerung und den Sturz der Regierung Brandt nach sich zogen.

Das deutsche Krankenhauswesen ist seit langem durch einen Pluralismus der **Träger** gekennzeichnet. Zu unterscheiden sind öffentliche Träger, frei gemeinnützige Träger und private Eigentümer. Als öffentliche Träger fungieren vor allem Länder und Kommunen. Frei gemeinnützige Kliniken sind in der Regel im Besitz freier Wohlfahrtsverbände, während Privatkliniken häufig in der Hand von Ärzten sind.³⁴ Die Gesamtzahl der Krankenhäuser verteilt sich relativ ausgewogen auf die verschiedenen Trägertypen, von denen jeder etwa ein Drittel aller Kliniken vorhält. In langfristiger Perspektive zeigt sich allerdings eine deutliche Schrumpfung des öffentlichen Sektors, während die frei gemeinnützigen Kliniken ihre Position im wesentlichen behaupten konnten. Deutliche Wachstumstendenzen zeigt der Sektor der Privatkliniken (vgl. Tabelle 1.6).³⁵

Eine genauere Betrachtung macht Tendenzen einer trägerspezifischen Arbeitsteilung deutlich. Private Träger konzentrieren sich vor allem auf den Bereich der Sonderkrankenhäuser, wo sie mit 52 Prozent die Mehrheit aller Kliniken stellen, während die anderen beiden Trägergruppen jeweils nur einen Anteil von 24 Prozent erreichen. Die Akut-Krankenhäuser sind dagegen überwiegend in der Hand öffentlicher oder frei gemeinnütziger Träger, die hier 43 bzw. 41% aller Kliniken vorhalten, während private Eigentümer nur 16 Prozent der Akut-Krankenhäuser stellen (Daten des Gesundheitswesens 1989: 265).

Auch die **Größe** der Kliniken variiert mit dem Träger. Die große Mehrheit von rd. zwei Dritteln aller Privatkliniken hat weniger als 100 Betten. Öffentliche Träger halten dagegen meist Krankenhäuser mittlerer Größe oder Großkliniken mit mehr als 300 Betten vor. Die frei gemeinnützigen Träger konzentrieren sich auf Krankenhäuser mittlerer Größe mit 100-300 Betten, sind allerdings auch im Bereich kleiner Häuser und der Großkliniken mit Anteilen von über 25 Prozent stark repräsentiert (vgl. dazu Daten des Gesundheitswesens 1989: 262). Insgesamt ist das Krankenhauswesen von einem deutlichen **Konzentrationsprozeß** gekennzeichnet. Während kleine Kliniken unabhängig von der Art des Trägers zunehmend geschlossen werden, konzentriert sich der Ausbau auf den Bereich von Kliniken mit mehr als 200 Betten. Das gilt selbst für den traditionell auf kleine Häuser spezialisierten privaten Bereich.

34 Daneben unterhalten auch gewerbliche Berufsgenossenschaften einige Kliniken.

35 Da es hier um **Akteure** des Gesundheitswesens geht, wird auf die in der Tabelle berichtete Verteilung der Betten nicht mehr näher eingegangen (vgl. dazu Abschnitt C.2).

Tabelle 1.6: Die Struktur des Krankenhauswesens

	Krankenhäuser ^a				Betten			
	insgesamt	öffentlich in %	frei in %	privat in %	insgesamt	öffentlich in %	frei in %	privat in %
1931	4.951	45,7	29,4	24,9	595.103	61,7	31,3	7,0
1952	3.433	43,2	37,4	19,4	533.718	57,6	37,1	5,3
1975	3.481	37,3	34,1	28,6	729.791	53,4	35,3	11,4
1987	3.071	34,9	34,0	31,1	673.224	50,4	35,0	14,6

^a Alle Krankenhäuser einschließlich Sonderkrankenhäuser

Quellen: Für 1931 und 1952: Rausch (1984: 102 zit. hier nach der Wiedergabe in Mayntz/Rosewitz 1988: 140); für 1975 und 1987: SVR (1990: Tab. T 525), Daten des Gesundheitswesens (1989: 265); vgl. auch Statistisches Bundesamt (1989b: 58-60).

Im Vergleich zum ambulanten Sektor ist der Krankenhausbereich durch eine recht schwache Stellung der **Verbände** gekennzeichnet. Eine den Kassenärztlichen Vereinigungen vergleichbare Organisation der Krankenhausträger gibt es nicht. Der Planungs- und Sicherstellungsauftrag liegt in der Hand der Bundesländer. Als Gesprächspartner der Behörden und Interessenverbände der Krankenhäuser bzw. Krankenhausträger finden sich lediglich privatrechtlich organisierte Vereine, die nach Trägertypen differenziert sind. Die Belange der **öffentlichen Krankenhausträger** vertreten vier Spitzenverbände, nämlich der Deutsche Städtetag, der Deutsche Städte- und Gemeindebund, der Deutsche Landkreistag sowie der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Für die **freigemeinnützigen Krankenhausträger** fungieren die sechs freien Wohlfahrtsverbände als Spitzenverbände (Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk, Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland). Die **privaten Krankenhäuser** repräsentiert der Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 1989: 102).

Die elf Spitzenverbände betreiben zwar ihre eigene Politik, sind aber dennoch auf Landes- und Bundesebene in gemeinsamen Dachverbänden organisiert, deren Funktionen in den letzten Jahren erweitert wurden. Auf Landesebene sind das die **Landeskrankenhausesellschaften**, auf Bundesebene wirkt die 1949 gegründete **Deutsche Krankenhausge-**

sellschaft mit Sitz in Düsseldorf. Das politische Bemühen um Kostendämpfung hat zu einer beträchtlichen Aufwertung dieser intermediären Instanzen geführt. Die Tendenz geht, orientiert am Verhandlungsmodell des ambulanten Sektors, dahin, die Verbände in vermehrtem Maße mit Steuerungsfunktionen zu betrauen. So wirken Vertreter der Landeskrankenhausesellschaften z.B. in den sog. Großgeräteausschüssen an der Entwicklung von Großgeräte-Richtlinien mit (SGB V § 122), und sie schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen landesspezifische Verträge zur Regulierung der Krankenhausbehandlung auf der Basis von Rahmenempfehlungen, die die Deutsche Krankenhausesellschaft gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeitet (§ 112 SGB V; vgl. Abschnitt C.2).

8. Arzneimittelhersteller und -vertreiber

Ähnlich wie der Krankenhausbereich ist auch der Pharmasektor durch seine im Vergleich zum ambulanten Sektor relativ schwach ausgebildete Verbandsebene gekennzeichnet. Die Pharmaindustrie zeichnet sich durch eine heterogene und zersplitterte Struktur aus, die eine Konzertierung der Interessen und die selbstregulierende Steuerung durch starke Verbände erschwert. Die Branchenstruktur ist von einer großen Zahl kleiner und mittlerer Unternehmen bestimmt. Insgesamt sind etwa 1.000 Firmen mit rd. 100.000 beschäftigten Arbeitnehmern in der Pharmabranche tätig (Groser 1985: 3, 4).

Dem *Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI)* sind 474 Unternehmen angeschlossen, die etwa 95 Prozent der gesamten Arzneimittelproduktion repräsentieren (BT-Drucksache 11/6380: 242). Der Konzentrationsgrad der Branche ist stark rückläufig (vgl. dazu Abschnitt C.3). Nur 25 Unternehmen unterhalten eigene Forschungs- und Entwicklungsabteilungen (Reiners 1987: 222; Groser 1985: 8). Zu den Marktführern zählen sieben Unternehmen, nämlich Bayer, Boehringer Mannheim, C.H. Boehringer Sohn, Hoechst, Knoll, Merck und Schering. Sie haben sich 1961 mit der *Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft* eine gemeinsame Vereinigung geschaffen, die der Forschungsförderung und Öffentlichkeitsarbeit dient.

Die Arzneimittel werden fast ausschließlich über den *Großhandel* ausgeliefert, in dem etwa 10 Unternehmungen den Großteil des Umsatzes auf sich vereinigen. Die Weitergabe an den Verbraucher erfolgt überwie-

gend in den über 18.000 *Apotheken*, für die das Prinzip der Niederlassungsfreiheit gilt. Die Zahl der Apotheker ist in der Nachkriegszeit noch stärker gewachsen als die der Ärzte. Gab es 1956 im Bundesgebiet erst 13.563 Apotheker, so waren es 1988 34.498 (Statistisches Bundesamt 1989b: 11). Sofern sie nicht selbständig sind, finden sie in den über 500 Krankenhausapotheken oder in der Pharmaindustrie Beschäftigung.

Die Apotheker sind Pflichtmitglieder der 12 auf Landesebene als Körperschaften des öffentlichen Rechts verfaßten *Apothekerkammern*. Die nach den Grundsätzen der Selbstverwaltung organisierten Kammern nehmen als Repräsentationsorgane Standesinteressen wahr, überwachen aber gleichzeitig als Steuerungsorgane die Erfüllung der Standespflichten. Auf Bundesebene sind sie zur *Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekerkammern* zusammengeschlossen. Neben den Apothekerkammern besteht in den einzelnen Bundesländern je ein *Apothekerverein* auf der Basis freiwilliger Mitgliedschaft, der mit den Krankenkassenverbänden Arzneimittel-Lieferverträge aushandelt. Die 12 Landes-Apothekervereine haben sich auf Bundesebene zum *Deutschen Apothekerverein* zusammengeschlossen, der seine Funktion vor allem in der Interessenvertretung der Apotheker gegenüber Krankenkassen und Politikern sieht. Apothekervereine und Apothekerkammern haben sich im Jahre 1950 darüber hinaus zur *Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretung Deutscher Apotheker* (ABDA) zusammengeschlossen, die die Interessen der in öffentlichen Apotheken beschäftigten Apotheker zur Geltung bringt. Diese Arbeitsgemeinschaft ist Mitglied der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen.³⁶

9. Hilfsmittel- und Gerätehersteller

Bei der Fertigung gesundheitsrelevanter Geräte ist zwischen dem Bereich der Hilfsmittel und dem Bereich der Großgeräte zu unterscheiden. Die Herstellung von Hilfsmitteln ist weitgehend eine Domäne des Medizinhandwerks. Dazu zählen u.a. die Augenoptiker, Hörgeräteakustiker, orthopädischen Werkstätten und die zahntechnischen Laboratorien, die sämtlich in Handwerkskammern organisiert sind.

36 Die in Wissenschaft, Industrie, Großhandel und Verwaltung tätigen Apotheker sind ebenfalls seit 1950 in der *Fachgruppe der WIV-Apotheker* zusammengeschlossen, für die der *Verband Angestellter der chemischen Industrie* als Dachverband fungiert.

Die Herstellung medizintechnischer Geräte liegt dagegen in den Händen einiger z.T. großer Unternehmen. Zu den Marktführern zählen die Firmen Dornier, Siemens und R. Wolf. Die Großunternehmen sind häufig nicht ausschließlich auf den medizinischen Bereich spezialisiert, sondern unterhalten Tochterunternehmen bzw. Abteilungen für Medizintechnik. Je nach ihrer speziellen Ausrichtung sind sie daher in verschiedenen Verbänden organisiert. So gehören die Hersteller medizinischer Instrumente häufig dem Industrieverband Schneidwaren und Bestecke an, Fachhandels-Unternehmen und Hersteller medizintechnischer Geräte hingegen der Zentralvereinigung Medizin-Technik. Daneben gibt es im Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie (ZVEI) den Fachverband Elektromedizinische Technik, dem nach eigenen Angaben ca. 100 elektromedizinische und strahlentechnische Firmen angeschlossen sind, die etwa 90 Prozent des bei ca. 4 Mrd. DM liegenden Umsatzes der Branche repräsentieren. Die heterogene Branchenstruktur und die Vielfalt der Verbände machen eine wirksame Selbstregulierung gemäß interorganisatorischen gesundheitspolitischen Absprachen schwierig.

10. Beratungs- und Steuerungsorgane

Zur Entwicklung von Zielvorgaben für das Gesundheitssystem sind seit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz des Jahres 1977 sämtliche relevanten Akteure in der sog. **Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen** zusammengeschlossen. Dieses gesetzlich verankerte Gremium ist zunächst eher Arena als eigenständiger Akteur, hat aber die Aufgabe, medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten für die Gesundheitspolitik zu erarbeiten sowie Vorschläge zur Rationalisierung im Sinne der Erhöhung der Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens zu unterbreiten. Darüber hinaus erarbeitet es Empfehlungen zur Entwicklung einzelner Versorgungsbereiche sowie zur Veränderung der Vergütungen (§ 141 SBG V). Diese Empfehlungen haben zwar keinen bindenden Charakter, sollen aber in den Vertragsverhandlungen der Leistungsanbieter mit den Kassen berücksichtigt werden. Insofern kann die Konzertierte Aktion zumindest auch als ein unabhängiger Steuerungsakteur gesehen werden, der eigenständig Ziele der Steuerung definiert, die im Verhandlungssystem zwischen den Verbänden zu wichtigen Orientierungsgrößen werden.

In der mit insgesamt 65-70 Teilnehmern recht großen und von daher nicht sehr entscheidungsfreudigen Konzertierte Aktion sitzen Vertreter der Krankenkassen, der wichtigsten Leistungsanbieter - Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheker und Pharmaindustrie - des Staates und der Tarifparteien des industriellen Konflikts an einem Verhandlungstisch. Die Zahl der Teilnehmer verteilt sich auf die einzelnen Gruppen wie in Tabelle 1.7 dargestellt.

Jede Gruppe entsendet Vertreter ihrer Organisationselite, also Minister, Staatssekretäre, leitende Ministerialbeamte, Vorstandsmitglieder oder Verbandsgeschäftsführer. Die Vorbereitung der Sitzungen einschließlich der Festsetzung der Tagesordnung übernimmt ein *Vorbereitender Ausschuß*, dem jeweils ein Vertreter der beteiligten Gruppen angehört.

Die Treffen der Konzertierte Aktion finden zweimal jährlich statt. Die *Frühjahrssitzung* hat die Steuerung der Ausgabenentwicklung zum Gegenstand. Dabei geht es um die Erarbeitung von Empfehlungen zur Steigerung der an die kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütungen, um Höchstbeträge für Arznei- und Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie seit der Einbeziehung des stationären Sektors durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1982 auch um die Entwicklung der Krankenhausausgaben. Die Empfehlungen sind so zu gestalten, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden (§ 141 SGB V). Kommen keine Empfehlungen der KA zustande, treten die zwischen den Spitzenverbänden der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen ausgehandelten Empfehlungen an ihre Stelle (§ 86 SGB V). Die *Herbstsitzung* der Konzertierte Aktion dient der Erörterung von Strukturproblemen im Gesundheitswesen. Hier werden Vorschläge zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung diskutiert und mögliche Strukturreformen abgesprochen.

1985 wurde der Konzertierte Aktion ein "*Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*" zur Seite gestellt, der jährlich Gutachten zur Analyse des Gesundheitswesens erarbeitet. Das erste Gutachten erschien 1987. Mittlerweile sind regelmäßig weitere Jahresgutachten publiziert worden. Dem Rat gehören sieben unabhängige Mitglieder an, die über besondere medizinische oder wirtschaftliche oder sozialwissenschaftliche Kenntnisse verfügen. Sie werden vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung unter Beteiligung der Teilnehmer der Konzertierte Aktion für die Dauer von zwei Jahren berufen.

Unterhalb der Ebene der Konzertierte Aktion als zentralem Organ für die Beratung von Steuerungsaufgaben hat die *gemeinsame Selbstver-*

Tabelle 1.7: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Teilnehmer	Anzahl der Vertreter
Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung	14
<i>davon:</i>	
Ortskrankenkassen	(3)
Ersatzkassen	(3)
Betriebskrankenkassen	(2)
Innungskrankenkassen	(2)
Landwirtschaftliche Krankenkassen	(2)
Bundesknappschaft	(2)
Verband der privaten Krankenversicherung	2
Ärzte und Zahnärzte	11
<i>davon:</i>	
Bundesärztekammer	(5)
Kassenärztliche Bundesvereinigung	(3)
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	(2)
Bundesverband der Deutschen Zahnärzte	(1)
Deutsche Krankenhausgesellschaft	3
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	1
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie	3
Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände	12
<i>davon:</i>	
Deutscher Gewerkschaftsbund	(4)
Deutsche Angestellten Gewerkschaft	(1)
Deutscher Beamtenbund	(1)
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	(6)
Gemeinden und Bundesländer	16
<i>davon:</i>	
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände	(3)
Arbeitsminister und Senatoren der Länder	(11)
Gesundheitsministerkonferenz	(1)
Arbeits- und Sozialministerkonferenz	(1)
Bundesministerien	2 plus x
<i>davon:</i>	
Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit	(1)
Bundesministerium für Wirtschaft	(1)
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung	(mit nicht fest limitierter Teilnehmerzahl)

Quelle: Henke (1988: 115)

waltung der Ärzte und Kassen wichtige Aufgaben der Planung, Regulierung und Kontrolle. Zwei Einrichtungen sind hier von besonderer Bedeutung, nämlich der *Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen* und die *Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen*. Beide Organe setzen sich aus einer jeweils gleichen Zahl von Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Verbände der Krankenkassen zusammen. Der Bundesausschuß entwickelt Richtlinien zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Versorgung der Versicherten (§§ 91-92 SGB V). Die Landesausschüsse beraten die Bedarfspläne, stellen fest, in welchen Regionen Über- oder Unterversorgung herrscht und besitzen die Kompetenz zur Anordnung von Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten (§§ 90, 99-103 SGB V). Ein genaueres Bild der Rolle dieser sowohl als Arena wie als Akteur zu betrachtenden Organe ergibt sich, wenn die Funktionsweise der einzelnen Leistungsbereiche untersucht wird.

C. Leistungsbereiche

1. Ambulanter Sektor

1.1 Grundmerkmale

Die ambulante Versorgung in der Bundesrepublik ist durch drei zentrale Merkmale gekennzeichnet: (1) Auf seiten des Patienten herrscht freie Arztwahl; (2) Träger des Angebots sind fast ausschließlich frei niedergelassene Kassenärzte; (3) die Beziehung zwischen Angebot und Nachfrage wird durch ein System von Gruppenverhandlungen zwischen den Verbänden der Ärzte und der Kassen geregelt.

Das für die *Nachfrageseite* charakteristische Prinzip der freien Arztwahl bedeutet, daß Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich jeden Arzt aufsuchen können, der zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist. Damit herrscht anders als in manchen benachbarten europäischen Ländern, die den Facharztbesuch

an eine Überweisung des Familienarztes binden³⁷, freier Zugang auch zum Facharzt. Mit jedem neuen Quartal bzw. jedem neuen Krankenschein entscheidet der Patient von neuem, welchen Arzt er zuerst mit dem Originalschein aufsucht. Empirischen Forschungsergebnissen zufolge erfolgen etwa 52 Prozent aller Facharztkontakte direkt ohne Überweisung eines Hausarztes (vgl. Ferber 1988: 16 mit entsprechenden Daten). Unter den Fachärzten nehmen vor allem Internisten, Kinderärzte und Frauenärzte weitgehend primärärztliche Funktionen wahr. Dennoch haben die meisten Patienten anscheinend einen Hausarzt, den sie vor allem im Falle chronischer Erkrankungen überwiegend in Anspruch nehmen.³⁸

Inwiefern die Kombination von freier Arztwahl und kollektiver Finanzierung der Inanspruchnahme einen Nachfrageschub begünstigt, ist empirisch noch kaum erforscht. Gegen die These einer von den Patienten ausgehenden "Anspruchsinflation"³⁹ sprechen aber zwei Befunde. Zum einen ist aus international vergleichenden Studien bekannt, daß ein Viertel bis ein Drittel aller erwachsenen Patienten auch dann, wenn sie ihren Krankheitszustand als sehr ernst ("morbidity of high severity") ansehen, binnen 14 Tagen keinen Arzt aufsuchen (Kohn/ White 1976: 176, Fig. 7.25). Zum zweiten gilt für die Bundesrepublik, daß der Krankenstand seit Jahren stagniert oder allenfalls oszilliert⁴⁰, während die Zahl der Original-Krankenscheine für von den Patienten initiierte Arztbesuche von 1980 bis 1987 zurückging.⁴¹

Deutliche Expansionstendenzen sind dagegen auf der *Angebotsseite* festzustellen. Sie ist von einem starken Wachstum der Arztzahlen sowie steigenden Leistungsmengen pro Arzt gekennzeichnet. Die Zahl niedergelassener und an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte wächst seit Jahren ununterbrochen. Seit 1975 hat sie sich um 35% er-

37 Dazu zählen neben dem hier untersuchten Großbritannien auch die Niederlande.

38 Die Ergebnisse von Lieselotte von Ferbers Studie zeigen, daß über 70% aller chronisch Kranken einen Hausarzt haben, der wenigstens drei Viertel aller Originalkrankenscheine der vergangenen acht Quartale erhielt (Ferber 1988: 192; vgl. ebd.: 4).

39 Vgl. dazu Herder-Dorneich/ Schuller (1983).

40 Seit 1960 schwankt der Krankenstand pflichtversicherter GKV-Mitglieder in einer Bandbreite von 4,4 bis 6,2 Prozent, wobei die Zahlen vor und nach 1970 nur beschränkt vergleichbar sind. Von 1979 bis 1983 ging der Krankenstand von 5,7 auf 4,4 Prozent zurück, um danach bis 1988 wieder auf 5,0 anzusteigen (vgl. Statistisches Taschenbuch 1989: 8.1).

41 Vgl. dazu die Daten im Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR 1988: 42/43). Erst 1988 stieg die Zahl der Originalscheine wieder an (vgl. dazu SVR 1990: Ziffer 22).

höht (vgl. Tabelle 1.8). Unter dem zunehmenden Konkurrenzdruck hat sich auch der *Spezialisierungsgrad* der Ärzte in den letzten Jahren deutlich erhöht. Die Facharztquote ist unter den zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten zwischen 1970 und 1988 von 45 auf 58 Prozent gestiegen (vgl. SVR 1990: T 500). Dazu haben auch die im Honorierungssystem verankerten höheren Einkommenschancen der Fachärzte beigetragen.⁴²

Tabelle 1.8: Die Entwicklung von Angebots- und Nachfragefaktoren im ambulanten Bereich

	Bevölkerung	GKV-Mitglieder	Niedergelassene Ärzte	An kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
1960	53.381	46.700 ^a	45.320	...
1965	59.012	...	48.011	...
1970	60.656	53.531	48.830	46.302
1975	61.829	55.577 ^a	52.913	49.928
1980	61.566	55.565	59.777	56.138
1985	61.024	54.447	67.363	63.694
1988	61.077 ('87)	53.791	71.751	68.495

^a 1961 bzw. 1976

Quellen: Bevölkerung: Statistisches Jahrbuch des StBA, versch. Jahrgänge; Mitglieder: SVR (1990: T 400); Ärzte: KBV (1989: A24, A9-10), SVR (1990: T500)

Der zunehmende Konkurrenzkampf unter den Ärzten war trotz stagnierender Bevölkerungsgröße und rückläufiger Zahl der GKV-Mitglieder nicht von sinkenden (Behandlungs-)Fallzahlen pro Arzt begleitet. Die Zahl der Fälle pro Arzt ist zwischen 1980 und 1988 vielmehr fast ununterbrochen gestiegen (für jährliche Prozentveränderungsdaten vgl. SVR 1988: 42/43; SVR 1989: Ziffer 182; SVR 1990: Ziffer 22). Verantwortlich dafür war nicht etwa eine zunehmende Primärananspruchnahme seitens der Patienten, sondern die wachsende Zahl der Sekundärscheine (Überweisungen) (ebd.). Mit der zunehmenden Zahl der Überweisungen und Wiederbestellungen ist auch die Punktzahl (Zahl der abrechnungsfähigen Leistungen) pro Fall deutlich gestiegen. Sie erhöhte sich von

42 Im Schnitt lagen die Erträge aus Facharztpraxen 1985 um reichlich ein Drittel über denen aus allgemeinmedizinischer Praxis (vgl. SVR 1988: 45).

1980 bis 1986 um rd. 17 Prozent, sank dann 1987 leicht ab, um 1988 wieder um 3,5 Prozent anzusteigen (SVR 1988: Tabelle 7; SVR 1989: Tab. 22; SVR 1990: Tab. 3). Die Ärzte konnten die nachlassende Primäranspruchnahme also durch eine Expansion der Leistungsmenge pro Fall kompensieren und trotz der wachsenden Zahl von Konkurrenten im Durchschnitt deutliche Absatzsteigerungen erzielen.

Die Praxis niedergelassener Ärzte in der Bundesrepublik hat heute oft Kleinbetriebcharakter. Das Berufsbild des nur mit Stethoskop oder Blutdruckmeßgerät hantierenden Arztes in einer Einzelpraxis ist praktisch ausgestorben. Im Durchschnitt kommen auf eine Arztpraxis heute 4-5 Arzthelferinnen.⁴³ In zunehmendem Maße schließen sich die Ärzte auch zu Gemeinschaftspraxen zusammen. Während es 1980 erst 2.844 Gemeinschaftspraxen (mit 5.818 Ärzten) gab, waren es 1988 bereits 5.821 mit 12.125 Ärzten (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1989: A21, A22).⁴⁴

Die zunehmende Personalstärke der Praxen hängt auch mit dem Ausbau medizintechnischer Kapazitäten zusammen. Die verbesserte Ausstattung mit Personal und Gerät schlägt sich statistisch im wachsenden Anteil der Praxiskosten an den Umsätzen nieder. Im Durchschnitt aller Praxen hat sich der Kostenanteil zwischen 1971 und 1985 von 35 auf 54 Prozent erhöht (SVR 1988: Ziffer 107). Die Labordiagnostik allein beanspruchte 1987 im niedergelassenen Bereich über 10 Prozent der Ausgaben (SVR 1989: Ziffer 123). Der mit der Beschaffung von Geräten einhergehende Amortisierungsdruck fördert die Tendenz zur Mengenerweiterung. Das zeigt sich z.B. daran, daß Internisten mit eigenen Röntgengeräten ein Vielfaches der Röntgenleistungen von Kollegen ohne eigene Geräte veranlassen (SVR 1988: 41).⁴⁵

43 Die weibliche Form ist hier nicht als Konzession an modische Sprachspiele gewählt, sondern um auszudrücken, daß der Beruf praktisch ausschließlich von Frauen ausgeübt wird. Die Zahlenangabe ist errechnet aus den für 1987 berichteten Daten: 70.277 niedergelassene Ärzte abzüglich der Zahl der Gemeinschaftspraxen (5.363; vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 1988: A19; Kassenärztliche Bundesvereinigung 1989: A2) und 303.868 Sprechstundenhelfer(innen) laut Bundesanstalt für Arbeit Az. IIb2 - 4123.3 B. Zu Schätzungen in ähnlicher Größenordnung kamen früher diverse andere Autoren (vgl. dazu den kurzen Überblick bei Hoffmann 1983: 147). Die Bundesregierung ging 1985 dagegen, gestützt auf Angaben der Bundesärztekammer, von 2,3 Arzthelferinnen pro Praxis aus (BT-Drucksache 10/3374: 68).

44 Die Mehrheit dieser Gemeinschaftspraxen (56%) wird inzwischen von Nicht-Eheleuten gestellt.

45 Der Kostenanteil *großtechnischer Verfahren* wird allerdings oft überschätzt, denn "Großtechniken" beanspruchen nur knapp 2% der GKV-Ausgaben für ambulante ärztli-

Insgesamt betrachtet, war der ambulante Sektor in jüngster Zeit dennoch von einer recht maßvollen, im wesentlichen der Entwicklung der Grundlohnsumme folgenden **Ausgabenentwicklung** gekennzeichnet. Sein Anteil an den gesamten Leistungsausgaben der GKV ist von rd. 23% zu Beginn der siebziger Jahre auf knapp 17% im Jahr 1988 abgesunken (vgl. SVR 1990: Tab. T 461, T 465 sowie hier die Anhangtabelle 1A.1). Allerdings ist zu berücksichtigen, daß niedergelassene Ärzte durch Verordnungen und Überweisungen über die von ihnen selbst erbrachten Leistungen hinaus noch sehr viel mehr Ausgaben veranlassen. Bezieht man die verordneten Leistungen in die Betrachtung ein, so übersteigt das Ausgabenniveau des ambulanten Sektors sogar das des stationären Bereichs. 1988 standen den durch die GKV im Rahmen der Gesamtvergütung bezahlten Arztausgaben in Höhe von 21,7 Mrd. DM weitere 29,3 Mrd. DM für durch Ärzte veranlaßte Arznei-, Heil- und Hilfsmittelausgaben gegenüber (SVR 1990: T 507).⁴⁶ Deshalb ist die ambulante Versorgung auch ungeachtet der vergleichsweise günstigen Ausgabenentwicklung für Arzthonorare kürzlich zum Gegenstand weitreichender Reformüberlegungen geworden. Bevor auf die vorherrschende Problempertzeption und die damit zusammenhängenden Reformvorschläge genauer eingegangen wird, soll zunächst die Regulierungsweise des ambulanten Sektors geschildert werden.

1.2 Regelungsmechanismen

Die ambulante Versorgung unterliegt weitgehend der autonomen Steuerung durch die Selbstverwaltungskörperschaften der Ärzte und Kassen. Der staatliche Einfluß beschränkt sich auf rechtliche Rahmenrichtlinien, auf die Rechtsaufsicht und auf die Beteiligung an der Konzertierte Aktion. Geht man davon aus, daß die Ausgaben durch die **Zahl der Anbieter**, die **Menge der** von einzelnen Anbietern erbrachten **Leistungen** und den **Preis** dieser Leistungen bestimmt wird, so stellt sich die Frage,

che Behandlung (SVR 1989: Ziffer 122). 1987 standen im ambulanten Sektor insgesamt 879 medizintechnische Großgeräte, die ein Investitionsvolumen von 1,6 Mrd. DM repräsentierten und jährliche Betriebskosten von 385 Mio. DM verursachten (SVR 1988: 40).

46 Hinzu kommen noch 20,3 Mrd. DM für durch niedergelassene Ärzte veranlaßte stationäre Behandlung und 38,8 Mrd. DM für Lohnfortzahlung und Krankengeld. Die Gesamtausgaben der GKV für die stationäre Behandlung beliefen sich im gleichen Jahr auf 40,7 Mrd. DM.

welche Mechanismen der Regulierung dieser Faktoren vorherrschen. Darüber hinaus ist zu fragen, welche Formen einer *Qualitätskontrolle* gefunden wurden.

Die Frage nach der Regulierung der *Ärtezahlen* stellt sich auf zwei Ebenen, nämlich der des Zugangs zum Studium und der des Zugangs zur Praxis nach erfolgtem Examen. Auf beiden Ebenen stehen wegen der verfassungsrechtlich verankerten Freiheit der Berufswahl nur in begrenztem Maße Instrumente der *Mengenregulierung* zur Verfügung.

Die Zahl der *Studienplätze* für Medizin wird durch die sog. *Kapazitätsverordnung* reguliert. Diese Verordnung trägt einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1972 Rechnung, wonach Einschränkungen der Berufs- und Ausbildungsfreiheit nur zulässig sind, wenn die vorhandenen Kapazitäten voll ausgeschöpft sind. Zur Bestimmung der vorhandenen Kapazitäten und der Bedingungen, unter denen sie als ausgeschöpft zu gelten haben, wurde mit der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) 1973 eine von den Bundesländern getragene Behörde als rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts geschaffen. Rechtsgrundlage war ein Staatsvertrag, den die Regierungschefs der Länder am 20. Oktober 1972 unterzeichnet hatten. Die ZVS verteilt die vorhandenen Studienplätze auf der Grundlage der geltenden Kapazitätsverordnung und der eingehenden Studienplatzanträge.

Für das Studium der *Medizin* gilt die 1975 erlassene Kapazitätsverordnung. Die Vergabe der Studienplätze erfolgte zunächst nur nach den Kriterien Note ("Numerus clausus") und Wartezeit, aber nach einem Entscheid des Bundesverfassungsgerichts muß heute ein mehrgleisiges Auswahlverfahren dafür Sorge tragen, daß auch nach diesen Kriterien nicht zum Zuge kommenden Bewerbergruppen eine realistische Zulassungschance eröffnet wird. Die Kompetenz zum Erlaß von Kapazitäts-Verordnungen liegt bei den Länder-Wissenschaftsministern bzw. der Kultusministerkonferenz der Länder als deren Koordinierungsstelle. Die technischen Vorarbeiten übernimmt die ZVS. Deren Verwaltungsausschuß, in dem die Wissenschaftsminister des Bundes und der Länder repräsentiert sind, faßt dann einen formellen Beschluß, der nach Verkündung in den Gesetzblättern der Länder rechtskräftig wird. Der Erlaß einer neuen Verordnung bedarf eines politischen Votums der Kultusministerkonferenz. Der Wissenschaftsrat hatte 1988 unter Hinweis auf die infolge Überfüllung nachlassende Qualität der Lehre eine Reduzierung der Zahl

der Studienplätze um 25 Prozent empfohlen.⁴⁷ Da Beschlüsse der Kultusministerkonferenz aber Einstimmigkeit voraussetzen, ist es einzelnen Bundesländern immer wieder gelungen, die Verabschiedung einer neuen Verordnung zu blockieren.⁴⁸

Deshalb wurde ein anderer politischer Weg beschritten, nämlich der Weg über die Neufassung der *Approbationsordnung*. Dafür ist die Bundesregierung zuständig, die mit Zustimmung des Bundesrates eine entsprechende Rechtsverordnung erläßt. An den Vorarbeiten wirken die Gesundheitsminister der Länder mit. Die neue Approbationsordnung wurde im Dezember 1989 erlassen. Sie sieht eine patientennähere Ausbildung mit kleineren Gruppen beim Unterricht am Krankenbett vor. In Anpassung an diese Neuregelung setzte der Verwaltungsausschuß der ZVS im Januar 1990 die Zahl der jährlich zu vergebenden Studienplätze ab dem Wintersemester 1990/91 neu fest. Statt 11.600 werden nun nur noch 9.300 Studienplätze vergeben. Das entspricht einer Reduzierung um 20 Prozent.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß eine an gesundheitspolitischen Kriterien orientierte Steuerung der Medizinstudentenzahlen durch zwei Hindernisse erschwert wird: die starke Position unabhängiger (Verwaltungs- und Verfassungs-) Gerichte, denen eine Beschränkung der Zulassungsfreiheit im Interesse von Bedarfsgesichtspunkten als verfassungswidrig gilt, und den durch Konsensuzwang gekennzeichneten Föderalismus der Hochschulpolitik.

Nach der Approbation genießen die Ärzte seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.3.1960 praktisch uneingeschränkte *Niederlassungsfreiheit*, denn die traditionelle Steuerung der Zahl der Kassenärzte durch Festsetzung eines bestimmten Verhältnisses zur Zahl der Versicherten wurde als verfassungswidrig erklärt. Das Gerichtsurteil hat allerdings nicht jegliche *Zulassungsbeschränkungen* untersagt, sondern lediglich einen engen Rahmen für mögliche Regulierungen abgesteckt. Deshalb war es möglich, 1986 ein *Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung* zu verabschieden, das zeitlich beschränkte

47 Nach Auskunft eines an maßgeblicher Stelle Beteiligten war die Initiative des Wissenschaftsrates ausschließlich hochschulpolitisch motiviert. Ärzteinteressen an der Reduzierung des Konkurrenzdrucks spielten dabei nach seiner Einschätzung keine Rolle. Daß die Empfehlung sich schließlich durchsetzen konnte, hängt seines Erachtens mit dem wachsenden Interesse der Politiker an Kostendämpfung zusammen.

48 Einer Neuregelung widersetzen sich nach Auskunft zweier Gesprächspartner Hamburg, Berlin und das Saarland. Die Motive für den Widerstand sind ungewiß.

Zulassungsbeschränkungen zum Abbau einer Überversorgung in bestimmten regionalen Planungsbereichen ermöglicht, die in ihrer Größe etwa den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Voraussetzung ist, daß der als bedarfsgerecht geltende Versorgungsgrad um wenigstens 50 Prozent überschritten wird (vgl. § 101 SGB V). Die Kompetenz zur Anordnung von Zulassungsbeschränkungen liegt bei den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen.⁴⁹

Die **Bedarfsplanungskompetenz** für den ambulanten Sektor liegt seit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz von 1976 gemeinsam bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen. Dieses Gesetz sicherte den Kassen erstmals ein Mitspracherecht bei der Gestaltung der ambulanten Versorgung, indem es die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtete, "im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen" Bedarfspläne zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen (vgl. § 99 SGB V). Beide Parteien stützen sich dabei auf Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 101, 102 SGB V). Kommt Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Kassen nicht zustande, kann jeder der Beteiligten den Landesauschuß der Ärzte und Krankenkassen anrufen, der dann entscheidet. Maßnahmen zur planungskonformen Steuerung der Versorgung ergreifen die KVen. Zu ihren Steuerungsinstrumenten zählen die Niederlassungsberatung, die Vermittlung zinsgünstiger Bankkredite und auch Unterstützungszahlungen für Ärzte in unterversorgten Gebieten (vgl. dazu Häusler/ Liebold/ Narr 1984: 39).

Die **Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung** steht im Prinzip jedem Arzt offen, der einen entsprechenden Antrag stellt und seine Eintragung in das von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführte Arztregister nachweist. Die Eintragung in das Arztregister erfolgt auf Antrag nach Ableistung einer einjährigen Vorbereitungszeit (§ 95 SGB V). Über den Zulassungsantrag entscheidet ein auf Bezirksebene konstituierter **Zulassungsausschuß**, dem Vertreter der Ärzte und Krankenkassen in gleicher Zahl angehören. Die Vertreter der Ärzte werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die der Kassen von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Entscheidungen werden

49 Nach Einschätzung des Sachverständigenrates zur Konzertierte(n) Aktion im Gesundheitswesen trägt diese Regelung eher zu einer Egalisierung der regionalen Versorgung als zum Abbau von Überversorgung bei (SVR 1987: 45, 50).

mit einfacher Mehrheit gefällt (§ 96 SGB V). Gegen die Entscheidungen kann jeder Beteiligte Berufung bei einem ebenfalls paritätisch zusammengesetzten Berufungsausschuß einlegen, der von einem zum Richteramt befähigten Vorsitzenden geleitet wird. Die im Zulassungsverfahren geltenden Kriterien sind in einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassenen Rechtsverordnung geregelt. Neben der Zulassung gibt es als zweite (und weitaus seltenere) Form der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung noch die Ermächtigung, die meist für im Krankenhaus tätige Ärzte ausgesprochen wird und das Recht zur ambulanten GKV-Praxis für ein bestimmtes Fachgebiet oder für spezielle Untersuchungen beinhaltet.⁵⁰

Der *Preis ärztlicher Leistungen* wird in *Gruppenverhandlungen* zwischen Kassen- und Arztverbänden festgesetzt. Vier Aspekte bzw. drei Ebenen des Verhandlungssystems sind zu unterscheiden:

- die Empfehlungsvereinbarungen auf Bundesebene, die lediglich Leitlinien ohne verpflichtenden Charakter bestimmen;
- die Verhandlungen über den als Gebührenordnung fungierenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab ebenfalls auf Bundesebene;
- die Gesamtvergütungsvereinbarungen zwischen KVen und Kassen auf Landesebene, in denen die zur Verteilung unter den Ärzten anstehende Summe vereinbart wird;
- die Verteilung der Gesamtvergütung unter den einzelnen Kassenärzten nach einem Verteilungsmaßstab, der laut Gesetz Art und Umfang der Leistungen Rechnung tragen muß, also nach Einzelleistungen zu erfolgen hat.

Die *Empfehlungen* auf der obersten Ebene können nach dem Gesetz auf zweierlei Weise zustande kommen. Dort heißt es, daß die Bundesverbände der (diversen) Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütung im Zeitraum eines Jahres abzugeben haben, es sei denn, die Konzertierte Aktion gibt eine entsprechende Empfehlung mit Zustimmung der Vertreter beider Parteien ab (§ 86 SGB V). In der Praxis bedeutet das, daß die Verbände der Kassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sich vor der Sitzung der Konzertierten Aktion

50 Bis 1989 gab es als dritte Form noch die sog. Beteiligung (vgl. dazu Häusler/ Liebold/ Narr 1984: 44-47).

abstimmen. Die durch das Kostendämpfungsgesetz von 1977 bewirkte bedeutsame Neuerung an diesem Verfahren ist, daß die verschiedenen Kassenarten gemeinsam mit der Vertretung der Ärzte verhandeln.⁵¹ Regelungen für den Fall, daß es weder in der Konzertierte Aktion noch auf der Ebene der Spitzenverbände gelingt, eine Empfehlung zu vereinbaren, sind im Gesetz nicht vorgesehen. Die Vertragspartner müssen die Honorarverhandlungen dann ohne die Richtschnur von Empfehlungen führen (vgl. Smigielski 1980: 264). Die Empfehlungen haben keine rechtlich bindende Wirkung. Sie "sollen" aber dem Gesetzestext zufolge bei Abschluß der Verträge "berücksichtigt werden". Abweichende Vereinbarungen sind explizit zulässig, soweit der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht gefährdet wird (§ 86 SGB V).

Von entscheidender Bedeutung im System der Preisbildung ist demnach die zweite Ebene der **Verbandsverhandlungen** auf Landesebene. Hier handeln die Kassenärztlichen Vereinigungen getrennt mit den einzelnen Landesverbänden der Krankenkassen die Höhe der Gesamtvergütung aus.⁵² Die Grundprinzipien dieses Verhandlungssystems sind zwar seit langer Zeit unverändert geblieben, aber im Detail haben diverse gesetzgeberische Eingriffe der letzten Jahre doch eine Reihe von relevanten Modifikationen bewirkt. Wichtig war vor allem das Kostendämpfungsgesetz von 1977, das die Vertragshoheit von den einzelnen Krankenkassen auf deren Landesverbände übertrug.⁵³ Überdies reduzierte es die Vertragshoheit der Ersatzkassen, indem es das Kassenarztrecht nun auch für sie verbindlich machte und mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab eine für Ersatz- und RVO-Kassen einheitliche Gebührenordnung schuf (Brück 1977: 197; Brück 1981: 109).

-
- 51 Die verschiedenen Kassenarten sind zwar nach wie vor auf die Wahrung ihrer organisatorischen Eigenständigkeit bedacht, haben ihr Auftreten gegenüber den Leistungsanbietern aber seit einigen Jahren abgestimmt. Für Verhandlungen über Empfehlungen bzw. Richtlinien auf Bundesebene gibt es eine Arbeitsteilung zwischen den Kassen, derzufolge der AOK-Bundesverband die Federführung für Vergütungsempfehlungen hat, während die Ersatzkassen für Verträge mit den Krankenhäusern zuständig sind, die Betriebskrankenkassen für Arzneimittel und die Innungskrankenkassen für Heil- und Hilfsmittel die Verhandlungsführung übernehmen (für diese und andere Informationen zum Verhandlungssystem bin ich Herrn Dr. Partsch vom AOK-Bundesverband zu Dank verpflichtet).
 - 52 Eine Ausnahme macht lediglich Bayern, wo die verschiedenen Kassenarten unter Federführung des AOK-Landesverbandes gemeinsam verhandeln. (Auch diese Information verdanke ich Herrn Dr. Partsch vom AOK-Bundesverband.)
 - 53 Allerdings wurde auch vorher schon de facto auf Verbandsebene verhandelt; rechtlich bestand aber die Möglichkeit zum Vertragsabschluß zwischen KVn und Einzelkassen (vgl. Ludes 1986: 18, 29; Brück 1977: 197).

Bis zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 verhandelten die KVen nicht nur getrennt mit den verschiedenen RVO-Kassenarten über die Höhe der Gesamtvergütung, sondern taten dies auch auf der Grundlage unterschiedlicher *Gebührenordnungen*. Heute gilt zwar auch für die Ersatzkassen der gleiche Einheitliche Bewertungsmaßstab (s.u.), aber nach wie vor finden getrennte Verhandlungen über die von den verschiedenen Kassenarten zu zahlende Gesamtvergütung statt. Während Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und landwirtschaftliche Krankenkassen mit den einzelnen KVen auf regionaler Ebene verhandeln, vereinbaren die Ersatzkassen ebenso wie die Bundesknappschaft mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundesweite Abschlüsse. Das Verhandlungssystem ist damit zwar immer noch stark fragmentiert, gibt den KVen wegen der vorgeschalteten gemeinsamen Empfehlungsvereinbarungen aber nicht mehr im gleichen Maße wie früher die Chance, zuerst mit der konzessionsbereitesten Kasse zu verhandeln, um das günstige Ergebnis dann zum Maßstab für die Folgeverhandlungen zu machen.⁵⁴ Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag, nach Kopf- oder Fallpauschalen oder nach Einzelleistungen berechnet werden (§ 85 SGB V). Die ausgehandelte Summe entrichten die Krankenkassen in vierteljährlichen Zahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung, die sie dann nach Maßgabe der erbrachten Einzelleistungen unter den einzelnen Ärzten verteilt.

Der *Preis der Einzelleistungen* ergibt sich aus dem *Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)*. Er wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Bundesverbänden der Krankenkassen als Bestandteil der sog. Bundesmantelverträge (s.u.) vereinbart und von einem *Bewertungsausschuß* erarbeitet. Dem paritätisch besetzten Bewertungsausschuß gehören sieben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellte Vertreter sowie je ein Vertreter der Spitzenverbände der sieben Kassenarten an. Kommt im Ausschuß keine Einigung zustande, wird er um vier unparteiische Mitglieder und einen unparteiischen Vorsitzenden erweitert, und der erweiterte Ausschuß setzt den Bewertungsmaßstab mit einfacher Mehrheit fest (§ 87 SGB V). Der seit Oktober 1987 geltende neue EBM wertet die ärztliche Zuwendung zum Patienten gegenüber medizintechni-

54 Der Grad der Konzessionsbereitschaft verschiedener Kassen bestimmt sich zum großen Teil strukturell aus der Grundlohnsumme und der Risikostruktur der Kassenmitglieder. Je günstiger diese Faktoren ausgeprägt sind, desto konzessionsbereiter kann die Kasse sein, ohne die Beitragssätze allzu sehr in die Höhe zu treiben.

schen Leistungen auf und versucht, die Einkommensunterschiede zwischen den Fachgruppen einzuebnen. Insgesamt sind die Relationen der Leistungen dem Urteil des Sachverständigenrates zufolge allerdings häufig nur schwer nachvollziehbar und lassen kein rationales Steuerungsprinzip erkennen (SVR 1988: 51).

Für den einzelnen Arzt ist weniger der vertraglich vereinbarte Punktwert der Einzelleistungen als deren tatsächlicher monetärer Wert von Belang. Der monetäre Wert eines Punktes - die sog. Auszahlungsquote - ergibt sich im Prinzip als Resultat der Teilung der Gesamtvergütungssumme durch die Gesamtzahl der Abrechnungspunkte. Die von den KVen "im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen" festzusetzenden **Honorarverteilungsmaßstäbe** können darüber hinaus Abstriche für bestimmte Leistungen, für Verwaltungskosten und diverse Umverteilungsmaßnahmen - wie etwa Landzulagen - enthalten (vgl. § 85 SGB V; Häusler/ Liebold/ Narr 1984: 135). Aus dem jeweiligen KV-spezifischen Verteilungsmaßstab und der jeweiligen kassenartspezifischen Gesamtvergütung ergibt sich dann die tatsächliche Auszahlungsquote der Punkte, die in den letzten Jahren zwischen 93 und 100 Prozent schwankte (SVR 1988: 44).

Die Honorierung einzelner Ärzte nach Einzelleistung bei fixer Vergütungssumme für die Gesamtheit der Ärzte wirft für die KVen die Frage auf, wie sie die **Leistungsmenge** der Praxen **kontrollieren** können. Einer grenzenlosen Mengenausdehnung schiebt die sog. "**Wirtschaftlichkeitsprüfung**" einen Riegel vor. Sie wird seit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 durch bei den KVen eingerichtete Prüfausschüsse durchgeführt, die paritätisch von Vertretern der Kassen und der KVen besetzt sind.⁵⁵ Der Wandel der Ausschüsse von Organen professioneller Selbstregulierung zu Einrichtungen der **gemeinsamen Selbstverwaltung** von KVen und Kassen hat vermutlich die Legitimität des Prüfverfahrens innerhalb der Ärzteschaft geschwächt und zur wachsenden Distanz zwischen den KV-Führungen und ihren Mitgliedern beigetragen.⁵⁶ Die Ausschüsse über-

55 Vor dieser Neuregelung kontrollierten ehrenamtlich tätige "Prüfärzte" der KVen im Rahmen verbandsinterner Selbstregulierung die Praxistätigkeit (vgl. Häusler/ Liebold/ Narr 1984: 290).

56 Empirisches Kennzeichen der Entfremdung zwischen den KV-Führungen und ihrer Basis ist die wachsende Zahl regionaler Ärzte-Arbeitsgemeinschaften, in denen sich oppositionelle Kassenärzte formieren. 1988 gründeten diese Gruppen in Düsseldorf die "Zentrale Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte und Zahnärzte" (ZAG) als Dachverband.

prüfen, ob sich die ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen tolerabler Abweichungsmargen von den Durchschnittswerten der betreffenden Arztgruppe bewegen und den von den Verbänden vereinbarten Richtgrößen für die Praxisführung entsprechen. Darüber hinaus gibt es seit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 Stichprobenüberprüfungen, die 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (§ 106 SGB V; vgl. dazu auch unten Abschnitt C.3).

Der Prüfungsausschuß entscheidet auf Antrag der Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung, ob der Kassenarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. In der Regel werden Überhöhungen bis zu 40% als im Bereich angemessener Streuung betrachtet. Gezielte Beratungen haben Vorrang vor Sanktionen. Honorarkürzungen bzw. Regreßforderungen werden erst bei einem offenkundigen Mißverhältnis eingeleitet, das bei Überschreitungen von über 50% als gegeben gilt (Boßmann/ Meier-Greve/ Heinz 1984: 64, 65; SVR 1988: Ziffer 408). Gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses kann beim ebenfalls paritätisch zusammengesetzten Beschwerdeausschuß Beschwerde eingelegt werden, und die dort getroffene Entscheidung ist vor dem Sozialgericht überprüfbar. Im wesentlichen läuft die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht auf eine Effizienzkontrolle der Arzttätigkeit, sondern auf eine reine Durchschnittlichkeitsprüfung hinaus (vgl. SVR 1988: Ziffer 409).

Die Entwicklung eigentlicher *Qualitätskontrollen* der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise ist erst seit wenigen Jahren in Gang gekommen. Zu unterscheiden sind hier zwei Stufen, nämlich der Erlaß regulierender Richtlinien zur Standardisierung der Kassenarzttätigkeit und die Durchführung evaluativer Qualitätskontrollen zur Prüfung der faktischen Einhaltung dieser Richtlinien.⁵⁷

Deutlich beobachtbar ist in den letzten Jahren eine Tendenz, die Praxisführung in stärkerem Maße an standardisierende *Richtlinien* zu binden. Die Richtlinien sollen die Beliebigkeit des Leistungsgeschehens einschränken und verbindlich festlegen, welche Leistungen ein Kassenarzt zu erbringen bzw. zu verordnen hat, um Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten

57 Auf den Medizinischen Dienst (früher: Vertrauensärztlicher Dienst) der Krankenkassen wird hier nicht näher eingegangen, weil seine Aufgabe primär in der Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen bei den Versicherten, nicht aber in der Kontrolle der Leistungsanbieter liegt (vgl. § 275 SGB V).

zu bieten (§ 92 SGB V). Die Kompetenz zum Erlaß von Richtlinien liegt beim Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V). Der Ausschuß besteht aus je neun Vertretern der Ärzte und (verschiedenen) Kassen sowie drei unparteiischen Mitgliedern, von denen eines den Vorsitz führt.⁵⁸ Die Vertreter der Ärzteschaft werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die der Kassenseite von den Verbänden der Krankenkassen bestellt.⁵⁹ Beschlossene Richtlinien werden Bestandteil der zwischen KVen und Kassen zur Regulierung der Kassenarztstätigkeit vereinbarten Bundesmantelverträge (vgl. Häusler/ Liebold/ Narr 1984: 136; §§ 82, 92 SGB V). Kommt innerhalb einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist keine Einigung zustande, erläßt der Bundesminister die Richtlinien.

Das Gesetz (§§ 92, 135 SGB V) nennt eine Reihe von Tätigkeitsbereichen, für die Richtlinien zu erlassen sind. Dazu zählen u.a. die ärztliche Behandlung, die Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, von Krankenhausbehandlung und häuslicher Pflegehilfe, die Bedarfsplanung und der Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte, Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Verfahren der Qualitätssicherung. Inzwischen ist eine Vielzahl von Richtlinien in Kraft getreten, wobei es neben den von der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen auf Bundesebene vereinbarten Standards auch noch zahlreiche Einzelrichtlinien zur Qualitätssicherung gibt, die von den KVen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages erlassen werden (§ 75 SGB V; vgl. SVR 1988: Ziffer 399).

Nach Einschätzung des Sachverständigenrates zur Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen legen die vorhandenen Richtlinien im wesentlichen die fachlichen Voraussetzungen (Weiter- und Fortbildung) und die erforderliche apparative Ausstattung für die Erbringung ärztlicher Sachleistungen fest, während an Evaluationsverfahren zur Kontrolle der Praxisführung noch Mangel herrscht (SVR 1989: Ziffer 41-53; 1990: Ziffer 294ff.). Einige Richtlinien des Bundesausschusses regeln allerdings auch den Behandlungsprozeß. Am weitesten entwickelt sind die Vorgaben zu den gesetzlichen Früherkennungsprogrammen (Krebserkrankungen und

58 Ärzte- und Kassenvertreter sollen sich auf die unparteiischen Mitglieder einigen. Kommt keine Einigung zustande, beruft der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Neutralen.

59 Die Ortskrankenkassen entsenden drei, die Ersatzkassen zwei und die übrigen vier Kassenarten (ohne Seekasse) je einen Vertreter (vgl. § 91 SGB V).

Kinderkrankheiten) sowie zur Mutterschaftsvorsorge und der Psychotherapie (SVR 1989: Ziffer 47). Eine fortlaufende Kontrolle durch Ringversuche oder Stichproben erfolgt aber nur bei den Labor-, Radiologie-, Ultraschall- und Kernspintomographieleistungen (SVR 1989: Ziffer 41). Zur Qualitätssicherung von Laborleistungen sind die Ärzte z.B. verpflichtet, jährlich mindestens einmal pro Methode erfolgreich an einem Ringversuch teilzunehmen. Zur Qualitätssicherung von Röntgenleistungen wurde nicht nur ein detaillierter Maßnahmenkatalog entwickelt, sondern mit dem Radiologieausschuß der KVen auch ein Kontrollorgan geschaffen, das überprüft, inwieweit sich die radiologisch tätigen Ärzte der Qualitätssicherung unterziehen.

Bei Auffälligkeiten der Behandlungsweise werden den Ärzten Informationen und Änderungsvorschläge unterbreitet (SVR 1988: Ziffer 399). Die potentielle Wirksamkeit solcher Steuerung durch Information wird am Beispiel einer Ortskrankenkasse deutlich, bei der im Rahmen eines Modellversuchs die Ausgaben für physiotherapeutische Leistungen binnen zwei Jahren halbiert wurden, als man die Ärzte über Anzahl, Struktur und finanzielle Auswirkungen ihrer Verordnungen informierte (SVR 1988: Ziffer 465).

1.3 Problemprezeption und Reforminitiativen

Der ambulante Sektor wird in der Bundesrepublik vorwiegend durch Verhandlungssysteme im Rahmen der sog. *gemeinsamen Selbstverwaltung* von Ärzten und Kassen gesteuert. Charakteristisch ist allerdings auch, daß die Selbstverwaltung im Rahmen rechtlicher Vorgaben und staatlicher Aufsicht operiert und einige Aufgaben überdies nur vor dem Hintergrund staatlicher Interventionsdrohungen wahrnimmt. Rechtliche Rahmenrichtlinien sind im Falle der Sicherstellung der ambulanten Versorgung, der Bedarfsplanung, der Bundesmantelverträge und der Gesamtverträge zu beachten. Staatliche Detailvorgaben könnten in diesen Bereichen nur im Falle einer Gesetzesänderung an die Stelle der Regelung über Gruppenverhandlungen treten. Im Bereich der Regulierung durch Richtlinien haben die Selbstverwaltungsparteien dagegen den Auftrag, verbindliche Vorgaben zu finden, und für den Fall des Nichtzustandekommens einer Einigung sieht schon der geltende Gesetzestext die Möglichkeit staatlicher Intervention vor. Unterstellt man ein organisatorisches Eigeninteresse der beteiligten Verbände an der Wahrung ihrer Kompeten-

zen, so bringt die Interventionsdrohung einen erheblichen Einigungsdruck mit sich.

Die entscheidende Frage für die Leistungsfähigkeit des Verhandlungssystems als Steuerungsmechanismus ist dann, inwiefern zwischen den Verhandlungspartnern ein ungefähres Machtgleichgewicht herrscht, das Problemlösungen im einseitigen Interesse einer Verhandlungspartei ausschließt. Hier sprechen einige Faktoren dafür, daß die KVen gegenüber den Kassen strategische Vorteile besitzen (vgl. dazu Smigielski 1980: 86f.; Knappe 1988, bes. S. 289). Zunächst ist hier das anders geartete Verhältnis zwischen Verbandsführung und Mitgliedern zu nennen. Die Kassen sind strukturell mit größerer Konzessionsbereitschaft ausgestattet als die KVen, weil ihre Klientel von Verhandlungsergebnissen sehr viel marginaler tangiert ist. Die Gruppe ihrer Mitglieder ist zum einen größer und heterogener, zum anderen in geringerem Maße von gesundheitspolitischen Entscheidungen und Beitragssatzänderungen betroffen als die ihren Lebensunterhalt aus dem Gesundheitswesen bestreitenden Ärzte.⁶⁰ Zum zweiten können die Kassen ihre Mitglieder aber auch weniger verlässlich an Absprachen binden als die KVen. Da sie die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in noch geringerem Maße konzentriert expandieren oder drosseln können als die KVen die ärztliche Leistungsmenge, vermögen die Kassen weder der Regierung noch den KVen im Tausch gegen etwaige Konzessionen verlässlich Gegenleistungen zu erbringen, so daß ihre Tauschfähigkeit in Verhandlungssituationen beschränkt bleibt. Schließlich eröffnet das Verhandlungssystem den geschlossen auftretenden KVen strategische Vorteile gegenüber den nach Kassenarten getrennt verhandelnden und miteinander zumindest partiell konkurrierenden Kassen.⁶¹

60 Das schlägt sich in der wesentlich höheren Wahlbeteiligung bei den Wahlen zur Vertreterversammlung der KVen nieder. Sie schwankt in der Regel zwischen 60 und 75%, gegenüber einer Schwankungsbreite von 40-45% bei den Sozialwahlen zur Bestellung der Selbstverwaltungsgremien der Kassen (Knappe 1988: 280).

61 Smigielski (1980: 88, 92) macht überdies darauf aufmerksam, daß die Verwaltungsangestellten der Krankenkassen kein Eigeninteresse an günstigen Honorarabschlüssen haben, weil ihre eigenen Einkommen durch günstige Honorarabschlüsse kaum tangiert werden und weil sie aufgrund ihres beamtenähnlichen Status weder Abwahl noch Kündigung zu fürchten haben. Darüber hinaus gelingt es den KVen immer wieder, hochqualifizierte Honorarexperten der Kassen durch höhere Gehaltszahlungen ins Lager der Ärzte abzuwerben. Hinzu kommt, daß die Konkurrenz unter den Kassen fast ausschließlich Leistungs- und nicht Beitragskonkurrenz ist, da die Einkommens- und Karrierechancen der Kassenfunktionäre von der Mitgliederzahl abhängen und Leistungsvorteile für die einzelnen Mitglieder aufgrund des Umlageverfahrens sichtbarer zu Buche schlagen als Beitragsein-

Die Strukturvorteile der KVen im Verhandlungssystem sind vermutlich einer der Erklärungsfaktoren dafür, daß die Bundesrepublik im internationalen Vergleich durch eine außergewöhnliche Kombination hoher *Arzteinkommen* und hoher *Arztdichte* auffällt. So kennen OECD-Statistiken zufolge nur die USA einen noch höheren Einkommensvorsprung der Ärzte gegenüber dem Durchschnittsverdiener, aber die USA sind durch eine weitaus geringere Arztdichte gekennzeichnet (vgl. Tabelle 1.9).⁶² Erst in jüngster Zeit zeigte sich hier eine Trendwende, in deren Rahmen die Arzteinkommen langsamer wuchsen als die Arbeitnehmereinkommen.⁶³

Zum partiellen Abbau der Einkommensprivilegien der Ärzte konnte es kommen, weil sich die Ärzteschaft in der Phase der Kostendämpfung einer Koalition von Bundesregierung und Kassen gegenüber sah, die beide auf stabile Beitragssätze drängten. Auf die Bedrohung überkommener Einkommensprivilegien reagieren die Ärzte mit der bereits beschriebenen Mengenexpansion der Leistungen. Die Möglichkeit dazu wird ihnen durch die Honorierung nach Einzelleistungen eröffnet. Sie setzt in Verbindung mit der Vereinbarung von Gesamtvergütungen selbst dann eine Preis-Mengen-Spirale in Gang, wenn die Gesamtvergütung für einen bestimmten Zeitraum gedeckelt bleibt (Herder-Dorneich 1983, SVR 1988). Die Mengenexpansion zieht bei fixer Gesamtvergütung zwar ein Absinken des monetären Werts einzelner Leistungspunkte nach sich. Da die Verteilung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Ärzte aber nach Art und Umfang der Leistungen erfolgt, bleibt es für den einzelnen Arzt durchaus rational, seinen persönlichen Anteil an der Gesamtsumme

sparungen.

- 62 Diese wie andere OECD-Zahlen sind nicht hinreichend standardisiert, um *exakte* Vergleiche zu erlauben. Sie können lediglich einige erste Hinweise auf untersuchungswerte Phänomene geben. Deutschen Ärzten fällt es häufig schwer, solche Daten nachzuvollziehen. Sie verweisen auf das deutlich geringere eigene Einkommensniveau oder auch auf die sinkenden Arzteinkommen im Zeitverlauf. Diverse Studien zeigen tatsächlich, daß die Einkommen unter den Ärzten äußerst ungleich verteilt sind. Der durchschnittliche Ertrag aus kassenärztlicher Praxis lag (nach Abzug der Praxiskosten) 1985 bei 162.434 DM (SVR 1988: 45). Neben Jahreserträgen aus der Kassenarztpraxis von mehreren hunderttausend DM stehen aber auch bescheidene Bruttoeinkünfte von unter 50.000 DM (Daten dazu bei Priester 1987: 178).
- 63 Der Sachverständigenrat zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat gezeigt, daß die Praxiserträge der Allgemeinärzte zwischen 1979 und 1985 selbst nominal zurückgegangen sind (SVR 1988: 45). Der Trend, daß die Arzteinkommen in jüngster Zeit langsamer wachsen als die Arbeitnehmereinkommen ist fast allen OECD-Ländern, für die Daten verfügbar sind, gemeinsam (vgl. dazu die Zahlen in Alber 1988: 124; OECD 1990: Tab. 14, Tab. 65).

Tabelle 1.9: Die Position der Ärzte im internationalen Vergleich, ca. 1987

Land	Arzt- dichte ^f	Arzt- einkommen ^g	Index des Ärzte- angebots ^h	Rang
Bundesrepublik ^b	2,7	4,3	11,6	2
Frankreich ^e	1,9	3,3	(6,3)	4
Großbritannien ^a	1,4	2,4	3,4	14
Italien ^d	3,4	1,1	(3,7)	12
Schweiz ^b	1,5	4,1	6,2	5
Irland ^a	1,4	1,1	1,5	16
Belgien ^d	2,6	1,8	(4,7)	7
Niederlande ^a	2,4	...	...	-
Österreich ^a	1,9	...	...	-
Dänemark ^a	2,6	2,0	5,2	6
Finnland ^a	1,9	1,8	3,4	13
Norwegen ^b	2,3	1,4	3,2	15
Schweden ^c	2,4	1,8	(4,3)	10
Griechenland ^a	3,3	...	...	-
Portugal ^a	2,6	...	...	-
Spanien ^b	3,4	...	...	-
Kanada ^a	2,2	3,7	8,1	3
USA ^a	2,3	5,4	12,4	1
Australien ^b	2,0	2,3	4,6	9
Neuseeland ^b	1,5	3,1	4,7	8
Japan ^b	1,6	2,5	4,0	11
Mittelwert	2,3	2,6	5,5	-

Klammern: Daten für 1983 oder früher entsprechend den Erläuterungen in den folgenden Fußnoten.

a für 1987 *b* für 1986 *c* für 1983 *d* für 1981 *e* für 1979 *f* pro 1.000 Einwohner

g als Vielfaches des durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommens

h Produkt aus Arztdichte und Arzteinkommen

Quellen: OECD (1990). Zahl der Ärzte in Italien: Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften (1987)

durch eine Expansion der Leistungen zu erhöhen. Im Aggregat bewirkt die Mengenexpansion dann ein erneutes Absinken der Punktwerte, das den einzelnen Arzt zu erneuter Mengenausdehnung anreizt bzw. die Kas- senärztliche Vereinigung zur Aushandlung einer höheren Gesamtvergütung drängt. In jedem Fall wird damit eine neue Runde der Expansionsspirale in die Wege geleitet.

Der ökonomische Zwang, im Sinne der Gebührenordnung "Punkte zu machen", hatte angesichts der bis zur Reform des Einheitlichen Be-

wertungsmaßstabes vergleichsweise günstigen Honorierung medizintechnischer Leistungen und der Chance beträchtlicher Produktivitätsgewinne in diesem Bereich lange Zeit die Wirkung, die Mengenexpansion insbesondere bei den medizintechnischen Leistungen voranzutreiben.⁶⁴ Darunter litt die Zuwendung zum Patienten. Im internationalen Vergleich schlägt sich das darin nieder, daß sich die deutschen Patienten bei häufigen Wiederbestellungen mit relativ kurzen Arztkontakten von durchschnittlich weniger als 10 Minuten zufrieden geben müssen (Sandier 1990: 46).

Die genannten Probleme - Machtungleichgewichte im Verhandlungssystem, Ärzteschwemme und hohe Arzteinkommen, Mengenexpansion insbesondere im medizintechnischen Bereich und geringe Patientenzuwendung bei kaum entwickelten Qualitätskontrollen - haben in jüngster Zeit zu einer anhaltenden Diskussion über Strukturreformen im ambulanten Sektor geführt, in deren Rahmen auch die überkommene Position der Ärzte in recht radikaler Form in Frage gestellt wird.

Die häufig gehegte Vorstellung, die Organisationsmacht der Ärzte reiche immer aus, um Einkommenseinbußen und gleichzeitige Einschränkungen ihrer professionellen Autonomie zu verhindern, scheint angesichts der jüngsten Entwicklungen nicht mehr haltbar (vgl. dazu Björkman 1985, Döhler 1989, Marmor/ Thomas 1983, Wiesenthal 1981 sowie korrigierend und auf differenzierterem Argumentationsniveau Immergut 1991). Seit 1976 mußten die Ärzte deutliche Status-quo-Verschlechterungen in *beiden* Dimensionen hinnehmen, denn mit den relativen Einkommenseinbußen ging eine zunehmende Regulierung ihrer Ausbildung und Behandlungspraxis einher.

Das hängt nicht nur mit der zunehmenden Manifestation von Problemen, sondern auch mit strukturbedingten Veränderungen der Machtposition relevanter gesundheitspolitischer Akteure zusammen. Zunächst haben sich im Zuge des Übergangs von der Einzel- zur Gruppenpraxis, des Vordringens abhängiger bzw. arbeitsteiliger Beschäftigung und der Computerisierung der Abrechnungen die sozialstrukturellen Chancen einer wirksamen Kontrolle der Arztpraxis wesentlich verbessert, da die Tätigkeit des Arztes nun wesentlich sichtbarer wurde. Gleichzeitig hat der

64 Vgl. dazu Thiemeyers These von der doppelten Dynamisierung der Arzteinkommen, die besagt, daß die Ärzte sowohl von der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung wie vom medizinisch-technischen Fortschritt profitierten (vgl. Thiemeyer 1970; Thiemeyer 1985).

steile Anstieg der Ärztezahlen die strategische Position der Ärzte geschwächt. Wegen der wachsenden Zahl arbeitsloser Ärzte⁶⁵ können die an Kostenkontrolle interessierten Politiker und Kassen der nicht mehr über ein uneingeschränktes Kompetenzmonopol verfügenden etablierten Ärzteschaft glaubhafter als bisher mit dem Aufbau alternativer Versorgungsstrukturen - wie etwa Ambulatorien der Kassen oder Gemeinden - drohen, falls die es an Kooperationsbereitschaft mangeln läßt.

Hinzu kommt, daß sich infolge des zunehmenden Interesses an Kostenkontrolle auf seiten der Politiker, Arbeitgeber und Gewerkschaften die gesundheitspolitischen Frontstellungen zuungunsten der Ärzte verschoben haben. Wegen des sich intensivierenden internationalen Wettbewerbs um Standortvorteile und der wachsenden Opportunitätskosten weiterer Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen sind Arbeitgeber, Gewerkschaften und Politiker zunehmend an der Kontrolle der Beitragsätze interessiert und drängen daher auf eine möglichst kostengünstige Leistungserbringung. Aus der Kombination wachsender Kontrollchancen und zunehmender Kontrollinteressen ergibt sich ein steigender Druck auf die Ärzte. Die Befürworter von Regulierungsmaßnahmen erhalten auch durch die Einzelleistungshonorierung und die ihr eigenen Anreize zur Mengenexpansion Auftrieb. Die Honorierung durch Kopfpauschalen böte auf Kostendämpfung bedachten Politikern dagegen weniger Anlaß, die ärztliche Autonomie durch regulierende Kostenkontrollen einzuschränken, da die Pauschalzahlung keine Anreize zu Mehrleistungen oder Ausgabensteigerungen mit sich bringt, sondern eher dazu einlädt, die eigene Tätigkeit zu begrenzen.

Das Gesundheitsreformgesetz von 1988 hat einen Wechsel der Honorierungsform oder ähnlich weitreichende Strukturreformen noch einmal zugunsten eines Bündels von Einzelmaßnahmen verschoben. Auch das System der autonomen Selbstverwaltung mit kollektiven Verbandsver-

65 Hier ist daran zu erinnern, daß der Marburger Bund beim diesjährigen Berliner Ärztetag bereits für das Jahr 1995 40.000 bis 50.000 arbeitslose Ärzte prognostiziert hat (vgl. Süddeutsche Zeitung 3./4.5.1990). Den Daten der Bundesanstalt für Arbeit zufolge ist die Zahl arbeitsloser Ärzte nach ununterbrochenem steilen Anstieg in den achtziger Jahren allerdings 1989 erstmals wieder von 8.115 im Vorjahr auf 6.313 gesunken (Telefonauskunft vom 5.7.1990; vgl. die publizierten Daten in identischer statistischer Abgrenzung in Kassenärztliche Bundesvereinigung 1989: H2). Zur Kritik der amtlichen Daten und zur Erläuterung der vom Marburger Bund verbreiteten Zahl siehe den Beitrag von Dr. Frank-Ulrich Montgomery zum 92. Deutschen Ärztetag in Berlin 1989 ("Neue Berufsfelder für Ärztinnen und Ärzte/Ärztliche Arbeitslosigkeit"; Pressestelle der deutschen Ärzteschaft, Pressedrucksache Nr. III/7).

handlungen blieb im Prinzip intakt. Die Vorschriften zur **Überprüfung der Ärzte** wurden aber durch die Einführung von Stichprobenerhebungen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und von Richtwerten für das Volumen verordneter Leistungen deutlich verschärft (§ 106 SGB V; vgl. Zöllner 1988).

Der Sachverständigenrat zur Konzertierte(n) Aktion im Gesundheitswesen hat inzwischen sehr viel weitreichendere Reformvorschläge gemacht. In seinem Jahresgutachten 1989 empfiehlt er sowohl einen Wechsel des Honorierungssystems von der Einzelleistungsvergütung zu einem System differenzierter Kopfpauschalen wie die Umstellung auf ein primärärztliches Versorgungssystem, das den Zugang zum Gebietsarzt nur über die hausärztliche Überweisung gestattet (SVR 1989: Ziffer 286-337). Bislang haben diese Vorschläge aber noch keinen Niederschlag in Gesetzentwürfen gefunden.

2. Stationärer Sektor

2.1 Grundmerkmale

In den rund 3.100 Krankenhäusern der Bundesrepublik arbeiten fast 850.000 Menschen für jährlich etwa 13 Millionen Patienten. Mit einem Ausgabenvolumen von etwa 60 Mrd. DM im Jahr⁶⁶ ist das Krankenhauswesen einer der größten Wirtschaftszweige im Lande. Die exakt 3.071 Kliniken verfügten im Jahr 1987 über 673.687 Betten, entsprechend einer Dichte von 110 Betten pro 10.000 Einwohnern oder 91 Einwohnern pro Bett (SVR 1990: T524-525). Die große Mehrzahl der Betten (68% oder 459.131) befindet sich im Sektor der Akut-Krankenhäuser (ebd.). Nach Einschätzung des Sachverständigenrats zur Konzertierte(n) Aktion im Gesundheitswesen hat die Bundesrepublik damit im Akutsektor eine der höchsten Bettendichten im internationalen Vergleich (SVR 1987: 104).

66 Die Angabe bezieht sich auf das Jahr 1987 und die in den Daten des Gesundheitswesens berichteten Ausgaben für stationäre Behandlung in Höhe von 56,1 Mrd. und für stationäre Kurbehandlung in Höhe von 7,7 Mrd. DM. Die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung beliefen sich im gleichen Jahr auf 39,2 Mrd. DM (vgl. Daten des Gesundheitswesens 1989: 318; Statistisches Taschenbuch 1989: 8.2).

Zweifelhaft ist der Grad der Bedarfsdeckung dagegen im Bereich der Sonderkrankenhäuser. Hier standen 1987 rd. 215.000 Betten zur Verfügung (SVR 1990: T525). Der seit 1975 beobachtbare Bettenabbau ging primär zu Lasten der Sonderkliniken. Obwohl der Bedarf an Rheuma-, Rehabilitations- und geriatrischen Kliniken wächst, standen hier 1987 nur noch 89% der im Jahr 1975 vorhandenen Betten zur Verfügung, während der Akutsektor noch über 94% der damaligen Höchstzahl gebot (vgl. die sektorspezifischen Bettendaten in SVR 1990: T525). Eine Folge der beschränkten Zahl von Sonderkrankenhausbetten ist die vom Sachverständigenrat als hoch eingeschätzte Fehlbelegquote von Akutbetten mit Pflegefällen, die in Einzelfällen bis zu 25% erreicht (SVR 1987: 114; SVR 1988: 159). Die häufig konstatierte **Überkapazität von Betten im Akutbereich** geht also mit einem **Mangel an Pflegebetten** einher.

Ob die Gesamtzahl der Betten als adäquat anzusehen ist oder aber eine Überversorgung vorherrscht, ist unter Experten umstritten. Vom Sachverständigenrat zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zitierte Schätzungen nehmen an, daß etwa 15 Prozent aller Krankenhausbetten entbehrlich seien (SVR 1987: Ziffer 276).⁶⁷ Die **Bettenbelegquote** schwankt seit Jahren zwischen 83 und 89 Prozent im Jahresdurchschnitt (SVR 1990: T530). Angesichts beträchtlicher monatlicher Schwankungen der Bettenauslastung bedeutet das, daß die vorhandenen Betten während der Spitzenbelegzeiten im Frühjahr und Herbst gelegentlich heute schon nicht ausreichen. Ein weiterer Bettenabbau erscheint daher kaum opportun (vgl. SVR 1987: Ziffer 298).

Der langfristig nur geringfügig und überdies ohne klare Richtung veränderte Nutzungs**grad** geht mit einer deutlichen Veränderung der Nutzungs**struktur** einher. Bei stark sinkender Verweildauer steigt die Zahl der Krankenhausaufnahmen steil an. 1960 wurden noch 7,3 Millionen Kranke stationär behandelt, 1987 aber knapp 13 Millionen (Statistisches Bundesamt 1983: 60; SVR 1990: T527). Die rasch wachsende Patientenzahl machte bei schrumpfender Bettenzahl und weitgehend konstanter Auslastungsquote der Betten ein drastisches Absenken der durchschnittlichen Verweildauer unumgänglich. Von 1960 bis 1987 ging die Verweil-

67 Das ist allerdings nicht so zu interpretieren, als ob 15% aller Betten einfach ersatzlos gestrichen werden könnten. Die diversen Gutachten des Sachverständigenrates machen vielmehr deutlich, daß ein entsprechender Bettenabbau ohne Beeinträchtigung der Versorgungsqualität nur bei organisatorischen Reformen möglich wäre, die die arbeitsteilige Struktur des Gesundheitswesens zugunsten einer besseren Verzahnung der Leistungserbringung in verschiedenen Sektoren modifizieren.

dauer von 29 auf 17 Tage zurück (Statistisches Bundesamt 1983: 60; SVR 1990: T529). Verantwortlich hierfür ist vor allem die zunehmende Zahl sog. "Kurzlieger" mit maximal dreitägiger Verweildauer, die rund ein Siebtel aller Patienten stellen (SVR 1987: Ziffer 163; SVR 1989: Ziffer 200).

Ein direkter *Zugang zum Krankenhaus* besteht für die Patienten nicht. Die Einlieferung ins Krankenhaus setzt in der Regel die Überweisung eines niedergelassenen Arztes voraus, wobei den Patienten allerdings die Wahl des Krankenhauses offen steht. Ohne Überweisung haben nur Notfälle und Privatpatienten Zugang zur Klinik. Die Kassenärzte überweisen ihre Patienten häufig zur Abklärung der Diagnose ins Krankenhaus, weil sie bei Überweisungen an niedergelassene Fachärzte die dauerhafte Abwanderung ihrer Klientel zu konkurrierenden Facharztpraxen fürchten (SVR 1988: 57). Für Krankenhausärzte besteht insofern ein Anreiz zur Wiederaufnahme von Patienten, als die Kassenärztlichen Vereinigungen die Ermächtigung von Krankenhausärzten an der kassenärztlichen Versorgung restriktiv handhaben (SVR 1988: 159). Die in jüngster Zeit wachsende Zahl von Notaufnahmen und Selbsteinweisungen ist nach Einschätzung des Sachverständigenrates im Zusammenhang von Mängeln im Bereitschaftsdienst und der Notfallversorgung der niedergelassenen Ärzte zu sehen (SVR 1988: Ziffer 585). Insgesamt geht die steigende Zahl der Krankenhausaufnahmen einer Untersuchung von Infratest zufolge vor allem auf vier Fallgruppen zurück: Kurzlieger, Patienten ohne Einweisung, Wiederaufnahmen und ältere Patienten über 60 Jahren, die zur Zeit etwa ein Drittel aller Krankheitsfälle stellen (vgl. SVR 1988: Ziffer 163). Ältere Menschen sind unter den Klinikpatienten damit stark überrepräsentiert. Die Gruppe der über 65jährigen stellt rund ein Viertel aller GKV-Mitglieder, aber fast die Hälfte aller Krankenhaustage (Reiners 1989: 21).⁶⁸

Das Krankenhauswesen ist *kosten- und personalintensiv*. 1988 beanpruchte es mit 40,7 Mrd. DM rd. ein Drittel aller Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (Statistisches Taschenbuch 1989: 8.2). 1960 hatte es dagegen erst 18% der GKV-Ausgaben in Anspruch genommen (Statistisches Taschenbuch 1989: 8.2; SVR 1990: T461, T465). Der Löwenanteil der Ausgaben entfällt mit knapp 70% auf Personalkosten (SVR 1988: Ziffer 175). Der dynamische Ausgabenanstieg der

68 Da die durchschnittliche Verweildauer mit dem Alter der Patienten steigt, ist der Anteil alter Menschen an den Pflgetagen höher als an den Krankheitsfällen.

letzten Jahre hängt sowohl mit der zunehmenden Inanspruchnahme wie mit dem Ausbau der Angebotskapazitäten und steigenden Preisen zusammen. Auf der Angebotsseite ist sowohl der Sachmittel- wie der Personalbestand deutlich gestiegen. Der medizinisch-technische Fortschritt hat zu einer wachsenden Anzahl und Kompliziertheit operativer Eingriffe geführt, die mit umfangreicher Diagnostik und intensiver Pflege einhergehen. Etwa ein Viertel der Krankenhaus-Betriebsausgaben wird heute für Personal- und Sachkosten des medizinisch-technischen Dienstes verwendet (SVR 1989: Ziffer 122).

Der **Personalbedarf** der Kliniken nimmt seit Jahren zu. Heute arbeiten in Krankenhäusern mehr Menschen als in der gesamten Automobilindustrie (Kühn 1988: 43).⁶⁹ Waren 1960 noch 363.036 Personen in Kliniken tätig, so waren es 1987 bereits 842.815 (Statistisches Bundesamt 1983: 71; SVR 1990: T520). Die bei weitem größte Gruppe stellen die rund 400.000 Krankenpflegepersonen.⁷⁰ Im Wirtschafts- und Verwaltungsdienst waren rund 242.000 Personen tätig. Den 87.515 im Krankenhaus tätigen Ärzten assistierten rund 47.000 Personen im medizinisch-technischen Dienst und rund 19.000 Krankengymnasten, Masseur und Bademeister.⁷¹ Trotz des Stellenausbaus ging der Anteil der Personalkosten an den Gesamtausgaben der Kliniken in letzter Zeit leicht zurück und lag zuletzt bei rd. zwei Drittel (SVR 1988: Ziffer 175; SVR 1990: Ziffer 42).

2.2 Regelungsmechanismen

Kennzeichnend für den stationären Sektor ist die im Vergleich zum ambulanten Bereich **schwach ausgebildete mittlere Ebene von Verbandsverhandlungen** und die entsprechend weitgehende Dezentralisierung von Kompetenzen bei geringer Aggregation und Koordination der involvierten Interessen. Der Vielzahl fragmentierter Kassen steht im Krankenhaussektor eine ähnliche Vielzahl heterogener Träger gegenüber. Gesundheitspo-

69 Kühn nennt für das Jahr 1985 718.00 Beschäftigte in der Automobilindustrie und 807.000 in Krankenhäusern.

70 323.212 ausgebildete Kräfte und 75.609 Personen in Ausbildung (Statistisches Bundesamt 1989a: 394).

71 Sämtliche Zahlen aus Statistisches Bundesamt 1989a: 394. Zu den restlichen Funktionsgruppen (u.a. Hebammen und Apotheker) zählen jeweils weniger als 10.000 Erwerbstätige.

litische Entscheidungen erfordern überdies schwierige Konsensbildungsprozesse zwischen Bund und Ländern, denn die Kompetenz zur Krankenhausplanung und -regulierung liegt im Rahmen bundesrechtlicher Grundlinien bei den einzelnen Bundesländern.

Wichtigste **Steuerungsakteure** im Bereich des Krankenhauswesens sind die für die Bedarfsplanung zuständigen Bundesländer und die die Preisverhandlungen führenden Krankenhaus- und Sozialleistungsträger. Auf der Mikroebene innerhalb der Krankenhäuser entscheiden nach wie vor die Ärzte in weitgehender Autonomie über die Menge und Qualität der Leistungen. Die Steuerung des stationären Sektors unterteilt sich im wesentlichen in zwei Aufgabenbereiche, nämlich Mengen- und Preissteuerung. Die **Mengensteuerung** erfolgt auf duale Weise; über die Zahl der Krankenhäuser und Betten entscheidet die staatliche Krankenhausplanung auf Länderebene, während das Krankenhauspersonal und die zu erbringenden Pflgetage durch die sog. "Leistungsplanung" im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Kassen entschieden wird (zum Prinzip der "dualen Planung" vgl. Bruckenberg 1988a: 201). Die **Preissteuerung** erfolgt unter Vorgabe staatlicher Rahmenrichtlinien durch Gruppenverhandlungen über den Pflegesatz. **Qualitätskontrollen** sind im Klinikbereich bislang noch wesentlich weniger weit entwickelt als im ambulanten Sektor. Auf sie wird daher hier nicht mehr näher eingegangen.⁷²

Die **Planungskompetenz** liegt in den Händen der Bundesländer, die eigene Landeskrankenhausesetze erlassen und seit dem im Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 geregelten Rückzug des Bundes auch die alleinige Finanzverantwortung für ausreichende öffentliche Fördermittel tragen. Bundeseinheitliche Normen fehlen. Die Landesbehörden erstellen Bedarfspläne, die bestimmen, welche Krankenhäuser in den Genuß öffentlicher Förderung kommen. Die Krankenhausgesellschaften sind ebenso wie die Spitzenverbände der Krankenversicherung im Planungsverfahren zu beteiligen. In der Regel sind dazu (Landes-)Ausschüsse für Krankenhausplanung geschaffen, in dem die landesgesetzlich bestimmten "unmit-

72 Lediglich die neuen Richtlinien zur Qualitätssicherung im Labor und in der Röntgendiagnostik haben für beide Leistungsbereiche Gültigkeit. Darüber hinaus werden zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung diverse Modellprojekte durchgeführt, von denen aber lediglich die auf dem Prinzip standardisierter Beobachtung und Dokumentation beruhenden Perinatal- und Neonatalerhebungen sowie die chirurgischen Qualitätssicherungsuntersuchungen überregionale Bedeutung erlangt haben (SVR 1989: Ziffer 54-56).

telbar Beteiligten" sowie "sonstige Beteiligte" vertreten sind (Fuchs und Wabnitz 1988: 137). Das Gesetz schreibt vor, daß mit den unmittelbar Beteiligten "einvernehmliche Regelungen" zu finden sind (§ 7 KHNG; vgl. Schwefel/ Leidl 1988: 188). Wer zu den unmittelbar Beteiligten zählt, variiert von Land zu Land.⁷³ Ausnahmslos in allen Bundesländern beteiligt sind nur die Krankenhausgesellschaften, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung und der Landesausschuß der Privaten Krankenversicherung. Darüber hinaus werden je nach Bundesland ein bis sieben weitere Akteure zu den Beratungen hinzugezogen (Schwefel/ Leidl 1988: 188).

Gegenstand der Bedarfsplanung durch die Bundesländer ist in erster Linie die **Mengenkomponente**, also die Zahl und Art der Krankenhäuser und Betten (vgl. genauer dazu Fuchs und Wabrich 1988: 137). Nicht in die Bedarfsplanung aufgenommene Kliniken scheiden nach der Neuregelung durch das Gesundheits-Reformgesetz aus der von den Kassen zu tragenden Versorgung aus (§ 108 SGB V), es sei denn, sie schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen einen besonderen **Versorgungsvertrag** (vgl. Bruckenberger 1988a: 199). Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht nicht (§ 109 SGB V). Früher konnten die Kassen einem Krankenhaus den Zugang zur Kassenversorgung dagegen nur versperren, wenn sie den rechtskräftigen Nachweis führten, daß es als Versorgungsträger ungeeignet ist (Mayntz/ Klitzsch/ Ubeländer 1982: 103/104; Fuchs/ Wabnitz 1988: 139).

Die Krankenhausplanung orientiert sich weniger an medizinisch begründeten Notwendigkeiten bzw. am Gesundheitszustand der Bevölkerung als an der faktischen Inanspruchnahme der vorhandenen Betten. Damit beschränkt sie sich im wesentlichen auf die Fortschreibung der länderspezifischen Fallzahlen und der Verweildauer.⁷⁴ Als globale Planungsgröße

73 Nach der Einschätzung von Altenstetter (1985a: 156) war allen Ländern nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 ein Trend zur Verlagerung wesentlicher Entscheidungskompetenzen von unteren Einheiten auf die Landesbürokratien gemeinsam. In jüngster Zeit zeigen sich dagegen wieder Pluralisierungstendenzen, so daß Schwefel/ Leidl (1988: 188, Fußnote 4) von einer länderspezifischen "Diversifikation" der Planungsverfahren sprechen.

74 Der Planungsprozeß im Krankenhaussektor geht nach Einschätzung des Deutschen Gewerkschaftsbundes somit nicht von echten Bedarfsschätzungen nach Art und Zahl der Krankheitsfälle aus, sondern basiert auf den Informationen der Krankenhaus-Statistik. Das bedeutet, daß die Einweisungsfrequenz, die Verweildauer und der Grad der Bettennutzung als gegeben hingenommen werden, um aus diesen Kennziffern den nach dem Maß-

dient in allen Bundesländern die Bettendichte pro Einwohner. Der Bedarf wird aus der Zahl der erwarteten Pflgetage - die sich aus der Fallzahl und der durchschnittlichen Verweildauer ergibt - und einer Auslastungsnorm der Betten von gewöhnlich 85% ermittelt (Schwefel/ Leidl 1988: 190). Wie detailliert die über den Bettenbedarf hinausgehende Planung ist, variiert von Bundesland zu Bundesland. Manche Länder machen recht detaillierte Vorgaben bis zur Gliederung einzelner Abteilungen und zur Art der Mitarbeiterbeteiligung (ebd.). Die Beratungen erfolgen hinter verschlossenen Türen und sind für Außenstehende wenig transparent. Informationen über den Verlauf der Planungssitzungen dringen gewöhnlich nicht an die Öffentlichkeit. Dadurch wird es z.B. den Kassen möglich, am Beratungstisch Kapazitätsminderungen zu fordern, ohne damit einhergehende Versorgungsdefizite vor ihren Mitgliedern rechtfertigen zu müssen (vgl. dazu Schwefel/ Leidl 1988: 189, 190).

Die Steuerung der *Personalmenge* erfolgt im Rahmen allgemeiner Richtlinien auf der Ebene lokaler Pflegesatzverhandlungen, in denen mit dem Budget des einzelnen Krankenhauses auch der Stellenplan und die Betriebskosten bestimmt werden (genaueres zu den Pflegesatzverhandlungen unten; vgl. Fuchs und Wabnitz 1988: 137). Die Vertragsparteien orientieren sich bei ihren *Personalbedarfsberechnungen* an relativ unverbindlichen Richtlinien mit Empfehlungscharakter, nämlich den mittlerweile stark veralteten *Anhaltzzahlen* der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) aus dem Jahre 1969. Diese Personalanhaltzzahlen gingen von der Zahl durchschnittlich belegter Betten und einer Arbeitszeit von 45 Wochenstunden aus. Die im Jahre 1974 von der DKG empfohlenen neuen Anhaltzzahlen blieben in der Praxis ohne Wirkung. Nach einer Entschließung der GMK (Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder) im Jahr 1976 wurden die alten Anhaltzzahlen vielmehr linear auf die 40-Stunden-Woche fortgeschrieben, ohne der Veränderung der Patientenstruktur oder neuen Behandlungs- und Pflegemethoden Rechnung zu tragen.

stab der Belegquote geboten erscheinenden Bettenbedarf zu ermitteln (DGB-Strukturkommission 1987). Der Planungsprozeß verdoppelt demnach also - gewissermaßen im Sinne häufig an die empirische Sozialforschung gerichteter Vorwürfe - die Realität, indem er aus den gegebenen Angebotsstrukturen ein normatives Bedarfsniveau ableitet. Die Argumentation des DGB übersieht allerdings, daß die Länder nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes nicht berechtigt sind, eine Bettenreduzierung mit einem erwünschten Bedarf zu begründen, der unter dem tatsächlich auftretenden Bedarf liegt (Bruckenberg 1988a: 204).

Gesetzlich ist vorgesehen, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG gemeinsam Empfehlungen zum Personalbedarf der Krankenhäuser erarbeiten (§ 19 KHG). Eine solche Empfehlung ist aber bislang nicht zustande gekommen. Der Vorstand der DKG verabschiedete 1985 eine Empfehlung zur Aktualisierung der Anhaltswerte, der die Spitzenverbände der Krankenkassen aber die Zustimmung versagt haben (vgl. dazu Kaufmann/ Mohr 1989: 534/535). Bemühungen, im Rahmen der Konzertierten Aktion gemeinsame Empfehlungen zu erarbeiten, führten nicht zum Erfolg. Auf der Herbstsitzung 1986 erklärten Krankenhäuser und Kassen ihre Einigungsversuche daher für gescheitert und forderten die Bundesregierung zur Vorlage einer entsprechenden Rechtsverordnung auf (SVR 1987: 109).

Dies ist ein bemerkenswerter Fall, in dem die an der Selbstverwaltung beteiligten Akteure freiwillig zugunsten staatlicher Regulierung auf angestammte Kompetenzen verzichteten. Möglich ist, daß beide Seiten sich von einer staatlich verordneten Lösung geringere Verteilungsnachteile erwarteten. Plausibler erscheint aber die Vermutung, daß korporatistische Verhandlungsmodelle im Kontext schrumpfender Verteilungsspielräume an Grenzen stoßen, weil eine von staatlicher Seite aufoktroyierte Lösung für die Verbandseliten weniger Legitimationsprobleme aufwirft. Obwohl das Gesetz als Anreiz für Bemühungen um eine Verhandlungslösung bei Nichtzustandekommen einer gemeinsamen Empfehlung nach § 19 KHG explizit mit staatlicher Intervention durch Rechtsverordnung der Bundesregierung "innerhalb eines Jahres" droht, hat die Bundesregierung bislang aber weiter auf eine Verhandlungslösung gesetzt, die bis zum Ende des Jahres 1990 jedoch noch nicht zustande gekommen ist.⁷⁵

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 kam es im stationären Sektor zu einer *Kostenexplosion* (vgl. Jung 1985a: 46; Schnabel 1980: 341/342). Dazu trug auch die Tatsache bei, daß Ärzte und Pflegepersonal 1974 *tarifrechtlich* dem übrigen öffentlichen Dienst hin-

75 Für Auskünfte zur Verzögerung der Personalbedarfsempfehlungen danke ich Herrn Dr. Klitzsch von der DKG. Das Beispiel macht deutlich, daß die Eröffnung gesetzlicher Spielräume für korporatistische Formen gesellschaftlicher Selbststeuerung nur dann zu Problemlösungen führt, wenn für Einigungszwang durch Schiedsstellenverfahren oder sonstige Dritte, bzw. für wirksame Sanktionen bei Nichteinigung gesorgt ist. Das Gesundheits-Reformgesetz von 1988 hat daher für die zweiseitigen Verträge und Rahmenempfehlungen nach § 112 SGB 5 paritätisch besetzte Landesschiedsstellen mit drei zusätzlichen unparteiischen Mitgliedern geschaffen, die über Festsetzungskompetenzen verfügen (vgl. näheres dazu unten sowie SVR 1987: Ziffer 295).

sichtlich Arbeitszeiten, Beschäftigungsbedingungen und Bezahlung gleichgestellt wurden. In den Tarifverhandlungen sitzen sich als Tarifparteien die Gewerkschaft ÖTV bzw. die Tarifgemeinschaft für Angestellte im öffentlichen Dienst und die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber gegenüber, in der die Krankenhausträger organisiert sind. Die Krankenkassen sind an den Verhandlungen nicht beteiligt, obwohl sie es sind, die über die Pflegesätze für Tarifierhöhungen aufzukommen haben.⁷⁶

Die **Krankenhauspreise (Pflegesätze)** wurden ursprünglich von den Landesministerien festgesetzt. Das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz von 1981 sah dann den Übergang vom Hierarchie- zum Verhandlungsprinzip vor, das aber erst nach dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 und der Bundespflegesatzverordnung vom 7.5.1985 implementiert wurde (vgl. BT-Drucksache 10/3374: 22/23). Bis 1985 waren die Pflegesätze voll kostendeckend mit nachträglicher Kostenerstattung, falls erforderlich. Seit der Neuregelung werden sie prospektiv vereinbart, d.h. sie basieren auf einer Vorkalkulation der Kosten, womit sich für die Krankenhäuser Gewinnchancen und Verlustrisiken verbinden (§ 18 KHG; vgl. BT-Drucksache 10/3374: 22-25).

Die **Höhe der Pflegesätze** ist nunmehr Gegenstand von Verhandlungen zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialversicherungsträgern bzw. deren Arbeitsgemeinschaften auf Ortsebene.⁷⁷ Als rechtliche Rahmenrichtlinie ist die Orientierung an zwei konfligierenden Zielgrößen vorgegeben, nämlich zum einen an dem prinzipiell weiterhin geltenden Grundsatz der Selbstkostendeckung (§ 109 Abs. 4 SGB V) und zum anderen am zu beachtenden Prinzip der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V; vgl. Bruckenberger 1988a: 200). Für die Verhandlungen vor Ort bilden die Vertragspartner auf beiden Seiten gewöhnlich Arbeitsgemeinschaften oder Verhandlungskommissionen, die dann in gemeinsamen Sitzungen über die verschiedenen Krankenhäuser eines Ortes verhandeln. Auf der Seite der Kassen übernimmt in der Regel die AOK die Ver-

76 Dennoch kann auf der Seite der verhandelnden Arbeitgeber wohl ein generelles Kostendämpfungsinteresse angenommen werden, denn es wird nicht getrennt für die Krankenhäuser, sondern für den öffentlichen Dienst insgesamt verhandelt. Darüber hinaus ist das Krankenhauswesen für die Kommunen nach Auskunft von Dr. Wolfgang Klitzsch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Zuschußbereich, in den jährlich über 1 Mrd. DM an Subventionen für nicht-kostendeckende Pflegesätze fließen.

77 Voraussetzung der Teilnahme ist, daß der Kostenträger mindestens 5% der Berechnungstage des Vorjahres finanziert hat (§ 18 Abs. 2 KHG; vgl. Schwefel/ Leidl 1988: 191).

handlungsführung.⁷⁸ Die Landeshauskrankenhausgesellschaft und die Landesverbände der privaten Krankenversicherung können an den Verhandlungen beteiligt werden. Seit dem Gesundheits-Reformgesetz bedarf die Pflegesatzvereinbarung überdies der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung (Neuregelung des § 18 Krankenhausfinanzierungsgesetz; vgl. Fack/ Robbers 1989: 186). Da sich die einzelnen Krankenhausträger somit den mit einem einseitigen Vetorecht ausgestatteten Kassenverbänden gegenübersehen, haben sich die Gewichte im Verhandlungssystem deutlich zugunsten der Verbandsebene auf Kassenseite verlagert (vgl. BT-Drucksache 11/6380: 379).⁷⁹

Gegenstand der Verhandlungen sind das Budget, das sich auf der Basis der Berechnungstage des Vorjahres nach den Grundsätzen der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit bestimmt, und die sich aus dem Budget und den zu erwartenden Pfl egetagen errechnenden tagesgleichen Pflegesätze pro Patient. Das Verhandlungsergebnis bedarf nach wie vor der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde.⁸⁰ Bei Nichteinigung in den Pflegesatzverhandlungen entscheidet eine unabhängige Schiedsstelle, in der neben Vertretern der Beteiligten ein unabhängiger Vorsitzender sitzt. Seit dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988 erstellen die (Landes-)Verbände der Krankenkassen gemeinsam und unter Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung zur Kostenkontrolle eine *Preisvergleichsliste*, die einen Überblick über die Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern eines Landes oder einer Region gibt (§ 39 SGB V).

Die parallele Regulierung über die Krankenhausplanung einerseits und die Leistungsplanung im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen andererseits bringt rechtlich nicht voll abgeklärte *Kompetenzfragen* mit sich. *Eine* Rechtsinterpretation betont die rechtliche Verbindlichkeit der staatli-

78 Für Informationen zur Verhandlungspraxis bin ich Herrn Dr. Klitzsch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu Dank verpflichtet.

79 Einer ähnlichen Kompetenzerweiterung der Verbandsebene auf der Krankenseite steht die angesichts der großen Heterogenität der Träger geringe Selbstregulierungsfähigkeit der Landeskrankenhausgesellschaften im Wege. Darauf wird unten noch näher eingegangen.

80 Die Prüfung beschränkt sich nunmehr auf eine Rechtskontrolle zur Gewährleistung der Rechtmäßigkeit der Vereinbarungen (Jung 1985b: 196; vgl. auch BT-Drucksache 10/3374: 22/23).

chen Planung für die Pflegesatzverhandlungen und postuliert daher eine uneingeschränkte Finanzierungspflicht der Kassen für alle in geförderten Krankenhäusern erbrachten Leistungen. Eine Alternativposition bestreitet sowohl die unrestringierte Finanzierungspflicht der Kassen wie das Planungsmonopol der Landesbehörden und betont die Existenz zweier selbständiger, separat ausgestalteter Verwaltungsverfahren mit unterschiedlichen Zeitperspektiven: nämlich die mittel- und längerfristige Krankenhausplanung auf der einen und das kurzfristige Pflegesatzverfahren auf der anderen Seite (vgl. Schwefel/ Leidl 1988: 196; Bruckenberg 1988a: 203; Fuchs/ Wabnitz 1988: 138).

2.3 Problemperzeption und Reforminitiativen

Der Krankenhausbereich ist der Kernbereich der "*Kostenexplosion*" im deutschen Gesundheitswesen. Die Steigerung der GKV-Ausgaben für stationäre Versorgung liegt seit Jahren über der Zuwachsrate der Grundlohnsumme und auf wesentlich höherem Niveau gelegentlich auch über der anderer Leistungssegmente⁸¹ (vgl. die Daten in SVR 1989: Tabelle 24; SVR 1990: T466). Für Beitragssatzsteigerungen war daher im wesentlichen der Krankenhausssektor verantwortlich. Deshalb konzentrierten sich Forderungen nach Kostendämpfung seit einiger Zeit in verstärktem Maße auf die Kliniken.

Der Ausgabenanstieg hängt in hohem Maße mit *Mengenkomponenten* und hier insbesondere mit der wachsenden *Inanspruchnahme* der Krankenhäuser zusammen (SVR 1987: Ziffer 303; SVR 1988: 56-59). Im internationalen Vergleich fällt die Bundesrepublik nach dem Urteil des Sachverständigenrates durch ein hohes Pfl egetagevolumen auf (SVR 1987: Ziffer 316). Wie oben schon ausgeführt, ist vor allem die Zahl der Kurzlieger und der pflegebedürftigen Patienten gestiegen. Das deutet bei abnehmender Operationsquote in den Krankenhäusern auf ein mangelhaftes System der Arbeitsteilung im Sinne unzureichender Koordinierung der Gesundheitsversorgung im ambulanten, stationären und Pflegebereich hin. So ist die Zahl der Krankenhauspatienten, die in anderen Ländern in Tageskliniken oder aber besonderen Einrichtungen der

81 1988 stieg die Grundlohnsumme mit einer Steigerungsrate von 4,2% gegenüber 3,4% erstmals wieder schneller (SVR 1990: Ziffer 41).

Pflege versorgt werden, hoch (vgl. SVR 1988: Ziffer 586; SVR 1989: Ziffer 293).

Neben der wachsenden Inanspruchnahme trug auch das Wachstum der personalen und sachlichen **Angebotskapazitäten** zur Kostenexpansion in den Krankenhäusern bei, wobei der Anstieg der Sachkosten den der Personalkosten deutlich übertraf (vgl. die Daten in Reiners 1989: 18; SVR 1988: Ziffer 176, Tabelle 17). Daß der Ausgabenanstieg nicht allein auf Mengen-, sondern auch auf Preiskomponenten zurückgeht, macht die Entwicklung der **Pflegesätze** deutlich. Sie sind auch nach Inkrafttreten der neuen Bundespflegesatzverordnung von 1985 stärker gestiegen als die Grundlohnsumme (Reiners 1989: 19; SVR 1989: Ziffer 191; SVR 1990: T 452). Trägerspezifische Unterschiede in der Entwicklung der Pflegesätze spielen keine nennenswerte Rolle. Privatkliniken arbeiten demnach nicht kostengünstiger als frei gemeinnützige oder öffentliche Krankenhäuser (Daten dazu in SVR 1988: Tabelle A44).

Das System voll pauschalierter Pflegesätze ist administrativ einfach zu handhaben und erhält keine Anreize zur Ausweitung medizinischer Einzelleistungen. Allerdings erschwert es die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser, weil die Kosten einzelner Leistungen verdeckt bleiben und differenzierte Vergleiche der Ausgaben verschiedener Kliniken damit unmöglich sind. Darüber hinaus bringen die pauschalen Sätze einen Anreiz zur Verlängerung der Verweildauer mit sich, weil sie den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnen, die hohen Ausgaben der ersten Liegetage durch eine entsprechende Anzahl von Tagen mit niedrigeren Kosten am Ende der Behandlung auszugleichen. Selbst bei prospektiv vereinbarten Sätzen bewahrt das Krankenhaus nach Einschätzung des Sachverständigenrates ein Interesse an einer möglichst hohen Belegung, weil damit seine Ausgangsposition bei der Bedarfsplanung sowie künftigen Budgetverhandlungen verbessert wird (SVR 1987: Ziffer 274; SVR 1990: Ziffer 482). Sowohl die Personalanhaltszahlen wie die pauschalen Fördermittel der Länder sind an die Zahl der Betten gekoppelt (SVR 1990: Ziffer 482).

Die mangelnde **Qualitätskontrolle** stellt neben der Kostenexpansion ein weiteres Kernproblem des Krankenhausesektors dar. Die Information über das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich ist mangelhaft (SVR 1989: 157). Die genaue Zahl der insgesamt stationär erbrachten Einzelleistungen ist ebenso unbekannt wie die Erfolgsquote verschiedener Behandlungs- oder Operationstechniken. Erst 1986 wurde den Krankenhäusern das Führen einer Leistungsstatistik vorgeschrieben (SVR 1987:

109). Daß Leistungskontrollen geboten sind, folgt u.a. aus der Tatsache, daß die diagnosespezifische Verweildauer starken regionalen Schwankungen unterliegt (SVR 1987: Ziffer 300; vgl. auch Reiners 1987: 189).

Bewertet man die **Steuerung** des Krankenhaussektors unter dem Aspekt des Gleichgewichts der Verhandlungspartner im System der Gruppenverhandlungen, so fällt auf, wie sehr die Gesetzgebung der jüngsten Zeit um eine Stärkung der Position der Verbände und der Kassen bemüht war. Bis zum Gesundheits-Reformgesetz galt das Prinzip des Kontrahierungszwangs, d.h. die Kassen waren zum Vertragsabschluß mit jedem in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhaus verpflichtet, ohne unwirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern einen Vertrag verweigern zu können. Wie oben schon angedeutet, war ihnen sogar die Ablehnung nicht im Bedarfsplan erscheinender Krankenhäuser erschwert. Das neue Gesetz hat nun die Möglichkeit zur Kündigung von Verträgen eröffnet, bindet die Kündigung allerdings an einen konsensualen Beschluß der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen sowie an die Voraussetzung, daß die Kündigungsgründe "nicht nur vorübergehend" bestehen (§ 110 SGB V).

Bei den Pflegesatzverhandlungen haben die **Verbände** der Kassen seit dem Gesundheits-Reformgesetz nicht nur das auch den Verbänden der Krankenhausträger bereits im Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 zugestandene Beteiligungsrecht, sondern darüber hinaus auch ein einseitiges Widerspruchsrecht. Diese Stärkung der Kassenkompetenzen ist bemerkenswert, weil die Krankenhausträger wegen der Zustimmungsbedürftigkeit von Krankenhausgesetzen im Bundesrat und der Prädominanz staatlicher Träger, die mehr als die Hälfte aller Krankenhausbetten stellen, an sich über eine starke politische Vetomacht verfügen.⁸² Im Kontext dominanter politischer Kostendämpfungsinteressen kann die Stärkung der Kassen als ein funktional erforderliches Äquivalent verbandsinterner Selbstregulierung gesehen werden, für die im Krankenhaussektor die organisatorischen Voraussetzungen fehlen. Die Krankenhausesellschaften auf Landes- und Bundesebene sind anders als die Kassenärzt-

82 Bruckenberg (1988a: 198) weist darauf hin, daß die "Kopernikanische Wende" zugunsten der Kasseninteressen und entgegen der Länder- und Klinikinteressen mit dem Wechsel der bundespolitischen Zuständigkeit für das Krankenhauswesen vom Gesundheits- zum Arbeitsministerium im Jahre 1977 zusammenhängt. Die materiale Verfolgung der Kostendämpfungspolitik wurde demnach durch organisatorische Reformen erleichtert, die dem traditionell eng mit den Bundesverbänden der Krankenkassen verflochtenen BMA erweiterte Kompetenzen gaben (vgl. auch Jung 1985a: 165).

lichen Vereinigungen oder die Ärztekammern lediglich privatrechtlich organisierte Vereine ohne Weisungsrecht gegenüber ihren Mitgliedern oder sonstige rechtlich gesicherte Kompetenzen. Angesichts der großen Heterogenität der ihnen angeschlossenen Träger (kommunal, frei gemeinwirtschaftlich, privat) haben sie Schwierigkeiten, gemeinsame Interessen verbindlich zu definieren und durchzusetzen. Vor allem die kirchlichen Träger haben auf ihre Eigenständigkeit und eine gewisse Sonderstellung infolge ihrer religiösen Ausrichtung immer großen Wert gelegt (Bruckenberg 1988b: 147).

Ein besonderes Strukturproblem, das nicht für den Krankenhausbereich, sondern für das deutsche Gesundheitswesen insgesamt kennzeichnend ist, liegt in der hohen *sektorspezifischen Differenzierung der Bedarfsplanung*. So erfolgte die Krankenhausplanung lange Zeit losgelöst von der Regulierung der ambulanten Versorgung oder der Planung langfristiger Pflegeleistungen. Im Bereich der medizintechnischen Großgeräte gab es bis zum Gesundheitsreformgesetz nur innerhalb des stationären Sektors, nicht aber zwischen dem stationären und ambulanten Bereich eine Abstimmungspflicht. 1988 standen zwei Drittel aller Großgeräte im Krankenhaus, ein Drittel aber im ambulanten Sektor, ohne daß Gremien existierten, in denen die geeignete bedarfsnotwendige Standortwahl erörtert wurde (vgl. dazu Bruckenberg 1988c: 87/88).

Die politischen *Korrekturversuche* identifizierter Steuerungsmängel zeitigten z.T. auch neue Folgeprobleme. So hatte das *Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29.6.1972* das Ziel, die Finanzmittelknappheit der Kliniken zu beseitigen und Versorgungsengpässe zu beheben. Das Gesetz übertrug die Verantwortung für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen gemeinschaftlich dem Bund und den Ländern, während es zur Deckung der laufenden Kosten voll pauschalierte Pflegesätze vorsah, die kostendeckend sein sollten und von den Krankenkassen zu bezahlen waren. Die Planungshoheit blieb weiterhin bei den Bundesländern. Die Trennung von Planungs- und Finanzierungszuständigkeit bedeutete, daß die Länder nur noch für einen Teil der veranlaßten Investitionskosten verantwortlich zeichneten und damit zu aufwendigen Planungen ermutigt wurden. Die duale Finanzierung von Investitionen und Betriebsmitteln bei Nichtbeteiligung der Kassen am Planungsprozeß entband die Planer von der Notwendigkeit, sich über die Folgekosten von Investitionen Gedanken zu machen. Dadurch wurde eine Überausstattung mit Gebäuden und Großgeräten begünstigt. Die Pflegesätze wurden von den Landesbehörden nach Einigungsgesprächen zwischen Krankenhaus- und Soziallei-

stungsträgern festgesetzt. Die Bundespflegesatzverordnung vom 25.4.1973 brachte dann den Übergang zum Selbstkostendeckungsprinzip mit voll kostendeckenden Pflegesätzen auf Kosten der Kassen. Damit entfiel für die Krankenhausverwaltungen der Anreiz zu einem wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen, und die Träger der Kliniken verloren das Interesse an einer strengen Finanzkontrolle.

Das **Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22.12.1981** leitete dann einen Trend zur Ausdehnung der im ambulanten Sektor erprobten **Verbandsverhandlungen** auf den Krankenhaussektor ein. Die Kliniken wurden nun ausdrücklich in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen einbezogen. Gleichzeitig wurde die Position der Kassen auf vielfache Weise gestärkt. So sah das Gesetz die Mitwirkung der Kassen und Krankenhausträger bei der Bedarfsplanung vor, führte paritätisch besetzte Ausschüsse zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit ein und machte Vorgaben für Rahmenverträge über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflege. Darüber hinaus wurden die Spitzenverbände der Krankenhäuser und Kassen mit der Aufgabe betraut, Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Kliniken zu entwickeln. Die Pflegesätze sollten nach Inkrafttreten einer neuen Pflegesatzverordnung dezentral zwischen dem Krankenhaus und den beteiligten Sozialleistungsträgern ausgehandelt werden.

Das **Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20.12.1984** beendete die Mischfinanzierung der Krankenhausinvestitionen durch Bund und Länder. Der Bund zog sich aus der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen zurück⁸³, ohne seine rechtliche Kompetenz zur Krankenhausgesetzgebung abzugeben. Während die Länder nunmehr allein die Verantwortung für die Bereitstellung ausreichender öffentlicher Finanzmittel für die Vorhaltung von Kliniken trugen, nutzte der Bund seine Gesetzgebungskompetenz zugunsten einer Stärkung der Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der unmittelbar Beteiligten.⁸⁴ Ob die Betroffenen dieser Verantwor-

83 Im Tausch dafür entlastete er die Länder von Ausgaben in entsprechender Höhe im Rahmen dreier Leistungsgesetze (Wohnungsbau-Prämiengesetz, Wohngeldgesetz und Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen (vgl. Jung 1985b: 192; BT-Drucksache 10/3374: 22).

84 Die Interpretation dieser Änderungen variiert allerdings je nach dem Standort des Betrachteten. Folgt man Darstellungen aus dem Lager der Bundesregierung, so läßt sich die Umstellung als Übergang von etatistischen zu korporatistischen Steuerungsformen interpretieren (vgl. Jung 1985b: 171-192, BT-Drucksache 10/3374: 22 sowie zur Begrifflichkeit Schnabel 1980). Folgt man hingegen Interpretationen aus dem Lager der Bundesländer, so ging es darum, angestammte Länderkompetenzen zugunsten der Letztentscheidung von

tung in hinreichendem Maße gerecht werden, ist unter Experten durchaus strittig. Der Sachverständigenrat zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist auf eine Investitionslücke von mindestens 2 Mrd. DM pro Jahr hin (SVR 1989: Ziffer 207).⁸⁵

Die bundesgesetzlichen Vorgaben zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung wurden im neuen Gesetz zugunsten erweiterter Gestaltungsspielräume der Länder auf Grundsatzvorschriften beschränkt. Gleichzeitig wurden die Länder aber verpflichtet, bei der Krankenhausplanung und -finanzierung einvernehmliche Regelungen mit den Kassen und Kliniken anzustreben. Das starre duale Finanzierungssystem wurde gelockert, indem den unmittelbar Beteiligten - Kliniken und Kassen unter Einschluß des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung - das Recht zum Abschluß von Investitionsverträgen gegeben wurde. Das eröffnete den Krankenkassen die Möglichkeit, betriebskostensenkende Krankenhausinvestitionen zu finanzieren. Entsprechende Investitionsverträge wurden allerdings bislang "so gut wie überhaupt nicht abgeschlossen" (SVR 1990: Ziffer 483).

Für die Pflegesätze galt nun das Prinzip prospektiver Verhandlungen. Damit wurde die nachträgliche Kostenerstattung für über die Vorauskalkulation hinausgehende Belegungstage auf 25% der Kosten begrenzt, und die Kliniken wurden mit Gewinnchancen und Verlustrisiken konfrontiert. Bei der Bemessung der Pflegesätze sind seit der Neuordnung auch die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser zu berücksichtigen (Jung 1985b: 192-197; SVR 1990: Ziffer 482; BT-Drucksache 10/3374: 22/23).

Das **Gesundheits-Reformgesetz vom 20.12.1988** setzte den Ausbau der **verbandlichen Steuerung des Krankenhausesektors** analog den im ambulanten Bereich geltenden Regulierungsformen fort. Zur Sicherung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Bundesrahmenverträge abschließen, die Versorgungs- und Behand-

Kassen und Bund abzubauen (vgl. Bruckenberg 1988a).

85 Bei einem geschätzten betriebswirtschaftlichen Anlagevermögen der Kliniken von ca. 150 Mrd. DM und einer jährlichen Abschreibungsrate von 5% ergibt sich ein für die Bestandserhaltung notwendiges jährliches Investitionsvolumen von ca. 7,5 Mrd. DM. Die tatsächlichen Investitionen der Länder liegen jedoch nur bei 4,5 Mrd. DM (SVR 1989: Tabelle 534).

lungsstandards sowie Prüfungsgrundsätze enthalten. Diese Rahmenverträge sind auf Landesebene in **zweiseitigen Verträgen und Rahmenempfehlungen** zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Vereinigungen der Krankenhausträger zu konkretisieren (§ 112 SGB V). Die Beziehung zwischen Krankenhäusern und Kassenärzten wird durch dreiseitige Verträge der Verbände auf Landesebene und Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände geregelt (§ 115).⁸⁶

Auf der Grundlage der Rahmenverträge schließen die Kassen mit den Krankenhäusern dann **Versorgungsverträge** ab (§ 109).⁸⁷ Der frühere Kontrahierungszwang wird zugunsten der Möglichkeit zur (unter den Kassenartverbänden konsensual abzustimmenden) Vertragskündigung mit Genehmigung der Landesbehörden stark gelockert (§ 110). Die Verbände der Krankenkassen - Landesverbände der Krankenkassen, Verbände der Ersatzkassen und Landesauschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung - können überdies gemeinsam, aber einseitig, d.h. ohne Abstimmung mit dem Krankenhausträger, die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausbehandlung durch einvernehmlich mit dem Träger bestellte Prüfer überprüfen lassen (§ 113). Die Transparenz des Leistungsgeschehens in den Kliniken wird durch Informationsauflagen verbessert, vergleichende Prüfungen zur Qualitätssicherung der stationären Versorgung werden ermöglicht (§ 137; vgl. den zusammenfassenden Überblick der gesetzlichen Neuregelungen in Fack/ Robbers 1989: 38-76).

Der **Sachverständigenrat** zur Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen hat in seinen diversen Jahresgutachten weitergehende Reformvorschläge unterbreitet. Er empfiehlt die Ablösung des dualen Systems der Krankenhausfinanzierung durch eine monistische Finanzierung der Investitionen und Betriebskosten aus Krankenkassenbeiträgen (SVR 1989: Ziffern 334-337). Darüber hinaus empfiehlt der Rat u.a. regelmäßige Wirtschaftsprüfungen der Krankenhäuser im Abstand von vier Jahren, diverse Maßnahmen zur verbesserten Verzahnung von ambulantem und

86 Dabei geht es insbesondere um die Förderung des Belegarztwesens und die Behandlung der Versicherten in Praxiskliniken, um die gegenseitige Unterrichtung und Überlassung von Behandlungsunterlagen sowie um die Durchführung und Vergütung vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus.

87 In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich allerdings um fiktive Versorgungsverträge, da im Falle der Hochschulkliniken und der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser der Feststellungsbescheid über die Aufnahme als Abschluß eines Versorgungsvertrags gilt (Bruckenberg 1988a: 199).

stationärem Sektor - durch einen Ausbau des kooperativen Belegarztsystems und die gemeinsame Nutzung von Großgeräten - sowie diagnose-spezifische Vertragsabschlüsse bei den Pflegesatzverhandlungen, in denen die Verweildauer im vorhinein festgelegt wird und Fristverlängerungen nur nach einer Krankenhausbegehung durch die Kassen erstattungsfähig werden (SVR 1987: Ziffern 314-340; SVR 1989: Ziffern 329-337; SVR 1990: Ziffern 522-543).

3. Arzneimittelsektor

3.1 Grundmerkmale

Der Arzneimittelsektor verzeichnet seit längerem **hohe Kostensteigerungen**. Der GKV-Statistik zufolge beanspruchte er Ende der siebziger Jahre unter 15, 1988 aber 16 Prozent der gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (SVR 1990: T465; vgl. hier Anhangtabelle 1A.1). 1988 gab die GKV 20,4 Mrd. DM für Arzneimittel aus (SVR 1990: T465). Seit 1970 sind ihre Arzneimittelausgaben damit jährlich im Durchschnitt um 900 Millionen DM gewachsen (BT-Drucksache 11/6380: 259). Das Wachstumstempo hat sich nach einer vorübergehenden Verlangsamung in den siebziger Jahren in den achtziger Jahren wieder deutlich beschleunigt. Das ist deshalb besonders bemerkenswert, weil ein Teil der Kosten durch gesetzliche Eingriffe auf die Privathaushalte verlagert und somit aus der Leistungsstatistik der GKV ausgeklammert wurde. Knapp ein Fünftel des gesamten Arzneimittelumsatzes entfällt auf die Selbstmedikation (SVR 1987: 82). Im Jahr 1988 wendeten die Bundesbürger dafür rd. 4,8 Mrd. DM auf (BT-Drucksache 11/6380: 264).

Im **internationalen Vergleich** fällt der in der Bundesrepublik erreichte Ausgabenanteil für Arzneimittel als hoch auf (OECD 1987: 61, 77; BT-Drucksache 11/6380: 264). Das hohe Ausgabenniveau geht anscheinend in stärkerem Maße auf Preis- als auf Mengenkomponenten zurück (ebd.). So belegt die Bundesrepublik bei Vergleichen des Arzneimittelverbrauchs in der Regel mittlere Rangplätze, bei Preisvergleichen aber Spitzenpositionen (SVR 1987: 84, 88; Reiners 1987: 202). Einer Modellrechnung für das Jahr 1981 zufolge hätten sich in der gesetzlichen Krankenversicherung rd. 2 Mrd. DM einsparen lassen, wenn die 500

meistverordneten Arzneimittel zu den jeweils günstigsten Konditionen des Auslands eingekauft worden wären (BT-Drucksache 11/6380: 265).

Die **Arzneimittelpreise** sind in der Bundesrepublik vergleichsweise wenig reguliert. In die Abgabepreise gehen die Herstellerpreise, Großhandelspreise und Einzelhandelsspannen ein. Die Herstellerpreise unterliegen anders als in fast allen europäischen Nachbarländern keinerlei staatlicher Kontrolle. Auf der Ebene des Großhandels, über den fast 90% aller Arzneimittel ausgeliefert werden, herrscht praktisch uneingeschränkter Wettbewerb. Dabei konzentrieren etwa 40 Unternehmungen mehr als vier Fünftel des Umsatzes auf sich (von Stackelberg 1984: 104). Ein preisregulierendes Element stellen hier lediglich die durch Höchstbeträge markierten Begrenzungen der maximalen Handelsspanne dar (SVR 1987: 95). Detaillierter staatlicher Regulierung unterliegen hingegen die Einzelhandelsspannen der Apotheken.

Über die etwa 16.000 **Apotheken** erhält der überwiegende Teil der Verbraucher die Medikamente. Für die Apotheker gilt seit der Aufhebung der Konzessionierung durch ein Bundesverfassungsgerichtsurteil des Jahres 1960 das Prinzip der Niederlassungsfreiheit (SVR 1987: Ziffer 256). Nur etwa 20% der Mittel werden in Krankenhäusern abgegeben (Stackelberg 1984: 104). Die starke Stellung der Apotheken ist durch die für die meisten Medikamente geltende Apothekenpflicht bedingt. Um das Ziel einheitlicher Abgabepreise zu gewährleisten, wird die Einzelhandelsspanne der Apotheker durch die vom Bundeswirtschaftsminister erlassene **Arzneimittelpreisverordnung** reguliert. Die strikte Preisregulierung macht die Apotheker zu "Lieferanten ohne eigenen Ermessensspielraum" (SVR 1987: 92). Allerdings hat die Bundesrepublik neben Österreich die höchsten staatlich festgelegten Zuschläge auf die Einkaufspreise der Medikamente, so daß die geringe Autonomie durch hohe Preiszugeständnisse kompensiert wird (ebd.: 95). Die als "**Arzneitaxe**" bezeichneten Zuschläge berechnen sich als prozentuale Aufstockung des Herstellerpreises (zuzüglich des oben erwähnten Großhandelshöchstzuschlags).

Zu den hohen Arzneimittelpreisen trägt auch der intensive **Werbeaufwand** der Pharmaindustrie bei. Die reinen Herstellungskosten machen nach Angaben des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie weniger als 40% der Gesamtkosten pharmazeutischer Produkte aus (BT-Drucksache 11/6380: 265; vgl. SVR 1987: 87). Etwa ein Viertel ihrer Kosten verwenden die Hersteller für die Absatzförderung (BT-Drucksache 11/6380: 250; 265; SVR 1987: 92). Allein der Einsatz der 10-16.000 Pharmaberater schlägt bei den Herstellern mit jährlich knapp 2 Mrd. DM

zu Buche (von Stackelberg 1984: 104; SVR 1987: 93; BT-Drucksache 11/6380: 250), während sich der Anzeigenaufwand auf ca. 1 Mrd. DM beläuft (von Stackelberg 1984: 105).

Wie die Preise, so unterliegen auch die *Menge* und die *Qualität* bzw. therapeutische Wirksamkeit der Medikamente nur geringfügigen Kontrollen. Welche Arzneimittel entwickelt und auf den Markt gebracht werden, bestimmt sich in erster Linie durch das Profitekalkül der Hersteller. Allerdings bedarf die Produktion von Pharmaka einer landesbehördlichen Herstellungserlaubnis, und der Marktzutritt einzelner Mittel setzt die amtliche Registrierung und *Zulassung* voraus. Die Zulassungskontrolle basiert auf dem 1976 grundlegend überarbeiteten und 1986 novellierten Arzneimittelgesetz. Zuständig für die Kontrolle ist das auf Zulassungsantrag der Hersteller hin tätig werdende *Bundesgesundheitsamt* (bzw. in bestimmten Ausnahmefällen: das Paul-Ehrlich-Institut). Voraussetzung für die Zulassung ist der vom Hersteller zu erbringende Wirksamkeitsnachweis.⁸⁸ Die Zahl der insgesamt registrierten oder zugelassenen Präparate liegt bei etwa 145.000, darunter rd. 70.000 Humanarzneimittel aus industrieller Fertigung, etwa die gleiche Zahl aus der Fertigung von Apotheken, Drogerien und Krankenhäusern und rd. 5.000 Tierarzneimittel. Die Nachfrage konzentriert sich jedoch auf ca. 2.000 Arzneimittel, die rd. 90% der gesamten Arzneimittelausgaben der GKV verursachen (BT-Drucksache 11/6380: 242, 259).

Die *Menge verkaufter Medikamente* wird in erster Linie durch das Ordnungsverhalten der Ärzte bestimmt, für die grundsätzlich das Prinzip der Therapie- und Verordnungsfreiheit gilt. 1988 wurden den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung rd. 730 Millionen Arzneimittelpackungen mit rd. 21,5 Mrd. Tagesdosen an Medikamenten verordnet (BT-Drucksache 11/6380: 263). Damit erhält jeder GKV-Versicherte im Jahr durchschnittlich rd. 390 Tagesdosen an Arzneimitteln, also mehr als eine Dosis pro Tag. Allerdings konzentriert sich der Arzneimittelverbrauch ähnlich wie die sonstigen Gesundheitsausgaben auf relativ wenig Personen. So verursachen nur 10% der Versicherten 51% der Arzneimittelausgaben (SVR 1987: Ziffer 210). Auch die über 60jährigen, die nur 22% der Versicherten stellen, verbrauchen mehr als die Hälfte aller in der GKV verordneten Arzneimittel (SVR 1990: Ziffer 63 u. Tabelle A2). Die hohe Verordnungsmenge läßt Fachleute vermuten, daß ein Fünftel

88 Im Falle homöopathischer Mitteln tritt an die Stelle der Zulassung eine unabhängig vom Wirksamkeitsnachweis zu erteilende "Registrierung".

bis ein Drittel der verordneten Medikamente nicht verbraucht wird (BT-Drucksache 11/6380: 245, 264). In einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage des Jahres 1986 gaben 23% der Befragten an, die Arzteinweisungen zur Einnahme von Medikamenten nicht immer oder gar nicht zu befolgen (ebd.).

Der *therapeutische Nutzen* vieler Mittel ist stark umstritten. Die amtliche Zulassung bestätigt einem Mittel lediglich die arzneimittelrechtliche Unbedenklichkeit und prinzipielle Wirksamkeit, nicht aber den konkreten therapeutischen Nutzen. Der Begriff des therapeutischen Nutzens ist dem Arzneimittelgesetz fremd. Eine unabhängige Begutachtung der ersten tausend Mittel, die nach dem Gesetz von 1976 zugelassen wurden, erbrachte in 98% aller Fälle keinen signifikanten therapeutischen Gewinn durch das neue Präparat (von Stackelberg 1984: 110). Nach einem vom Bundesarbeitsministerium in Auftrag gegebenen Gutachten des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen zur Wirksamkeit der 50 umsatzstärksten Arzneimittel für Kassenpatienten war ein Drittel dieser Mittel von zweifelhaftem therapeutischen Nutzen (Reiners 1987: 207). Besonders umstritten ist der Nutzeffekt der sog. Kombinationspräparate, die 50% des gesamten Arzneimittelkonsums in der Bundesrepublik repräsentieren (BT-Drucksache 11/6380: 267).

Die verordnenden Ärzte sind nur in unzureichendem Maße zur Qualitätskontrolle in der Lage. Die große Zahl der zugelassenen Mittel macht es ihnen schwer, einen hinreichenden Überblick über die verschiedenen Präparate zu gewinnen. Zwar gibt es zahlreiche Transparenzlisten, die den Überblick erleichtern sollen, aber sie kommen nur in unzureichendem Maße in die Hand des verordnenden Arztes. Empirische Untersuchungen haben von daher kaum überraschend eine außerordentlich hohe Variabilität des Ordnungsverhaltens der Ärzte ergeben (SVR 1987: Ziffer 208). Viele Ärzte halten sich offenbar nicht an die Empfehlungen ihrer Fachverbände und verschreiben selbst solche Mittel, die von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zu den Placebos gerechnet werden (vgl. Reiners 1987: 208/209 mit Beispielen).

An der *mangelnden Steuerung* des Arzneimittelsektors haben diverse Expertenstäbe immer wieder Kritik geübt (vgl. von Stackelberg 1984; SVR 1987; SVR 1989; SVR 1990 sowie die beiden Teilberichte im Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" in BT-Drucksache 11/6380: 240-278). Bemängelt wird vor allem, daß es an geeigneten Instrumenten zur Steuerung der

Preise und Mengen fehlt sowie an wirksamen Möglichkeiten zur Qualitätskontrolle.

Der Arzneimittelsektor ist nach diesen Darstellungen durch eine eigentümliche Mischung von jeweils schwach ausgeprägten marktförmigen und staatlichen Steuerungsmechanismen gekennzeichnet. Die mittlere Ebene der Steuerung durch kollektive Verbandsverhandlungen ist dagegen noch weniger entwickelt als im stationären Sektor. Auch die Möglichkeiten *staatlicher Steuerung* sind eng begrenzt. Auf der Nachfrageseite macht der Staat seinen Einfluß in erster Linie über die konsumsteuernde Gestaltung des Leistungskatalogs der GKV geltend. Auf der Angebotsseite reguliert er durch die amtliche Zulassungskontrolle den Marktzugang und in rudimentärem Maße auch die Qualität der Produkte, während er auf die Preise nur durch die die Einzelhandelsspanne bestimmende Arzneimitteltaxe einwirkt.

Verbandsverhandlungen spielen bislang kaum eine Rolle. Auf der Anbieterseite ist der Verband der Pharmaindustrie in sehr viel stärkerem Maße Repräsentations- als Steuerungsorgan. Seine Steuerungsfunktion beschränkt sich auf gelegentliche Empfehlungen zur Gestaltung der Herstellerpreise im Anschluß an die Sitzungen der Konzertierte Aktion. In kollektive Verhandlungen mit der die Nachfrage bestimmenden Ärzteschaft oder den die Bezahlung tragenden Kassen ist er nicht involviert.

Marktkräfte und massenhaft dezentrale Entscheidungen spielen im Arzneimittelbereich damit eine stärkere Rolle als in den anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Die aus dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage resultierende Selbstregulierung des Marktes kommt dennoch kaum zum Tragen, weil die Preisgestaltung auf Hersteller- und Großhandelsebene der Produzentenautonomie unterliegt, während die Konsummenge überwiegend vom Verschreibungsverhalten der Ärzte abhängt, die mit den Produzenten in keiner direkten Beziehung stehen und weder die Kosten noch den Nutzen der verbrauchten Mittel unmittelbar spüren. Dadurch kommt es zwischen Angebot und Nachfrage zu keinerlei Regelkreis (Herder-Dorneich 1980: 161). Die auf Märkten gewöhnlich in der Person des Verbrauchers zusammenfallenden Rollen der Nachfrage, der Bezahlung und des Konsums verteilen sich auf drei Positionen, nämlich Ärzte, Kassen und Patienten. Die Kassen, die die konsumierten Arzneimittel bezahlen müssen, können weder auf die Menge noch auf den Preis Einfluß nehmen. Preise, Mengen und Qualität werden somit unabhängig voneinander von verschiedenen Akteuren bestimmt, zwischen denen es zu keiner Abstimmung kommt (vgl. dazu Herder-Dorneich

1977: 588/589; Herder-Dorneich 1980: 50-52, 160/161). Die vorhandenen Mechanismen zur Regelung von Preisen, Mengen und Qualität sollen im folgenden kurz geschildert werden.

3.2 Regelungsmechanismen

Anders als die meisten europäischen Länder kennt die Bundesrepublik keine staatliche Kontrolle der *Preise* für Pharmaka. Im Gegensatz zu den anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens spielen auch Verbandsverhandlungen bei der Preisbildung keine nennenswerte Rolle. Als Regelungsmechanismen der Herstellerpreise kommen in beschränktem Maße lediglich der Wettbewerb unter den Produzenten sowie verbandliche Selbstregulierungen zum Zuge.

Der *Preiswettbewerb* unter den Herstellern spielte lange Zeit eine untergeordnete Rolle. Da weder Ärzte noch Verbraucher ein unmittelbares Interesse an niedrigen Preisen haben, geht von der Nachfrageseite nur wenig Druck auf die Preisgestaltung aus. Da sich überdies die Marktposition einzelner Hersteller nach der Entwicklung neuer Präparate binnen kurzer Zeit oft dramatisch ändert, nimmt der Konkurrenzkampf zwischen den Firmen eher die Form des Innovations- als des Preiswettbewerbs an (vgl. Groser 1985: 6). In jüngster Zeit hat sich der Preiswettbewerb auf dem Pharmamarkt allerdings beträchtlich verschärft. Das hängt mit dem Auslaufen des Patentschutzes für einige umsatzstarke Wirkstoffe seit dem Beginn der achtziger Jahre zusammen, das den Herstellern billiger Nachahmerprodukte den Zutritt zum Markt eröffnete (BT-Drucksache 11/6380: 266).

Nach Ablauf der seit dem Arzneimittelgesetz von 1976 auf 20 Jahre festgesetzten Patentschutzfrist⁸⁹ können Medikamente durch wesentlich billigere Nachahmerprodukte, die sog. *Generika*, ersetzt werden. Generika sind deshalb preisgünstiger, weil ihre Hersteller keine Entwicklungskosten haben und bei der Beantragung der Zulassung die Unterlagen des Erstanmelders nutzen können, so daß auch die Kosten der Wirksamkeitsprüfung entfallen. Die Generika konnten in den letzten Jahren rasch

⁸⁹ Vor dem neuen Gesetz betrug die Patentschutzfrist 18 Jahre. Da Patentanträge schon in frühen Phasen der Produktentwicklung gestellt werden, beläuft sich die ökonomische Nutzungsdauer nach Angaben des BPI auf eine wesentlich geringere Frist von knapp 8 Jahren (von Stackelberg 1984: 111; BT-Drucksache 11/6380: 248).

wachsende Marktanteile erobern. Von 1981 bis 1988 stieg ihr Anteil am Umsatz von Arzneimitteln von 7 auf 15%, der Anteil an den Verordnungen von 7 auf 20% (BT-Drucksache 11/6380: 266). Bezogen auf die generikafähigen Arzneimittel haben die Generika sogar 40% des Umsatzes erreicht (SVR 1990: Ziffer 62, vgl. Tabelle 561). Die 1986 erfolgte Novellierung des Arzneimittelgesetzes hat die Substitution durch Generika insofern erschwert, als die Nutzung der Zulassungsunterlagen des Erstanmelders während einer Schutzfrist von 10 Jahren seither nur noch mit Zustimmung des ursprünglichen Herstellers möglich ist (SVR 1987: Ziffer 250).

Preisdämpfend wirken neben dem Wettbewerb auch **verbandliche Selbstkontrollen**. Allerdings bleibt der Verbandseinfluß auf die Preisbildung bislang schwach. Der Verband der Pharmaindustrie muß sich in Auseinandersetzung mit den im Rahmen der Konzertierte Aktion dominierenden Kostendämpfungsinteressen damit begnügen, seine Mitglieder zur Mäßigung bzw. zum Verzicht auf Preissteigerungen aufzufordern. Praktische Bedeutung erlangte der im Oktober 1985 ergangene zweijährige Preisstillhalteappell des Verbandes der Pharmaindustrie. Zu ihm kam es im Rahmen eines politischen Tauschgeschäftes mit der Bundesregierung (vgl. Manow-Borgwardt 1990: 9/10). Mit der Einwilligung, die Preissteigerungen für Arzneimittel bis März 1987 auf die Hälfte des Lohn- und Gehaltsanstiegs zu beschränken, erkaufte sich der Bundesverband der Pharmaindustrie die erwähnte gesetzliche Ausdehnung des Verwertungsschutzes für Arzneimittel auf 10 Jahre in der zweiten Novelle zum Arzneimittelgesetz. Der Preisstillhalteappell wurde von den Verbandsmitgliedern formal zwar weitgehend befolgt, durch Veränderungen der Packungsgrößen ("Strukturkomponenten") aber dennoch erfolgreich unterlaufen, so daß die GKV-Ausgaben für Arzneimittel auch in den Jahren 1985-87 schneller stiegen als die Grundlohnsumme (Manow-Borgwardt 1990: 13).

Für die wirksame Durchsetzung der Ergebnisse kollektiver Absprachen oder verbandlicher Selbstregulierungen fehlen im Pharmasektor weitgehend die organisatorischen Voraussetzungen. Kennzeichnend für die deutsche Pharmaindustrie ist, wie oben schon ausgeführt (vgl. Abschnitt B.8) ihre zersplitterte und interessenheterogene Struktur. Nur 474 der rund 1.000 Arzneimittelhersteller sind im Bundesverband der Pharmaindustrie (BPI) organisiert (BT-Drucksache 11/6380: 242). Eigene Forschungs- und Entwicklungsabteilungen unterhalten nicht einmal 30 Unternehmen (BT-Drucksache 11/6380: 259; Reiners 1987: 222; Groser 1985:

8). Die Branchenstruktur ist von wenigen Großunternehmen und einer Großzahl kleiner und mittlerer Unternehmen bestimmt, die im Bundesverband der Pharmaindustrie starken Einfluß nehmen und sich von Schritten zur Preisregulierung oder zur Reduzierung der Angebotsvielfalt in ihrem Bestand sehr viel stärker bedroht sehen als die über eine größere Produktpalette verfügenden Großunternehmen (vgl. Groser 1985: 3-5, 46-55; von Stackelberg 1984: 103). Da die Kleinunternehmen die Kosten von Zugeständnissen im Rahmen interorganisatorischer "konzertierter Aktionen" asymmetrisch zu ihren Lasten verteilt sehen, wird eine wirksame verbandliche Selbstregulierung äußerst schwierig. Die dem BPI angeschlossenen Firmen repräsentieren zwar ca. 95% der gesamten Arzneimittelproduktion (BT-Drucksache 11/6380: 242), aber der Konzentrationsgrad der Branche ist rückläufig. Hatten die führenden 10 Hersteller 1975 noch einen Marktanteil von 44%, so sank ihr Anteil in den achtziger Jahren unter ein Drittel (Groser 1985: 5; BT-Drucksache 11/6380: 242, 259).

Gruppenverhandlungen zwischen der Arzneimittelindustrie und den Krankenkassen zur Preisregulierung sind über Ansätze nie hinausgekommen, obwohl das Gesundheitsreformgesetz von 1988 erstmals explizit Rahmenverträge über die Arzneimittelversorgung in der GKV auch zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer vorsieht (§ 131 SGB V). Auf vielfältigen Druck im Rahmen der Konzertierte Aktion hatte sich die Pharmaindustrie bereits im Frühjahr 1984 bereit erklärt, in direkte Preisverhandlungen mit den Kassen einzutreten. Nach diversen Gesprächen erklärten beide Seiten die Verhandlungen aber noch im Herbst des gleichen Jahres für gescheitert (Manow-Borgwardt 1990: 9). Einen zweiten Anlauf zu Gruppenabkommen zwischen Kassen und BPI unterband im Dezember 1988 das Bundeskartellamt, nachdem die Geschäftsführer der deutschen Krankenkassenverbände, des BPI und der Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft sich im Vorgriff auf die Festbetragsregelung des Gesundheitsreformgesetzes darauf geeinigt hatten, die Preise aller wichtigen Arzneimittel zur Jahresmitte 1989 um 20% senken, um komplexen Auseinandersetzungen über die Gestaltung der Festbeträge aus dem Weg zu gehen. Alarmiert vom Bundesarbeitsministerium, intervenierte das Kartellamt, weil es in den Preisabsprachen einen Verstoß gegen das Wettbewerbsgesetz sah (Gehrmann 1989). Zwar kam es dennoch zu weiteren Verhandlungen, aber sie wurden abgebrochen, als sich die Ersatzkassen einer einvernehmlichen Verhandlungslösung widersetzen

und für eine gesetzestreue Umsetzung der neuen Festbetragsregelung optierten (Manow-Borgwardt 1990: 25).

Die *Festbeträge* für Arzneimittel sind ein Kernstück des Gesundheitsreformgesetzes vom Dezember 1988. Festbeträge bezeichnen die Grenze, bis zu denen die Krankenkassen den Preis von Medikamenten tragen. Die Preissetzung selbst bleibt nach wie vor den Herstellern überlassen. Da der Preis oberhalb der Grenze aber durch private Zuzahlungen der Kassenpatienten zu tragen ist, besteht ein starker Anreiz, die über dem Festbetrag liegenden Preise zu senken. Eine Intensivierung des Preiswettbewerbs im Interesse einer preisgünstigeren Versorgung der Versicherten gehörte zu den expliziten Zielen der Gesetzgebung (vgl. § 35 Abs. 5 SGB V).

Für die Festsetzung von Festbeträgen schreibt das Gesetz ein zweistufiges Verfahren vor. Zunächst bestimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge definiert werden können und entwickelt Verfahren zum Vergleich verschiedener Wirkstoffe. Dann setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen den jeweiligen Festbetrag gemeinsam und einheitlich fest. Die Festsetzung erfolgt für drei Gruppen. Festbeträge für Arzneimittel mit "denselben Wirkstoffen" sollen ebenso entwickelt werden, wie für Mittel mit "pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen" und auch solche für Mittel mit "pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung" (§ 35 Abs. 1 SGB V).

Am 1. September 1989 traten die ersten Festbeträge für insgesamt 10 Arzneimittelwirkstoffe in Kraft. Betroffen waren rd. 1.400 Präparate mit einem Gesamtumsatz von fast 2 Mrd. DM zu Lasten der GKV. Im Durchschnitt wurde die Festbetragshöhe für die betroffenen Wirkstoffe rd. 30% unterhalb der jeweiligen Originalanbieterpreise festgelegt. Die Hersteller nahmen daraufhin deutliche Preissenkungen vor, wobei Präparate mit zuzahlungspflichtigen Preisen oberhalb der Festbeträge empfindliche Absatzeinbußen zu verzeichnen hatten (BT-Drucksache 11/6380: 271). Allerdings konnten die Produzenten ihre Einbußen durch Preisanhebungen im festbetragsfreien Marktsegment kompensieren. Anfang 1990 wurden für fünf weitere Wirkstoffe Festbeträge festgesetzt; für 13 weitere stand eine Regelung unmittelbar bevor (SVR 1990: Ziffer 72). Bis Mitte 1990 sollten etwa 30 Wirkstoffe mit einem Umsatzvolumen von ca. 4 Mrd. DM in die Festbetragsregelung der Stufe 1 einbezogen sein (BT-Drucksache 11/6380: 271). Für die Festbetragsregelung der Stufe 2 werden methodische Konzepte noch erarbeitet, für die Stufe 3 ist Ende

1990 noch nicht absehbar, wann der Einstieg in die Festsetzung von Festbeträgen vollzogen werden kann (ebd.). Insgesamt wird nur etwa die Hälfte aller Arzneimittel Festbeträge erhalten, so daß für Preiskompensationen der Hersteller weiterhin viel Raum offen bleibt (ebd.: 272).

Staatliche Preisregulierungen kommen, wie schon erwähnt, nur auf der Ebene des Großhandels und der Apotheken zum Tragen. Die für den Großhandel durch Höchstbeträge markierten Begrenzungen der Handelspanne werden in der Praxis wegen diverser Rabatte und Skonti für die Apotheken nicht ausgeschöpft (SVR 1987: 95). Die als prozentuale Aufstockung des Herstellerpreises bemessene Arzneimitteltaxe für die Apotheken ist zwar degressiv gestaffelt, so daß der prozentuale Zuschlag mit steigendem Preis sinkt, hat aber dennoch zur Folge, daß die Gewinnspanne der Apotheker mit dem Einkaufspreis der Medikamente wächst. Dadurch gewinnen die Apotheker ein Interesse an hohen Herstellerpreisen und an der Verhinderung der Substitution von Markenartikeln durch Generika (SVR 1987: 95, 98).

Das sog. "Aut-simile-Verbot", das dem Apotheker die Möglichkeit versperrt, ein vom Arzt verordnetes Medikament durch ein wirkungsgleiches preisgünstigeres zu ersetzen, ist durch das Gesundheitsreformgesetz gelockert worden. Das Gesetz verpflichtet die Apotheker zur Abgabe preisgünstiger Arzneimittel in Fällen, in denen der Arzt die Ersetzung eines Präparates durch ein wirkstoffgleiches auf dem Rezeptblatt zuläßt oder lediglich eine Wirkstoffbezeichnung vermerkt. Außerdem bindet es auch die Apotheken in das Wirtschaftlichkeitsgebot ein (§ 129 SGB V). So werden zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Apotheker Grundsätze der Arzneimittelversorgung in Rahmenverträgen vereinbart, und die Krankenkassen erhalten von den Apotheken einen gesetzlich vorgeschriebenen Rabatt auf den Abgabepreis in Höhe von 5% (§ 130 SGB V). Ergänzende Verträge können von den entsprechenden Organisationen auf Landesebene abgeschlossen werden (§ 129 SGB V).

Mindestens ebenso wichtig wie die Preisgestaltung ist für die Entwicklung der Arzneimittelausgaben die **Menge** verschriebener Arzneimittel. Für die Mengensteuerung wurden sowohl auf der Makro- wie auf der Mikroebene Instrumente entwickelt. Auf der Makroebene geht es um die Begrenzung des Gesamtvolumens verschriebener Leistungen, auf der Mikroebene um die Beeinflussung des ärztlichen Ordnungsverhaltens und die Kontrolle der Nachfrage nach Medikamenten auf der Seite der Versicherten.

Zur Begrenzung des Gesamtvolumens verordneter Arzneimittel führte das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 das Instrument des **Arzneimittelhöchstbetrags** ein. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sollten im Rahmen der Konzertierten Aktion und in den Gesamtverträgen auf Landesebene **Höchstbeträge** für Arznei- und Hilfsmittel vereinbaren, um dem Wachstum der Gesamtausgaben in diesem Leistungsbereich einen Riegel vorzuschieben. Kennzeichnend war der lockere Empfehlungscharakter der Vereinbarungen und die Freiwilligkeit ihrer Befolgung. Bei Überschreitung des Höchstbetrages sah das Gesetz als Sanktion lediglich die Möglichkeit verstärkter Einzelprüfungen bei den Ärzten vor. Die von der Konzertierten Aktion seit 1978 ausgesprochenen Empfehlungen über Höchstbeträge wurden mit Ausnahme des Jahres 1979 stets überschritten. Die Verhandlungsparteien zogen daraus schließlich die Konsequenz, in den Gesamtverträgen über die kassenärztliche Versorgung auf entsprechende Vereinbarungen zu verzichten (SVR 1987: 83).

Das Gesundheitsreformgesetz von 1988 sieht anstelle der Höchstbeträge nunmehr **Richtgrößen** für das Volumen verordneter Leistungen vor, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen zu vereinbaren sind (§ 84 SGB V). Diese Richtgrößen sollen arztgruppenspezifisch ausgearbeitet werden. Bei Überschreitung der Richtgrößen durch einzelne Ärzte sind Prüfungen vorgesehen (§ 106 SGB V). Daraus folgt, daß die Richtgrößen über bloße Globalbudgetierungen hinaus konkrete Vorgaben für den einzelnen Arzt beinhalten müssen. Die Implementierung dieses Vorhabens steht gegenwärtig allerdings erst im Anfangsstadium (SVR 1990: Ziffer 79; vgl. auch SVR 1989: Ziffer 245).

Die entscheidende Determinante der Arzneimittelmenge ist nach wie vor das ärztliche Ordnungsverhalten. Die rechtlich verbrieftene Verordnungsfreiheit der Mediziner findet ihre Grenze in dem Grundsatz, daß die Versorgung der Versicherten "ausreichend und zweckmäßig" sein muß, aber auch "das Maß des Notwendigen nicht überschreiten" darf und "wirtschaftlich" zu sein hat (§ 70 SGB V; § 12 SGB V; früher § 368e RVO). An dieser Bestimmung setzen die diversen Regelungsmechanismen auf Verbandsebene an. Die Zweckmäßigkeit der Verordnungen versuchen die KVen durch Informationsmittel und Richtlinien zu fördern, der Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebots dienen die Prüfverfahren durch die schon im Abschnitt über den ambulanten Sektor erwähnten

Prüfungsausschüsse der KVen, die paritätisch mit Vertretern der Ärzte und Krankenkassen besetzt sind.

Für die **Wirtschaftlichkeitsprüfung** der kassenärztlichen Verordnungspraxis sieht das Gesetz nunmehr drei Varianten vor, nämlich die arztbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten, die Überprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen und die Prüfung auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezieharen Stichprobenkontrollen, die 2% der Ärzte je Quartal umfassen (§ 106 SGB V). Als Richtschnur für eine wirtschaftliche Verordnungsweise gilt im ersten Fall das über statistische Durchschnittswerte erfaßte Mehrheitsverhalten der Ärzte der jeweiligen Fachgruppe. Unwirtschaftliches Verschreibungsverhalten wird angenommen, wenn die Arzneikosten je Behandlungsfall um 50% über dem Durchschnittswert vergleichbarer Ärzte liegt. Einzelheiten des Prüfverfahrens vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam.

Im Vordergrund der gesetzgeberischen Bemühungen um eine Steuerung der Mengenentwicklung stand lange Zeit die **Kontrolle der Nachfrageseite**. Durch die Herausnahme einiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV und die Erhöhung der **Selbstbeteiligung** versuchte man, den Arzneimittelkonsum zu reduzieren und so die GKV von Kosten zu entlasten. Zunächst ersetzte das Kostendämpfungsgesetz von 1977 die ursprüngliche Rezeptblattgebühr durch eine Zuzahlung pro verordnetem Medikament, dann wurde der Zuzahlungsbetrag sukzessive von ursprünglich 1 DM auf 1,50 DM (1981) und danach auf 2 DM (1983) erhöht. Seit dem Gesundheitsreformgesetz sind bei Mitteln, für die keine Festbeträge festgesetzt sind, 3 DM zuzuzahlen. Ab 1992 wird die Zuzahlung in eine 15%ige Selbstbeteiligung bis zu einem Höchstbetrag von 15,- DM je Präparat umgewandelt. Ziel der diversen Selbstbeteiligungsregeln ist es, auf Verbraucherseite ein Interesse an der Begrenzung des Konsums und am Erwerb kostengünstiger Medikamente zu wecken. Die Bindung der Selbstbeteiligung an die Zahl der Verordnungen weckt allerdings eine Präferenz für Großpackungen, die Verschwendungs- bzw. Übermedikationstendenzen fördert.

Der Reduzierung des durch die GKV zu finanzierenden Medikamentenkonsums dient auch die im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 1983 erfolgte Einführung einer **Negativliste**, die spezifiziert, welche Arzneimittelarten nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen. Dazu zählen Bagatellarzneimittel gegen Erkältungs-, Reise- und ähnliche Einfachkrankheiten (vgl. die Aufzählung in § 34 SGB V). Die mangel-

hafte Präzisierung der im Gesetz bezeichneten Anwendungsgebiete ließ allerdings offen, unter welchen genauen Bedingungen die Leistungspflicht für bestimmte Mittel erlischt. Ein hustenlösendes Mittel ist z.B. weiterhin auf Kassenrezept verordnungsfähig, wenn es zur Behandlung einer chronischen Bronchitis verabreicht wird (Boßmann/ Meier-Greve/ Heinz 1984: 25).⁹⁰ Das Gesundheitsreformgesetz eröffnete weitergehende Möglichkeiten der Ausgrenzung per Rechtsverordnung. So kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates (und im Einvernehmen mit dem Gesundheits- und Wirtschaftsministerium) unwirtschaftliche Arzneimittel sowie Präparate mit geringer oder umstrittener Wirkung von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausschließen (§ 34 SGB V). Mit dem Inkrafttreten entsprechender Negativlisten wird aber nicht vor Mitte 1991 gerechnet (BT-Drucksache 11/6380: 262).

Die **Zulassungskontrolle** der Arzneimittel zielt weniger auf eine Mengenbegrenzung als auf die **Qualitätssicherung** ab. Die Zulassung eines Medikaments durch das Bundesgesundheitsamt setzt eine Prüfung von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit voraus (BT-Drucksache 11/6380: 247). Das BGA muß binnen vier bis (in Sonderfällen) sieben Monaten über den Zulassungsantrag eines Unternehmens entscheiden und kann die Zulassung nur verweigern, wenn es die Nichtwirksamkeit bzw. Schädlichkeit des Mittels nachweist (vgl. Boßmann/ Meier-Greve/ Heinz 1984: 28; von Stackelberg 1984: 107f.). Die Begutachtung erfolgt durch externe Sachverständigenkommissionen, deren jeweils neun Mitglieder vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit auf Vorschlag der Kammern der Heilberufe, der Fachgesellschaften der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Heilpraktiker und der Pharmaunternehmer ernannt werden.

Von 1978 - dem Jahr des Inkrafttretens der Novellierung des Arzneimittelgesetzes - bis Ende 1988 hat das Bundesgesundheitsamt insgesamt 6.733 Humanarzneimittel zugelassen (BT-Drucksache 11/6380: 266). Die meisten der gegenwärtig auf dem Markt befindlichen Mittel sind aber sog. "Altpräparate", die bereits vor dem neuen Arzneimittelgesetz von 1978 im Verkehr waren und daher im Rahmen einer Pauschalgenehmigung als zugelassen galten (BT-Drucksache 11/6380: 247; Stackelberg 1984: 108, 110). Das bedeutet, daß der Großteil der auf dem Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik angebotenen Präparate niemals einer Quali-

90 Nur bestimmte Mittel - wie etwa Abführmittel - sind ohne Ausnahme aus der Leistungspflicht der GKV ausgegrenzt.

tätskontrolle unterworfen wurde. Hinzu kommt, daß sich das Bundesgesundheitsamt angesichts einer ständig steigenden Flut von gegenwärtig etwa 8.000 Zulassungsanträgen pro Jahr kaum mehr in der Lage sieht, Kontrollen in der gebotenen Striktheit durchzuführen (Süddeutsche Zeitung, 8.10.87). Die relative Wirksamkeit eines Mittels im Vergleich zu bereits marktgängigen Präparaten bleibt im Zulassungsverfahren völlig unberücksichtigt. Der überwiegende Teil der neu zugelassenen Arzneimittel beinhaltet daher nach verbreiteter Expertenmeinung keinen bedeutsamen zusätzlichen Nutzen für die Patienten (BT-Drucksache 11/6380: 247).

Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, sich über den therapeutischen Nutzen und den Preis der von ihnen verschriebenen Präparate zu informieren. Der Steuerung ihres Ordnungsverhaltens dienen Richtlinien sowie verschiedene Transparenz- und Preisvergleichslisten. Allgemeine Ordnungsregeln enthalten die sog. "**Arzneimittel-Richtlinien**" des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.⁹¹ Die Richtlinien werden von dem paritätisch von Ärzten und Kassen beschickten Ausschuß erarbeitet und sind nach Erlaß durch den Bundesarbeitsminister rechtsverbindlich.⁹² Sie enthalten neben einer Auflistung nicht zu Lasten der Krankenkassen ordnungsfähiger Arzneimitteltypen allgemeine Grundregeln einer rationalen Arzneimittelverordnung, beinhalten aber keinen Versuch, die von der Krankenversicherung zu übernehmenden Medikamente im Sinne einer Positivliste konkret zu benennen.

In die Arzneimittel-Richtlinien geht auch die vom Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen erarbeitete **Preisvergleichsliste** ein, die dem Arzt neben einem Preisvergleich auch die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglichen soll (§ 92 Abs. 2 SGB V). Die Liste geht auf das Kostendämpfungsgesetz von 1977 zurück und wurde 1979 erstmals herausgegeben. Sie ist nach Wirkstoffgruppen geordnet, wird ständig aktualisiert und allen Kassenärzten zugeschickt (Boßmann/ Meier-Greve/ Heinz 1984: 32, von Stackelberg 1984: 112). Die Liste hat Beratungs- und Informationsfunktionen. Sie setzt keine bindenden Qualitäts-

91 Erste Richtlinien wurden bereits 1962 verabschiedet (Handelsblatt, 5.11.1986; vgl. zur Geschichte auch Hiller 1989).

92 Der Grad der Verbindlichkeit der Richtlinien des Bundesausschusses war allerdings immer wieder Gegenstand von Rechtsstreitigkeiten (vgl. Hiller 1989: 7). Das Bundessozialgericht entschied 1988 zugunsten der Therapiefreiheit gegen eine "pauschale" Umsetzung der Richtlinien in Regreßansprüche.

normen und enthielt bis 1986 auch keine vergleichende Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit einzelner Medikamente.

Die 1986 neu erarbeitete Liste klassifizierte die erfaßten Arzneien dann in drei verschiedene Qualitätsstufen ("für die Behandlung empfohlen" - "in besonderen Fällen geeignet" - "besondere Aufmerksamkeit bei der Verordnung geboten"). Gegen diese vergleichende und konkretisierende Bewertung zogen diverse Pharmaunternehmen vor das Sozialgericht, weil eine derartige Bewertung nach ihrer Auffassung allein dem Bundesgesundheitsamt zustünde. Auch die sich gegen Einschränkungen ihrer Therapiefreiheit wehrenden Ärzte begegneten der Liste mit Skepsis (Handelsblatt, 5.11.1986; vgl. Manow-Borgwardt 1990: 12/13).

Informationsfunktionen für die Ärzteschaft nimmt auch die aufgrund eines Kabinettsbeschlusses der Bundesregierung von 1975 im Jahr 1976 ins Leben gerufene *Transparenzkommission* wahr. In dieser vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit berufenen Sachverständigenkommission sitzen Vertreter der Pharmazeutischen Industrie, der Apotheker, Ärzte, Krankenkassen und Verbraucher. Die Kommission erarbeitet als "*Transparenzlisten*" bezeichnete Übersichten der Mittel für ausgewählte Indikationsgebiete, die neben einem Preisvergleich auch eine kurze Bewertung der therapeutischen Qualität der Stoffgruppe, nicht aber einen konkreten Vergleich der therapeutischen Wirksamkeit einzelner Präparate enthält (Boßmann/ Meier-Greve/ Heinz 1984: 36/37). Die Listen werden im Bundesanzeiger veröffentlicht, nicht aber an die verordnenden Ärzte verteilt (BT-Drucksache 11/6380: 261). Die Frage, inwieweit die Kommission ihre Qualitätsurteile publizieren darf, war Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen (Boßmann/ Meier-Greve/ Heinz 1984: 37). Die Sozialgerichtsbarkeit eröffnet den Leistungsanbietern offenbar jenseits des politischen Willensbildungsprozesses eine zusätzliche Arena der Interessenartikulation, die den Widerstand gegen autonomiebegrenzende Steuerungsversuche begünstigt.

Weitere Informationen über die Zweckmäßigkeit von Medikamenten gibt die *Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft* heraus, die in regelmäßigen Abständen über die Therapiemöglichkeiten und Nebenwirkungen von Arzneien berichtet. Die Kommission ist ein Fachausschuß der Bundesärztekammer, der 40 aktive und 77 korrespondierende Mitglieder als Sachverständige der verschiedenen medizinischen Fachgebiete angehören. Sie sammelt seit 1961 Berichte einzelner Ärzte über uner-

wünschte Arzneimittelwirkungen und gibt dazu seit 1974 die periodische Informationsschrift "Arzneiverordnung in der Praxis" heraus.⁹³

3.3 Problemperzeption und Reformvorschläge

In der Diagnose der Kernprobleme des deutschen Systems der Arzneimittelversorgung sind sich verschiedene Expertengruppen, ungeachtet der Divergenz ihrer jeweiligen Therapievorschläge, weitgehend einig: Die Preisbildung unterliegt unzureichender Regulierung, es herrscht zu wenig Transparenz, und das Verordnungsverhalten der Ärzte ist durch das Verschreiben zu vieler, zu wenig wirksamer und zu teurer Präparate gekennzeichnet (vgl. SVR 1990: Ziffer 76; BT-Drucksache 11/6380: Bericht A (240-257) und Bericht B (257-278) sowie ferner von Stackelberg 1984 und Reiners 1987).

Bei den Vorschlägen zur Reform des *Preisbildungsmechanismus* lassen sich technokratische Detailkorrekturvorschläge und grundsätzlichere Strukturreforminitiativen unterscheiden. Zu den Detailvorschlägen zählen Anregungen zur Modifikation der Mehrwertsteuer und der Arzneimittelsteuer. Die Bundesrepublik ist neben Dänemark das einzige Land in der EG, in dem Arzneimittel voll *mehrwertsteuerpflichtig* sind (BT-Drucksache 11/6380: 246). Ob es sinnvoll ist, den Beitragszahlern der parastaatlichen gesetzlichen Krankenversicherung auch die Kosten der auf Arzneimittel erhobenen Mehrwertsteuer und damit eine administrativ verschwenderische Form der Doppelbesteuerung aufzubürden, ist sicher fraglich. 1983 belasteten die Kosten der Mehrwertsteuer für Medikamente die Beitragszahler der GKV mit 1,6 Mrd. DM (von Stackelberg 1984:

93 Neben diesen Verbandsmitteilungen der Ärzteschaft gibt es noch diverse weitere Informationsmaterialien über den Arzneimittelmarkt, von denen der als "*Greiser-Liste*" bezeichnete und vom Bundesarbeitsministerium geförderte Arzneimittelindex des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin wohl am bekanntesten ist. Die Greiser-Liste enthält eine sekundäranalytische Sichtung der über einzelne Wirkstoffe oder Arzneimittel vorhandenen wissenschaftlichen Informationen. Den umfassendsten Überblick über die im Handel befindlichen Medikamente bietet das als "*Rote Liste*" bezeichnete Verzeichnis der von den Mitgliedern des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie hergestellten Medikamente. Die Rote Liste umfaßt rund 9.000 Medikamente und informiert über deren Zusammensetzung, Neben- und Wechselwirkungen sowie Packungsgrößen und Preise. In Verbraucherkreisen hat das von unabhängigen Experten erarbeitete Informationsbrevier "*Bittere Pillen*" beträchtliche Verbreitung gefunden (Langbein u.a. 1985).

105). Deshalb ist vorgeschlagen worden, die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel wie in anderen Ländern abzuschaffen oder zumindest zu halbieren. Die als prozentualer Festzuschlag bemessene *Arzneimitteltaxe* für Apotheker gilt als ein Anreiz zum Festhalten am Verkauf teurerer Präparate bzw. zum Vermeiden der Substitution durch Generika. Deshalb empfiehlt der Sachverständigenrat, die Taxe durch Festzuschläge auf abgegebene Präparate unabhängig vom Preis zu ersetzen (SVR 1987: 98).

Darüber hinaus gibt es allerdings auch wesentlich weitergehende Vorschläge zur Reform der Preisbildung. So schlägt der Bericht B der Enquete-Kommission zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung direkte *Preisverhandlungen* zwischen den Krankenkassen und den Arzneimittelherstellern vor und empfiehlt darüber hinaus ein separates Zulassungsverfahren für die GKV-Versorgung durch Positivlisten (BT-Drucksache 11/6380: 275). Auch andere Formen wie etwa Ausschreibungsverfahren der Kassen für die von ihnen zugelassenen Wirkstoffe könnten nach Einschätzung der (Teil-)Kommission zu wirksamer Preiskontrolle beitragen (ebd.).

Selbst ohne eine Veränderung der Preise ließen sich nach Einschätzung des Sachverständigenrats zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aber 20-25% der GKV-Ausgaben für Arzneimittel ohne Beeinträchtigung der Qualität der medizinischen Versorgung einsparen, wenn die Ärzte konsequent nur die wirksamen und jeweils preisgünstigsten Medikamente verschrieben (SVR 1987: 91). Die Summe entspräche in etwa einem halben Beitragsprozentpunkt der Sozialversicherung (Zöllner 1988: 15). Bei voller Nutzung der Rationalisierungsreserven auf der Preis- und Mengenseite vermuten Experten sogar Einsparmöglichkeiten in Höhe von 40% der Ausgaben, ohne die medizinische Versorgungsqualität zu beeinträchtigen (von Stackelberg 1984: 114).

Voraussetzung für eine Optimierung des ärztlichen Verhaltens wäre zunächst eine transparenzsichernde Informationsverbesserung sowie darüber hinaus eine entsprechende Motivierung durch geeignete wirtschaftliche Anreize (SVR 1987: 93). Zur *Transparenzsicherung* und Verbesserung der Information schlagen sowohl der Sachverständigenrat wie der Teilbericht B der Enquete-Kommission die Errichtung eines herstellerunabhängigen *Arzneimittelinstituts* vor (SVR 1987: Ziffer 245; BT-Drucksache 11/6380: 274). Ein solches Institut könnte eigenständige Positiv- und Negativlisten erarbeiten, den therapeutischen Nutzen von Medikamenten beurteilen, Anregungen zur Weiterbildung von Ärzten und Apothekern entwickeln und Ärzte wie Verbraucher über kostengünstige

und effektive Formen der Arzneimitteltherapie beraten. Im Rahmen einer verbesserten Verbraucherberatung könnten auch die diversen Selbstbeteiligungsregeln über die bloße Verschiebung der Kosten hinaus eine nachfragesteuernde Wirkung entfalten, denn dem Laien fehlt in der Regel die Kompetenz zur Beurteilung des ärztlichen Ordnungsverhaltens. Solange die Fähigkeit der Patienten zur Unterscheidung zwischen notwendigen und unnötigen ärztlichen Leistungen nicht gestärkt wird, muß die Leitvorstellung vom "selbstverantwortlichen" Klienten wohl Fiktion bleiben.

Zur **Steuerung des Ordnungsverhaltens** der Ärzte stellt der Sachverständigenrat zwei Alternativen zur Diskussion, welche die Arzneimittelverordnung für den Arzt kostenmerklich machen würden. Die weitergehende erste Reformvariante sieht vor, die Arzneimittel ähnlich wie andere Hilfsmittel zu den Betriebsausgaben des Arztes zu rechnen und dafür Komplex-Gebührenordnungen mit bestimmten Arzneimittelanteilen pro Behandlungsfall auszuhandeln. Dies entspräche der Logik der Definition von "diagnostic related groups" (DRG) im stationären Bereich. Die pragmatischere zweite Variante sieht vor, erneut Arzneimittelhöchstbeträge zu vereinbaren und die Gesamtvergütung der Kassenärzte bei Unterschreitung der Höchstbeträge um die entsprechende Summe zu erhöhen, bei Überschreitung aber zu kürzen. Bei einer solchen Bonus-Malus Regelung, die auch die beiden Teilberichte der Enquete-Kommission in Betracht ziehen, könnten die Ärzte durch ihr Ordnungsverhalten Einfluß auf die Höhe der Gesamtvergütung und damit auch auf den Punktwert nehmen.

4. Zahnmedizinische Versorgung

4.1 Grundmerkmale

Die zahnmedizinische Versorgung ist sehr ähnlich organisiert wie die Versorgung im ambulanten Bereich. Träger der Versorgung sind in der Regel frei niedergelassene Zahnärzte, unter denen die Patienten freie Wahl haben. Die Bedingungen der Leistungserbringung für die gesetzliche Krankenversicherung werden innerhalb gesetzlicher Rahmenrichtlinien durch Gruppenverhandlungen zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen ausgehandelt, während

die Kontrolle des Leistungsgeschehens Organen der gemeinsamen Selbstverwaltung obliegt.

In international vergleichender Perspektive fällt die Bundesrepublik durch ein *hohes Ausgabenniveau* sowie durch steile Ausgabensteigerungen insbesondere im zahntechnischen Bereich auf. WHO-Statistiken zufolge ist die Bundesrepublik beim Vergleich des für die zahnmedizinische Versorgung verwendeten Anteils des Bruttosozialprodukts in elf westeuropäischen Ländern mit einer Quote von 1% Spitzenreiter, während sie beim Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben hinter der Schweiz an zweiter Stelle rangiert (BT-Drucksache 11/6380: 83; vgl. ähnlich auch Schneider u.a. 1989: 357, 365).

Der *Anteil* der Ausgaben für die Zahnbehandlung an den gesamten Leistungsausgaben der GKV lag in den sechziger Jahren deutlich unter 10% und stieg dann von 10,6% im Jahr 1970 auf über 15% im Jahr 1980 an. Im Zuge verschärfter Selbstbeteiligungsregelungen ging er danach bis 1987 wieder auf 11,5% zurück (Statistisches Taschenbuch 1989: 8.2). Während der Ausgabenanteil *zahnärztlicher* Leistungen seit den frühen siebziger Jahren rückläufig ist, beanspruchte der *Zahnersatz* rasch wachsende Anteile am GKV-Etat, nachdem das Bundessozialgericht im Urteil vom 24. Januar 1974 den Zahnverlust als Krankheit gewertet und die Verbände der Kassen und Zahnärzte zum Abschluß von Gesamtverträgen zur Zahnprothetik aufgefordert hatte (vgl. SVR 1987: Ziffern 375, 397). Kieferorthopädische Leistungen wurden als Maßnahme zur Verhütung von Krankheiten im Jahre 1972 als Kassenleistung anerkannt (SVR 1987: Ziffer 374). Von der im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz enthaltenen Möglichkeit, dafür eine Selbstbeteiligung bis zu 20% zu erheben, haben die Kassen aus Wettbewerbsgründen keinen Gebrauch gemacht (ebd.).

Der Zahnersatz hatte 1970 noch weniger als die Hälfte der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung in Anspruch genommen. 1975 schossen seine Kosten dann erstmals über die für Zahnbehandlung hinaus, um sie bis 1985 regelmäßig zu übertreffen.⁹⁴ Mit 9,1% erreichten die Zahnersatzleistungen im Jahr 1980 ihren Spitzenanteil an den GKV-Leistungsausgaben. Seither geht ihr Anteil wegen der erhöhten Selbstbeteiligung wieder zurück; 1987 lag er bei 5,3% (Statistisches Taschenbuch 1989:

94 Schätzungen zufolge beanspruchte der Zahnersatz der Bundesbürger im Jahr 1982 28 Tonnen Gold, was etwa einem Drittel des Weltverbrauchs an Zahngold entsprach (Berg 1986: 24, Schäfer 1983: 129).

8.2). Ausgaben von 7,4 Mrd. DM für die zahnärztliche Behandlung standen damit 6,3 Mrd. DM für den Zahnersatz gegenüber. 1970 hatte die zahnmedizinische Versorgung insgesamt dagegen erst 2,5 Mrd. DM beansprucht (ebd.).

Das Wachstum der Gesamtausgaben für die Zahnversorgung geht weniger auf erhöhte Zahnarztzahlen als auf wachsende Fallzahlen und die Steigerung der Leistungsmenge pro Fall zurück (vgl. SVR 1987: Ziffern 106, 349, 377). Zum hohen Ausgabenniveau tragen auch die hohen **Zahnarzteinkommen** bei. Im internationalen Vergleich nehmen die deutschen Zahnarzteinkommen eine Spitzenstellung ein. Darüber hinaus fallen sie durch ihren Einkommensvorsprung gegenüber den Allgemeinärzten auf. Im Durchschnitt übertrafen die Einkommen aus Zahnarztpraxen diejenigen aus Arztpraxen im Jahr 1984 um 17% (SVR 1987: Ziffer 367). Im Ausland sind dagegen die Arzteinkommen in der Regel höher. Würde der Einkommensvorsprung der Zahnärzte gegenüber den Ärzten beseitigt, so könnten in der GKV knapp 2 Mrd. DM gespart werden (ebd.).

Die privilegierte Einkommensposition der Zahnärzte wurde durch lange Zeit stagnierende Zahnarztzahlen begünstigt. Die **Zahl der Zahnärzte** verharrte zwischen 1956 und 1975 relativ stabil bei rd. 31.000. Seither wuchs sie kontinuierlich bis auf 39.644 im Jahr 1988 (SVR 1990: T540). Das entspricht einer Dichte von 6,5 Zahnärzten pro 10.000 Einwohnern, womit die Bundesrepublik bei internationalen Vergleichen einen Mittelplatz belegt (SVR 1990: Ziffer 123; BT-Drucksache 11/6380: 83).

Ähnlich wie die Berufssituation niedergelassener Allgemeinmediziner ist auch die der Zahnärzte durch den **Übergang von der Einzelpraxis zum Kleinbetrieb** gekennzeichnet. Im Durchschnitt kommen auf einen Zahnarzt heute 3,2 **Zahnarthelferinnen**. Damit fällt die Bundesrepublik im internationalen Vergleich durch eine außergewöhnlich starke Besetzung der Praxen mit Zahnarthelferinnen auf, denn in anderen westlichen Ländern wird typischer Weise ein Verhältnis von 1:1 erreicht (BT-Drucksache 11/6380: 83; vgl. auch SVR 1987: Ziffer 358). Auffallend niedrig ist nach internationalen Standards hingegen die Zahl der **Dentalhygieniker/innen** und zahnmedizinischen Facharthelfer/innen, die Träger von Prophylaxemaßnahmen sein könnten (BT-Drucksache 11/6380: 83). Die Ausbildung zu diesem Beruf erfolgt fast ausschließlich in den Praxen niedergelassener Zahnärzte, aber nur 8 von 18 Ärztekammern bieten

entsprechende Ausbildungsgänge an, und nur etwa 50 Kräfte werden pro Jahr ausgebildet (ebd; vgl. SVR 1987: Ziffer 357).

Starke Expansionstendenzen kennzeichnen dagegen den Bereich der **Zahntechnik**. Während die Zahl der Zahntechnikerbetriebe von 2.399 im Jahr 1970 auf 4.870 in 1988 gestiegen ist, hat sich die Zahl der in Dentallabors Beschäftigten nach 1968 binnen zehn Jahren verdreifacht und ist bis 1985 auf 45.600 gewachsen (SVR 1987: Ziffer 355). Hinzu kommen noch knapp 11.000 in Praxislabors tätige Zahntechniker. Damit hat die Bundesrepublik wesentlich mehr Zahntechniker als Zahnärzte, eine im internationalen Vergleich höchst ungewöhnliche Situation⁹⁵, die unterstreicht, welche starke Stellung der Zahnersatz sowohl im Leistungsrecht der GKV wie in der Gestaltung der zahnärztlichen Gebührenordnung einnimmt.

Die durch die Gebührenordnung lange Zeit begünstigte Verlagerung der Leistungen zum Zahnersatz war mit einer Vernachlässigung **präventiver und zahnerhaltender Maßnahmen** verbunden. Auf die Parodontalbehandlung entfielen 1985 z.B. nur knapp 2% aller über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Beträge (SVR 1987: Tabelle 49). WHO-Statistiken zufolge fallen die deutschen Zahnärzte überdies durch die hohe Zahl der Wiederbestellungen ihrer Patienten und die geringe Konsultationsdauer auf (SVR 1987: Ziffer 364). Amerikanische Zahnärzte sehen bei gleicher Arztdichte nur halb so viele Patienten in der Woche wie ihre deutschen Kollegen, widmen ihnen dafür aber im Durchschnitt 14 Minuten mehr Zeit (ebd.). Die kurze Behandlungsdauer legt nahe, daß die zur Prävention erforderliche Beratungsarbeit in deutschen Zahnarztpraxen zu kurz kommt. Dafür sprechen auch diverse Befunde zur Zahngesundheit in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, auf die etwas näher einzugehen ist.

Trotz ihrer im internationalen Vergleich hohen Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung belegt die Bundesrepublik bei Vergleichen der **Qualität der Zahngesundheit** ungünstige und im Zeitverlauf überdies sinkende Rangplätze (SVR 1987: Ziffern 343-349). 70-80% der Bevölkerung leiden an parodontalen Erkrankungen, die in fortgeschrittenem Alter die Hauptursache für Zahnverluste stellen (SVR 1987: Ziffer 343). Dennoch gibt es, wie schon erwähnt, nur wenige Dentalhygieniker/innen.

95 Der deutschen Zahnarzt/Zahntechniker-Relation von 1:1,2 standen in anderen westlichen Ländern Mitte der achtziger Jahre Verhältniszahlen von 1:0,2 (Schweiz) bis 1:0,7 (Frankreich und Italien) gegenüber (BT-Drucksache 11/6380: 83; vgl. SVR 1987: Ziffer 356).

Internationale Vergleiche zeigen von daher kaum überraschend ein hohes Verhältnis der Zahnextraktionen zur Zahl der Zahnfüllungen in der Bundesrepublik (SVR 1987: Ziffer 399).

Besonders auffallend ist der überproportional hohe Kariesbefall von Kindern und Jugendlichen (SVR 1987: Ziffer 346). Gemessen am sog. DMFT-Index⁹⁶ war es 1986 in keinem europäischen Land um die Zahngesundheit 12jähriger Kinder schlechter bestellt als in der Bundesrepublik. Im Durchschnitt hatte ein 12jähriges deutsches Kind 6,2 kariöse, gefüllte oder verlorene Zähne, während die Zahl in den anderen Ländern zwischen 2 und 4 schwankt (BT-Drucksache 11/6380: 81). Die Tatsache, daß die Zahngesundheit der 35-44jährigen gemessen am DMFT-Index im internationalen Vergleich günstig auffällt (ebd.), spricht dafür, daß Defizite nicht bei der Versorgung bereits aufgetretener Schäden, sondern bei der Prophylaxe zu suchen sind.

Aus empirischen Untersuchungen ist bekannt, daß Zahnerkrankungen von Kindern und Jugendlichen auffallend stark mit der Entwicklung von Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe kovariieren. So gingen kariöse Defekte bei Schulkindern in Ländern mit wirksam organisierter Gruppenprophylaxe wie Schweden und Großbritannien stark zurück, und in der Bundesrepublik halbierte sich die Rate behandlungsbedürftiger Kinder in Regionen mit Kariesprophylaxe durch Fluoridtabletten und Zahnpflegeaktionen in Kindergärten in weniger als zehn Jahren (SVR 1987: Ziffer 346).

Mit der Aufgabe der Kinder- und Jugendzahnpflege sind überwiegend die niedergelassenen Zahnärzte sowie Arbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege betraut, über deren Einrichtung die Verbände der Krankenkassen und der Zahnärzte 1983/84 Vereinbarungen geschlossen haben (BT-Drucksache 11/6380; SVR 1987: Ziffer 392). Der für die Wahrnehmung gruppenprophylaktischer Aufgaben organisatorisch an sich besser geeignete öffentliche Gesundheitsdienst ist wegen fehlender und überdies sukzessiv reduzierter personeller und sachlicher Ressourcen zur Durchführung wirksamer schulzahnärztlicher Maßnahmen nicht in der Lage. Ende 1988 waren in den Gesundheitsämtern der Bundesrepublik nur noch 321 hauptamtliche und 573 nebenamtliche Zahnärzte sowie 365 Zahnarzhelfer tätig (Statistisches Bundesamt 1989: 25).

96 Die englische Abkürzung DMFT steht für Decayed (kariöse), Missing (fehlende), Filled (gefüllte) Teeth (Zähne) bzw. im Falle des DMF-S Index für entsprechende "Surfaces" (Zahnflächen).

Der regional unterschiedliche Planstellenabbau erklärt sich aus der Finanzkrise der Gebietskörperschaften sowie aus dem Fortfall der 50%igen Kostenerstattung für Maßnahmen der Jugendzahnpflege an die Träger der Gesundheitsämter durch die Landesversicherungsanstalten im Jahre 1963 (SVR 1987: Ziffer 359).

Wegen der ungünstigen Relation von zahnmedizinischen Kosten und ihrem Nutzen für die Zahngesundheit der Bevölkerung mehren sich in jüngster Zeit die Forderungen nach einer verbesserten Steuerung der zahnärztlichen Versorgung. Die vorherrschenden Regelungsmechanismen werden im folgenden kurz zusammengefaßt, wobei wegen der großen Ähnlichkeit zum Bereich der ambulanten allgemeinmedizinischen Versorgung auf Details verzichtet werden kann.⁹⁷

4.2 Regelungsmechanismen

Die Regulierung der zahnmedizinischen Versorgung gleicht weitgehend der im ambulanten Sektor. Die Zahl der Leistungsanbieter entzieht sich infolge der Niederlassungsfreiheit wirksamer Steuerung. Über die Menge der zu erbringenden Leistungen entscheiden die niedergelassenen Zahnärzte in weitgehender Autonomie. Zwar haben auch sie, genau wie ihre Kollegen im ambulanten allgemeinmedizinischen Bereich, Vorgaben der Konzertierte Aktion zur Ausgabenentwicklung sowie Richtlinien für die Wirtschaftlichkeit der Praxisführung zu beachten, aber als zentrales Steuerungsinstrument wirkt der zwischen den Verbänden der Zahnärzte und Kassen ausgehandelte einheitliche Bewertungsmaßstab, der als Gebührenordnung ökonomische Anreize für den Ausbau oder die Drosselung einzelner Leistungsarten setzt. Instrumente zur unmittelbaren Steuerung der Angebotsmenge sind ebenso unterentwickelt wie Qualitätskontrollen. Auf der Nachfrageseite entfalten die vom Gesetzgeber oder den Sozialgerichten angeordneten Veränderungen des Leistungskatalogs steuernde Wirkungen.

97 Die im Sozialgesetzbuch enthaltenen Bestimmungen für die kassenärztliche Versorgung gelten analog auch für die kassenzahnärztliche Versorgung, obwohl nicht jeder Paragraph des Gesetzestextes immer wieder explizit auf beide Leistungsarten verweist. Für wertvolle Hinweise und Erläuterungen bin ich Herrn Dipl.-Volksw. Müller vom Institut der Deutschen Zahnärzte zu Dank verpflichtet.

Bei der **Mengensteuerung** ist zwischen Möglichkeiten zur Beeinflussung der Personalmenge einerseits und der Leistungsmenge andererseits zu unterscheiden. Wirksame Instrumente zur Steuerung der Entwicklung der Zahnarztzahl fehlen seit der Durchsetzung der allgemeinen Niederlassungsfreiheit durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1960. Trotz der Niederlassungsfreiheit ist es nicht zu einem ähnlichen Wachstum der Zahnarztzahlen wie der Arztzahlen gekommen, weil die Ausbildungskapazitäten im Fach Zahnmedizin nur schleppend ausgebaut wurden und es selten gelang, sämtliche Planstellen zu besetzen (SVR 1987: Ziffern 351-352).⁹⁸ Möglichkeiten zur Steuerung der Niederlassung approbierter Zahnärzte sind infolge des Prinzips der Niederlassungsfreiheit genauso beschränkt wie im ambulanten Bereich der Allgemeinmedizin. Für die Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen gelten die gleichen Regelungen wie im Bereich der Allgemeinärzte (§§ 99, 103 SGB V).

Über die **Menge der zu erbringenden Leistungen** bestimmen die einzelnen Zahnärzte. Einschränkungen ihrer professionellen Autonomie sind lediglich durch die **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** der bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eingerichteten Prüfausschüsse gegeben, die wie im ambulanten Bereich paritätisch besetzt sind und sich an statistischen Durchschnittswerten orientieren. Übersteigt der Arzt den durchschnittlichen Fallwert um eine bestimmte Marge, so wird eine Prüfung vorgenommen, die im Falle des Nachweises einer unwirtschaftlichen Praxisweise Regreßforderungen nach sich zieht.

Die **Preise** der zahnärztlichen Leistungen werden wie die Arzthonore im ambulanten Bereich in Verhandlungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen festgesetzt. Die ausgehandelte Gesamtvergütungssumme wird unter den einzelnen Zahnärzten nach dem Verfahren der **Einzelleistungshonorierung** verteilt. Der Wert der einzelnen Leistungen wird im **einheitlichen Bewertungsmaßstab (Bema-Z)** festgelegt, der ebenfalls in Verhandlungen

98 Wegen der deutlich höheren Einkommen in der Zahnarztpraxis ist die Lehrtätigkeit so unattraktiv, daß etwa ein Fünftel der Assistentenstellen unbesetzt bleibt (SVR 1987: 127). Allerdings zeigt die Bildungsstatistik - entgegen der Erklärung des Sachverständigenrates für das schleppende Wachstum der Zahnarztzahlen - trotz beschränkter Ausbildungskapazitäten und trotz der damit zusammenhängenden strengen Numerus-clausus-Regeln für die Zahnmedizin ein ähnliches Wachstum der Zahl der Studienanfänger und der Studenten wie im Falle der Allgemeinmedizin (vgl. die "Grund- und Strukturdaten" des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft 1989/90: 161, 164).

vereinbart wird. Für die Privatpraxis gilt die amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

In der Honorierung ist es 1985/86 ähnlich wie im ambulanten Bereich der Allgemeinmedizin zu **Umstrukturierungen** gekommen, die die Überhonorierung zahntechnischer und kieferorthopädischer Leistungen im Vergleich zu zahnerhaltenden Maßnahmen in etwa halbiert haben. Zahnerhaltende und beratende Tätigkeiten des Arztes wurden aufgewertet, um den Anreiz für prophylaktische Maßnahmen zu stärken (SVR 1987: Ziffer 420). Da in letzter Zeit auch die Selbstbeteiligung im Prothetikbereich erhöht wurde, müssen die Zahnärzte danach trachten, in der Individualprophylaxe und Paradontalbehandlung Kompensationen für die entfallenden Zahnersatz-Einnahmen zu finden. Ihr Widerstand gegen einen Ausbau gruppenprophylaktischer Maßnahmen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird damit vermutlich gestärkt. Trotz der erfolgten Umstrukturierung besteht nach Einschätzung des Sachverständigenrates zur Konzertierte(n) Aktion im Gesundheitswesen noch immer ein deutlicher Honorierungsvorsprung der prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen (SVR 1987: Ziffer 420). Vor allem wenn man den Zeitaufwand berücksichtigt, sind zahnärztliche Leistungen im Bereich der Prothetik noch ungleich lukrativer als in anderen Bereichen.

Für die **zahntechnischen Leistungen** vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundes einheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (§ 88 SGB V). Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. Dabei gibt es von Land zu Land große Unterschiede (SVR 1987: Ziffer 426). Ein effektiver Preiswettbewerb bleibt aus, weil die Aufträge nicht von den die Kosten tragenden Kassen oder Versicherten, sondern von den Zahnärzten vergeben werden, die im Falle der Praxislabors sogar ein Eigeninteresse an möglichst hohen Preisen haben.

Wirksame **Qualitätskontrollen** der zahnärztlichen Tätigkeit fehlen ebenso wie qualitätssichernde Richtlinien mit bindender Kraft. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung beinhaltet lediglich eine Bewertung der Quantität der Leistungen. Zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots hat der **Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen** diverse **Richtlinien** entwickelt, so u.a. zur konservierenden und chirurgischen Behandlung sowie zur Individualprophylaxe. Die im Jahr 1986 vereinbarten **Prothetik-Richtlinien** stellen insofern einen ersten Schritt zur Verknüpfung quantitativer und qualitativer Kriterien dar, als sie u.a. die beim

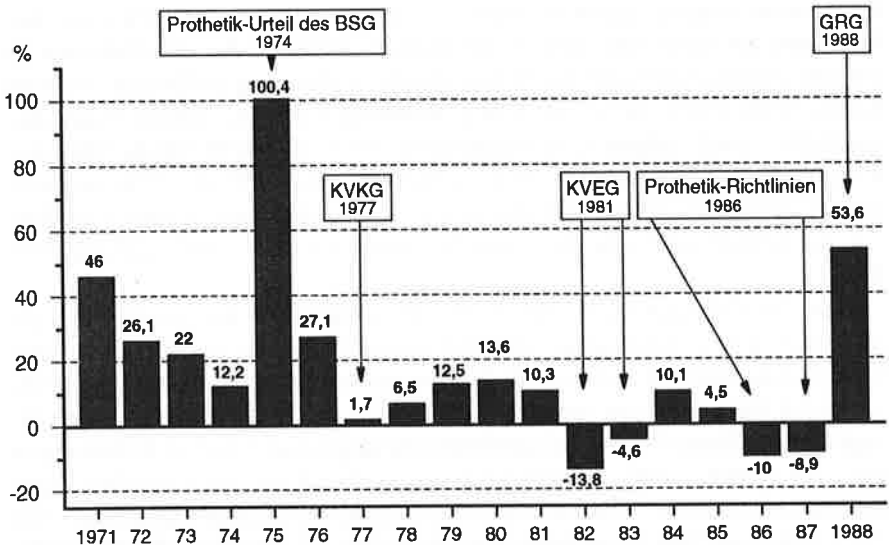
Zahnersatz in der Kassenpraxis zu verwendenden Legierungen festlegen (SVR 1987: Ziffern 379, 405). Die Verfeinerung standardisierender Richtlinien scheint geboten, weil empirische Untersuchungen eine außerordentlich hohe Variabilität der Kosten prothetischer Maßnahmen in verschiedenen Zahnarztpraxen bei gleichen Ausgangsbefunden ergeben haben (SVR 1987: Ziffer 378). Wie notwendig darüber hinaus Qualitätskontrollen sind, zeigen Untersuchungen der Universitätsklinik Münster, wonach 78% der untersuchten Einzelkronen und 82% der Brücken fehlerhaft gearbeitet waren und ein Viertel aller Füllungen binnen vier Jahren wiederholt oder erweitert werden mußten (SVR 1987: Ziffern 399, 403).

Da die Zahnärzte wie andere Anbietergruppen in hohem Maße organisations- und konfliktfähig sind und gegen Versuche zur Einschränkung ihrer professionellen Autonomie Widerstand mobilisieren, haben die regulierenden Eingriffe des Gesetzgebers in den vergangenen Jahren bevorzugt auf der Seite der *Nachfragekontrolle* angesetzt. Diverse Erhöhungen des Selbstkostenanteils sollten die Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste dämpfen. Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 begrenzte den Kassenzuschuß für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz auf maximal 80%. Das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz von 1981 differenzierte dann zwischen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen und begrenzte den Kassenzuschuß für die technischen Leistungen bei voller Übernahme der ärztlichen Kosten auf 60%. Das Gesundheitsreform-Gesetz von 1988 führte für den Zahnersatz schließlich das System der Kostenerstattung ein und beschränkte den Erstattungsbetrag der Kassen im Regelfall auf 50%.⁹⁹

Die Ausgabenentwicklung der GKV spiegelt diese Leistungsbegrenzungen deutlich wider. Betrachtet man die jährlichen Veränderungsraten der GKV-Ausgaben für Zahnersatz, so stechen fünf Jahre mit außergewöhnlichen Veränderungen hervor: die Jahre 1975 und 1988 mit Zuwachsraten von 100 bzw. 54% und die Jahre 1982/83 und 1986/87 als die einzigen Jahre mit negativen Veränderungsraten (vgl. Abbildung 1.3). Alle diese Jahre haben einen klaren Bezug zu Steuerungsmaßnahmen des Gesetzgebers oder der gemeinsamen Selbstverwaltung. 1975 war das Jahr

⁹⁹ Dazu sieht das Gesetz aber, wie unten noch erläutert werden wird, diverse Zuschüsse vor, die mit dem notwendigen Aufwand und - zwecks Prämierung eigener Bemühungen um die Gesunderhaltung der Zähne - mit der Zahnpflege der Versicherten sowie ihrer Teilnahme an prophylaktischen Untersuchungen variieren (vgl. § 30 SGB V).

Abbildung 1.3: Die jährliche Veränderung der GKV-Ausgaben für Zahnersatz



Quelle: SVR (1990: T466).

des Abschlusses der ersten Prothetikverträge nach dem Urteil des Bundessozialgerichts von 1974, 1988 war das Jahr des sog. "Blüm-Bauches" vor Inkrafttreten des Gesundheitsreform-Gesetzes. Die Schrumpfungprozesse von 1982 und 1983 sind das Resultat des Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes von 1981, die der Jahre 1986 und 1987 gehen auf die Prothetik-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vom 1.4.1986 zurück, die das Ziel verfolgten, überhöhte Fallzahlen durch Leistungsbeschränkungen zu verhindern. Das Jahr 1977 mit der niedrigsten jemals festgestellten positiven Veränderungsrate von 1,7% war das Jahr des Kostendämpfungsgesetzes, das am 1. Juli in Kraft trat und die Entwicklung der zweiten Jahreshälfte bestimmte. Hier zeigt sich, wie nachhaltig veränderte Rahmenbedingungen Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen prägen können und wie unbegründet ein allgemeiner, empirisch unkontrollierter Steuerungskepticismus ist.

4.3 Problempertzeption und Reforminitiativen

Die Situation der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik ist von verschiedenen Expertenkommissionen in weitgehender Übereinstimmung als verbesserungsbedürftig dargestellt worden (vgl. SVR 1987: Ziffern 341-427; BT-Drucksache 11/6380: 79-93). Bemängelt wird vor allem die mangelnde Effektivität und Effizienz der zahnmedizinischen Leistungen, die durch internationale Vergleiche deutlich gemacht wird. So erreichen Länder wie Dänemark, Großbritannien und die Niederlande mit der Hälfte der Kosten eine bessere Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen als die Bundesrepublik, während Länder mit ähnlich hohem Ausgabenniveau wie Schweden und die Schweiz nur halb so hohe Raten zahnkranker Kinder haben (BT-Drucksache 11/6380: 85).

Zusammenfassend kann die Bundesrepublik demnach als ein Land charakterisiert werden, in dem ein außergewöhnlich hohes Ausgabenniveau, verbunden mit sehr hohen Zahnarzteinkommen, vorherrscht und in dem ein steigendes Leistungsvolumen insbesondere im zahntechnischen Bereich mit einer Vernachlässigung prophylaktischer Leistungen einhergeht, während der Parodontose- und Kariesbefall der Bevölkerung insbesondere unter jüngeren Altersgruppen verbreiteter ist als in vergleichbaren Ländern. Das zahnmedizinische Versorgungssystem wird deshalb mit Forderungen nach einer verbesserten Kostenkontrolle sowie mit Reformvorschlägen zur Steigerung der Effektivität und Effizienz zahnmedizinischer Maßnahmen konfrontiert.

Erste Maßnahmen zur Korrektur hat das *Gesundheits-Reformgesetz von 1988* eingeleitet. Es führt für zahntechnische und kieferorthopädische Behandlung das Prinzip der Kostenerstattung mit verschärfter Selbstbeteiligung der Versicherten ein (§§ 29, 30 SGB V), begründet dafür aber erstmals einen Anspruch auf Leistungen der *Individual- und der Gruppenprophylaxe*. So können sich Versicherte, die das zwölfte, aber noch nicht das zwanzigste Lebensjahr überschritten haben, einmal in jedem Kalenderhalbjahr auf Kosten der Kassen zwecks Verhütung von Zahnerkrankungen untersuchen lassen (§ 22 SGB V). Für Art und Umfang der Untersuchungen hat der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen Richtlinien zu entwickeln. Die Gruppenprophylaxe macht das Gesetz zu einer neuen Aufgabe der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen der einzelnen Bundesländer. Die Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen sollen vorrangig in Kindergärten und Schulen durch-

geführt werden und sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken (§ 21 SGB V). Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dazu bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen zu entwickeln, während Rahmenvereinbarungen zur Durchführung der Maßnahmen gemeinsam von den Kassenverbänden auf Landesebene mit den zuständigen Länderstellen zu schließen sind (§ 21 Abs. 2 SGB V).

Um die eigenen Bemühungen der Versicherten zur Gesunderhaltung der Zähne zu stärken, werden die Zuschüsse der Krankenkassen zum Zahnersatz erhöht, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig pflegt und regelmäßig zum Zahnarzt geht. Der Kostenerstattungssatz der Kassen für Zahnersatz variiert mit dem Aufwendigkeitsgrad der erforderlichen Behandlung. Für zahntechnisch aufwendige Versorgungsformen zahlen die Versicherten eine hohe Selbstbeteiligung (60%), für mittlere eine geringere (50%) und für einfache die niedrigste (40%). Die Abgrenzung der Versorgungsformen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und unter Einbeziehung der Stellungnahme des Bundesinventionsverbandes der Zahn-techniker vorzunehmen. Diese Bestimmung ist bislang nicht implementiert worden. Kommt keine Festlegung zustande, bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere (§ 30 SGB V).

Zur Qualitätssicherung und -kontrolle sieht das Gesetz vor, daß der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen Maßstäbe und Grundsätze für die Versorgung mit Zahnersatz erarbeitet und Empfehlungen zur Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens neuer Methoden sowie der für deren Anwendung notwendigen Qualifikation der Zahnärzte entwickelt (§ 135 SGB V). An der Implementation dieser Bestimmung wird gegenwärtig in der gemeinsamen Selbstverwaltung noch gearbeitet. Darüber hinaus haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Aufgabe, genau wie im Fall der ambulanten Allgemeinmedizinischer Qualitätsprüfungen im Einzelfall durch Stichproben vorzunehmen (§ 136 SGB V).

Expertenkommissionen wie der Sachverständigenrat zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen oder die Strukturreform-Enquete-Kommission haben weitergehende Reformvorschläge unterbreitet. Der Sachverständigenrat empfiehlt einen Ausbau der Kariesprophylaxe im Bereich der öffentlichen Gesundheitspflege durch Informationskampagnen und die Vergabe von Fluoridtabletten in Kindergärten (SVR 1987: Ziffer

346). Im Bereich der Gebührenordnung fordert er weitere Umstrukturierungen zur Reduzierung der "Überhonorierung prothetischer und kieferorthopädischer Leistungen" (SVR 1987: Ziffer 420). Darüber hinaus empfiehlt er den vermehrten Einsatz von Zahnarzt-Fachhelferinnen im Bereich der Individualprophylaxe (SVR 1987: Ziffer 394; SVR 1990: Ziffer 130) und die Einrichtung von zahnärztlichen Beratungsstellen für die Versicherten als gemeinsame Einrichtung der Krankenkassen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen (SVR 1987: Ziffer 424). Die Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" empfiehlt darüber hinaus die Einführung flächendeckender Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche in allen Kindergärten und Schulen auf der Basis von Jugendzahnpflegegesetzen der Länder, die auch die bildungspolitischen Voraussetzungen für die Aufnahme des Faches Zahngesundheit in die Ausbildung der Erzieher und Lehrer schaffen (BT-Drucksache 11/6380: 91). Darüber hinaus empfiehlt ein Teil der Kommission, die Sicherstellung der Gruppenprophylaxe einem Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst der kommunalen Gebietskörperschaften zu übertragen (ebd.). Schließlich sieht sich die Kommission mit dem Sachverständigenrat in der Forderung einig, den Zuckergehalt der Lebensmittel zu kennzeichnen und die Werbung und den Verkauf von Süßwaren einzuschränken (BT-Drucksache 11/6380: 91; SVR 1987: Ziffer 410).

Anhang zu Kapitel 1: Bundesrepublik Deutschland

Anhangtabelle 1A.1: Aufwendungen der GKV nach Leistungsarten in Prozent der Gesamtausgaben

Jahr	Ärztliche Behandlung	Zahnärztl. Behandl. u. Zahnersatz	Arzneimittel	Heil- und Hilfsmittel	Stationäre Behandlung	Sonstige
1960	20,9	8,2	12,2	...	17,5	41,2
1965	21,4	9,1	13,6	...	19,8	36,2
1970	22,9	10,6	17,7	2,8	25,2	20,8
1975	19,4	14,3	15,3	4,4	30,1	16,5
1980	17,9	15,0	14,6	5,7	29,6	17,2
1985	18,1	13,2	15,3	6,0	32,2	15,2
1988	16,9	13,5	16,0	7,0	31,8	14,9

Quellen: Für die Jahre 1960 und 1965: Statistisches Taschenbuch (1989); für die Jahre 1970-1988: SVR (1990)

Literatur

- Alber, Jens, 1986: Germany. In: Peter Flora (Hrsg.), *Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II*, Bd. 2. Berlin: De Gruyter, 1-154.
- Alber, Jens, 1987: Germany. Institutional Synopsis. In: Peter Flora (Hrsg.), *Growth to Limits. The Western European Welfare States since World War II*. Bd. 4. Berlin: De Gruyter, 247-353.
- Alber, Jens, 1988: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit* (Sonderheft 19 der Politischen Vierteljahresschrift). Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150.
- Alber, Jens, 1989a: *Der Sozialstaat in der Bundesrepublik 1950-1983*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Alber, Jens, 1989b: *Structural reforms of the West German health care system*. Beitrag zur Konferenz "Structural reforms of national health care systems" an der Universität Maastricht. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Alber, Jens, 1990: Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstands in der Bundesrepublik. In: *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 1, 335-362.
- Altenstetter, Christa, 1982: *Organizational Process in a Three-Tiered Membership Organization of Health Insurance Funds Seen from Below: Experiences from Germany*. WZB-papers, P/82-3. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.
- Altenstetter, Christa, 1985a: *Krankenhausbedarfsplanung: was brachte sie wirklich*. München: Oldenbourg.
- Altenstetter, Christa, 1985b: Hospital Policy and Resource Allocation in the Federal Republic of Germany. In: Alexander Y. Groth/ Larry L. Wade (Hrsg.), *Public Policy Across Nations*. Greenwich: JAI Press, 237-265.
- Altenstetter, Christa, 1986: Reimbursement Policy of Hospitals in the Federal Republic of Germany. In: *International Journal of Health Planning and Management* 1, 189-211.
- Andreas, Manfred, 1975: *Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen*. Bonn-Bad Godesberg: Asgard.
- Arrow, Kenneth J., 1963: *Social Choice and Individual Values*, 2. Aufl. New Haven, CT: Yale University Press.
- Berg, Heinz, 1986: *Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984*. Sankt Augustin: Asgard.
- Björkman, James W., 1985: Who Governs the Health Sector? Comparative European and American Experiences with Representation, Participation, and Decentralization. In: *Comparative Politics* 17, 398-421.
- Bogs, Harald u.a., 1982: *Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Boßmann, Alfred/ Hans-Jürgen Meier-Grevel/ Wolfgang Heinz, 1984: *Die Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit in der kassenärztlichen Versorgung*, 3. veränd. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- Brück, Gerhard W., 1977: Die Sozialversicherungsreform 1977. In: *Sozialer Fortschritt* 26, 193-198.
- Brück, Gerhard W., 1981: *Allgemeine Sozialpolitik. Grundlagen - Zusammenhänge, Leistungen*, 2. Aufl. Köln: Bund-Verlag.
- Bruckenberg, Ernst, 1988a: Von der parallelen Kompetenz bis zur Letztentscheidung der Krankenkassen bzw. des BMA. In: *Das Krankenhaus* 5, 197-206.
- Bruckenberg, Ernst, 1988b: *Dauerpatient Krankenhaus*. Freiburg: Lambertus.
- Bruckenberg, Ernst, 1988c: Steuerung medizinisch-technischer Großgeräte in der Bundesrepublik Deutschland. In: Josef Gronemann/ Klaus Keldenich (Hrsg.), *Krankenhausökonomie in Wissenschaft und Praxis*. Kulmbach: Bauermann, 84-92.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1962: *Übersicht über die soziale Sicherung*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1964: *Übersicht über die soziale Sicherung*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1970: *Übersicht über die soziale Sicherung*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1974: *Übersicht über die soziale Sicherung*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1977: *Übersicht über die soziale Sicherung*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1983: *Materialband zum Sozialbudget 1983*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1986a: *Sozialbericht 1986*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1986b: *Materialband zum Sozialbudget 1986*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1989a: *Die Gesundheitsreform*, 5. Aufl. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1989b: *Arbeits- und Sozialstatistik Hauptergebnisse 1989*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1990a: *Übersicht über die soziale Sicherheit*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (Hrsg.), 1990b: *Materialband zum Sozialbudget 1990*. Bonn: Selbstverlag.
- Bundesminister für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.), 1989: *Grund- und Strukturdaten 1989/90*. Bad Honnef: Bock.
- BT-Drucksache 10/3374 - *Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung*. Bonn, 22.5.1985.
- BT-Drucksache 11/3267 - *Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung"*. Bonn, 7.11.1988.

- BT-Drucksache 11/6380 - *Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung"*. Bonn, 12.2.1990.
- BT-Drucksache 11/7527 - *Sozialbericht 1990*. Bonn, 29.6.1990.
- Daten des Gesundheitswesens*, 1989: Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Band 159. Stuttgart: Kohlhammer.
- Deppe, Hans-Ulrich, 1987: *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Deppe, Hans-Ulrich u.a. (Hrsg.), 1989: *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1989: *Geschäftsbericht 1988/89*. Düsseldorf: Selbstverlag.
- DGB-Strukturkommission, 1987: *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft*, Bd. 1: Grundmängel. Grundanforderungen. Reformperspektiven. Köln: Bund-Verlag.
- DGB-Strukturkommission, 1988: *Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft*, Bd. 2: Vorschläge zur Strukturreform. Köln: Bund-Verlag.
- Döhler, Marian, 1988: Historische und gesundheitspolitische Aspekte im Verhältnis zwischen medizinischer Profession und integrierten Versorgungssystemen in Deutschland. In: Heinz Hauser/ J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg (Hrsg.), *Health Maintenance Organizations - Eine Reformkonzeption für die Gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland?* Gerlingen: Bleicher, 39-73.
- Döhler, Marian, 1989: Physicians' Professional Autonomy in the Welfare State: Endangered or Preserved? In: Giorgio Freddi/ James W. Björkman (Hrsg.), *Controlling Medical Professionals. The Comparative Politics of Health Governance*. London: Sage, 178-197.
- Döhler, Marian, 1990: *Gesundheitspolitik nach der "Wende"*. Berlin: Edition Sigma.
- Elias, Norbert, 1976: *Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. Bd. 2: Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation. Baden-Baden: Suhrkamp.
- Fack, Werner G./ Jörg Robbers, 1989: *Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen*. Köln: Kohlhammer.
- Ferber, Christian von, 1971: *Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?* Köln: Kohlhammer.
- Ferber, Lieselotte von, 1988: *Die ambulante ärztliche Versorgung im Spiegel der Verwaltungsdaten einer Ortskrankenkasse*. Stuttgart: Enke.
- Flora, Peter u.a., 1983: *State, Economy, and Society in Western Europe 1815 - 1975. A Data Handbook in Two Volumes*, Bd. I: The Growth of Mass Democracies and Welfare States. Frankfurt a.M.: Campus; London: Macmillan Press; Chicago: St. James Press.
- Flora, Peter u.a., 1987: *State, Economy, and Society in Western Europe 1815 - 1975. A Data Handbook in Two Volumes*, Bd. II: The Growth of Industrial

- Societies and Capitalist Economies. Frankfurt a.M.: Campus; London: Macmillan Press; Chicago: St. James Press.
- Frühmorgen, Otto, 1988: Freie Entwicklung der Krankenhausfinanzierung bis 1936. In: Groneman/ Keldenich (Hrsg.), a.a.O., 130-135.
- Fuchs, Christoph/ Reinhard Joachim Wabnitz, 1988: Planungskompetenz der Länder im Krankenhausbereich und Vereinbarungen im Pflegesatzverfahren. In: Gronemann/ Keldenich (Hrsg.), a.a.O., 136-143.
- Gäfigen, Gérard, 1984: Sparen durch Gestalten. In: *Bundesarbeitsblatt* 12, 19-22.
- Gäfigen, Gérard (Hrsg.), 1988a: *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Gäfigen, Gérard, 1988b: Kollektivverhandlungen als konstitutiver Allokationsmechanismus korporatistischer Ordnungen. In: Gäfigen (Hrsg.), a.a.O., 61-90.
- Gehrmann, Wolfgang, 1989: Blüm ohne Mitstreiter. In: *Die Zeit*, 27.1.1989, S. 33.
- Geißler, Heinrich, 1974: *Krankenversicherungsbudget: Eine Vorausschätzung der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 1973-1978 sowie eine Analyse der Entwicklung in den Jahren 1960-1973*. Mainz: Schmidt.
- Geißler, Heiner, 1976: *Die Neue Soziale Frage*. Freiburg: Herder.
- Gladen, Albin, 1974: *Geschichte der Sozialpolitik. Eine Analyse ihrer Bedingungen, Formen, Zielsetzungen und Auswirkungen*. Wiesbaden: Franz Steiner.
- Glagow, Manfred (Hrsg.), 1984: *Gesellschaftssteuerung zwischen Korporatismus und Subsidiarität*. Bielefeld: AJZ Druck.
- Glagow, Manfred u.a. (Hrsg.), 1989: *Gesellschaftliche Steuerungsrationalität und partikuläre Handlungsstrategien*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Gronemann, Josef/ Klaus Keldenich (Hrsg.), 1988: *Krankenhausökonomie in Wissenschaft und Praxis*. Kulmbach: Baumann.
- Groser, Manfred, 1985: *Die Organisation von Wirtschaftsinteressen in der pharmazeutischen Industrie der Bundesrepublik Deutschland*. Discussion Paper IIM/LMP 85-3. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.
- Hadrich, Julius, 1934: Die nichtarischen Ärzte in Deutschland. In: *Deutsches Ärzteblatt* 64, 1243-1245.
- Hansen, Eckhard u.a., 1981: *Seit über einem Jahrhundert ...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. Sozialer Fortschritt, organisierte Dienstleistungsmacht und nationalsozialistische Machtergreifung: der Fall der Ambulatorien in den Unterweserstädten und Berlin*. Düsseldorf: Bund.
- Hartwich, Hans-Hermann, 1978: *Sozialstaatspostulat und gesellschaftlicher status quo*, 3. Aufl. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Häusler, Siegfried/ Rolf Liebold/ Helmut Narr, 1984: *Die kassenärztliche Tätigkeit*, 3. Aufl. Berlin: Springer.

- Henke, Klaus-Dirk, 1988: Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG). In: Gäfgen (Hrsg.), a.a.O., 113-175.
- Henke, Klaus-Dirk, 1990: *Alternativen zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall*. Hannover: Unveröff. Manuskript.
- Hennig, Eike, 1982: *Bürgerliche Gesellschaft und Faschismus in Deutschland. Ein Forschungsbericht*, 2. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hentschel, Volker, 1983: *Geschichte der deutschen Sozialpolitik (1880-1980). Soziale Sicherung und kollektives Arbeitsrecht*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1977: Kostenexplosion im Gesundheitswesen. In: Bernhard Külpl/ Heinz-Dieter Haas (Hrsg.), *Soziale Probleme der modernen Industriegesellschaft*. Berlin: Duncker & Humblot, 577-598.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1980: Gesundheitsökonomik: *Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*. Stuttgart: Enke.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1982: Sozialökonomische Entwicklungen im Gesundheitswesen, ihre Auswirkungen auf den ambulanten Sektor und ihre ordnungspolitische Steuerung. In: Ludwig Sievers Stiftung u.a. (Hrsg.), *Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 133-236.
- Herder-Dorneich, Philipp/ Alexander Schuller (Hrsg.), 1983: *Die Anspruchspirale: Schicksal oder Systemdefekt?* Stuttgart: Kohlhammer.
- Herder-Dorneich, Philipp/ Werner Kötz, 1972: *Zur Dienstleistungsökonomik. Systemanalyse und Systempolitik der Krankenhauspflegedienste*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Hiller, Axel, 1989: *Verbindlichkeit und Verfassungsmäßigkeit der Richtlinien für Ärzte und Krankenkassen*. Baden-Baden: Nomos.
- Hockerts, Hans Günther, 1980: *Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945-1957*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hoffmann, Walther G., 1965: *Das Wachstum der deutschen Wirtschaft seit der Mitte des 19. Jahrhunderts*. Berlin: Springer.
- Hoffmann, Ute, 1983: Alles eine Frage des Timings? Arbeitsteilung und Kooperation in der ärztlichen Praxis. In: Ortrud Zettel (Hrsg.), *Gesundheitsberufe. Studien zu ihrer Entstehung und Veränderung*. Frankfurt a.M.: Campus, 146-167.
- Huerkamp, Claudia, 1980: Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert. In: *Geschichte und Gesellschaft* 6, 349-382.
- Huerkamp, Claudia, 1985: *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußens*. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Huntington, Samuel P., 1968: *Political Order in Changing Societies*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Immergut, Ellen, 1986: *Between State and Market: Sickness, Benefits and Social Control*. In: Martin Rein/ Lee Rainwater (Hrsg.), *Public/Private Interplay in Social Protection*. New York: Armonk, 57-98.
- Immergut, Ellen, 1987: *The Political Construction of Interests: National Health Insurance Politics in Sweden, France and Switzerland, 1930-1970*. Diss., Cambridge, MA.
- Immergut, Ellen, 1991: *Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care*. In: *Journal of Public Policy* (im Erscheinen).
- Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit (IVSS) (Hrsg.), 1959: *Entwicklung und Tendenzen der Sozialen Sicherheit. Bundesrepublik Deutschland*. Genf: Selbstverlag.
- Jung, Karl, 1985a: *Bundespflegegesetzverordnung BpflV 86. Textausgabe mit Materialien zur Entstehungsgeschichte der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze und einer erläuternden Einführung in das neue Pflegegesetzrecht*. Köln: Kohlhammer.
- Jung, Karl, 1985b: *Krankenhaus und Krankenhausfinanzierungsrecht*. In: *13. Deutscher Krankenhaustag und Interhospital 85, Das Krankenhaus zwischen Recht und Wirklichkeit*. Stuttgart: Kohlhammer, 138-212.
- Kaase, Max (Hrsg.), 1986: *Politische Wissenschaft und politische Ordnung. Analysen zu Theorie und Praxis demokratischer Regierungsweise*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.), 1988: *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1988*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.), 1989: *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1988*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kater, Michael H., 1983: *Sozialer Wandel in der NSDAP im Zuge der nationalsozialistischen Machtergreifung*. In: Wolfgang Schieder (Hrsg.), *Faschismus als soziale Bewegung: Deutschland und Italien im Vergleich*, 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 11-23.
- Kater, Michael H., 1986: *Physicians in Crisis at the End of the Weimar Republic*. In: Peter D. Stachura (Hrsg.), *Unemployment and the Great Depression in Weimar Germany*. London: Macmillan, 49-77.
- Kaufmann, Wolfgang/ Friedrich W. Mohr, 1989: *Neuer Weg zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser*. In: *Das Krankenhaus* 10, 534-541.
- Keller, Berndt, 1987: *Interessenaggregation und -transformation in Verbänden Öffentlicher Arbeitgeber*. In: Adrienne Windhoff-Héritier (Hrsg.): *Verwaltung und ihre Umwelt*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 258-276.
- Knappe, Eckart, 1988: *Neokorporatistische Ordnungsformen als Leitbild einer Strukturreform im Gesundheitswesen*. In: Gäfgen (Hrsg.), a.a.O., 271-294.

- Kohn, Robert/ Kerr L. White (Hrsg.), 1976: *Health Care. An International Study*. Oxford: Oxford University Press.
- Kühn, Hagen, 1988: Krankenhauspolitik im Zeitalter der Kostendämpfung. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 13 (Argument Sonderband 155), 30-46.
- Lampert, Heinz, 1980: *Sozialpolitik*. Berlin: Springer.
- Langbein, Kurt/ Hans-Peter Martin/ Hans Weiss, 1985: *Bittere Pillen*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Lehmbruch, Gerhard, 1988: Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die "Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen". In: Gäfgen (Hrsg.), a.a.O., 11-32.
- Leibfried, Stephan/ Florian Tennstedt, o.J. [1979]: *Berufsverbote und Sozialpolitik 1933. Die Auswirkungen der nationalsozialistischen Machtergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte*. Bremen: Universität Bremen.
- Lepsius, Rainer, 1971: Machtübernahme und Machtübergabe. Zur Strategie des Regimewechsels. In: Hans Albert (Hrsg.), *Sozialtheorie und soziale Praxis*. Meisenheim am Glan: Hain, 158-173.
- Lepsius, Rainer, 1978: From Fragmented Party Democracy to Government by Emergency Decree and National Socialist Takeover: Germany. In: Juan J. Linz/ Alfred Stepan (Hrsg.), *The Breakdown of Democratic Regimes: Europe*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 34-79.
- Lepsius, Rainer, 1979: Soziale Ungleichheit und Klassenstrukturen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Hans-Ulrich Wehler (Hrsg.), *Klassen in der europäischen Sozialgeschichte*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 166-209.
- Lepsius, Rainer, 1986: Interessen und Ideen. Die Zurechnungsproblematik bei Max Weber. In: Friedhelm Neidhardt u.a. (Hrsg.), *Kultur und Gesellschaft* (Sonderheft 27 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie). Opladen: Westdeutscher Verlag, 20-31.
- Lepsius, Rainer, 1987: Zur Soziologie des Bürgertums und der Bürgerlichkeit. In: Jürgen Kocka (Hrsg.), *Bürger und Bürgerlichkeit im 19. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 79-100.
- Lepsius, Rainer, 1990: *Interessen, Ideen und Institutionen*. Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Ludes, Horst, 1986: *Die Honorierung kassenärztlicher Leistungen als Instrument zur Angebotssteuerung im ambulanten Sektor*. Spardorf: Wilfer.
- Luhmann, Niklas, 1981: *Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat*. München: Olzog.
- Luhmann, Niklas, 1983a: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Herder-Dorneich/ Schuller (Hrsg.), a.a.O., 28-49.
- Luhmann, Niklas, 1983b: Medizin und Gesellschaftstheorie. In: *Medizin, Mensch und Gesellschaft* 8, 168-175.

- Manow-Borgwardt, Philip, 1990: *Neokorporatistische Gesundheitspolitik? Die Festbetragsregelung des Gesundheitsreformgesetzes*. WZB Discussion Paper P91-201, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.
- Marmor, Theodore R./ David Thomas, 1983: Doctors, politics and pay disputes: "pressure group politics" revisited. In: Theodore Marmor (Hrsg.), *Political Analysis and American Medical Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 107-130.
- Mayntz, Renate, 1990: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: *Staatwissenschaften und Staatspraxis* 1, 283-307.
- Mayntz, Renate/ Hans-Ulrich Derlien, 1977: *Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung*. Forschungsbericht 17 Gesundheitsforschung. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Mayntz, Renate/ Wolfgang Klitzsch/ Erich Ubeländer, 1982: *Analyse von Planungs- und Steuerungsfunktionen der gesetzlichen Krankenversicherung in Versorgungsschwerpunkten des Gesundheitswesens*. Forschungsbericht 69 Gesundheitsforschung. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Mayntz, Renate/ Bernd Rosewitz, 1988: Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In: Renate Mayntz u.a., *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Frankfurt a.M.: Campus, 117-179.
- Mommsen, Hans, 1983: Zur Verschränkung traditioneller und faschistischer Führungsgruppen in Deutschland beim Übergang von der Bewegungs- zur Systemphase. In: Wolfgang Schieder (Hrsg.), *Faschismus als soziale Bewegung: Deutschland und Italien im Vergleich*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 157-182.
- Montgomery, Frank-Ulrich, 1989: *Neue Berufsfelder für Ärztinnen und Ärzte/ Ärztliche Arbeitslosigkeit*. Pressedrucksache Nr. III/7. Berlin: Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft.
- Moore, Barrington, 1982: *Ungerechtigkeit. Die sozialen Ursachen von Unterordnung und Widerstand*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Murswieck, Axel, 1983: *Die staatliche Kontrolle der Arzneimittelsicherheit in der Bundesrepublik Deutschland und den USA*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Murswieck, Axel, 1985: Health policy-making. In: Klaus v. Beyme/ Manfred Schmidt (Hrsg.), *Policy and Politics in the Federal Republic of Germany*. New York: St. Martin's Press, 83-106.
- Naschold, Frieder, 1967: *Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik*. Rombach: Freiburg.
- Neubauer, Günter, 1988: Staat Verwaltung und Verbände. Entwicklung der Ordnungs- und Steuerungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Gäfgen (Hrsg.), a.a.O., 91-112.
- OECD (Hrsg.), 1985: *Measuring Health Care 1960-1983*. Paris.

- OECD (Hrsg.), 1987: *Financing and Delivering Health Care*. Paris.
- OECD (Hrsg.), 1990: *Health Care Systems in Transition*. Paris.
- Peters, Horst, 1959: *Die Geschichte der Sozialversicherung*. Bad Godesberg: Asgard.
- Preller, Ludwig, 1978: *Sozialpolitik in der Weimarer Republik*. Kronberg/Ts.: Athenäum; Düsseldorf: Droste.
- Priester, Klaus, 1987: Daten zur Entwicklung der Einkommen niedergelassener Ärzte in der Bundesrepublik. In: Hans-Ulrich Deppe (Hrsg.), *Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag*. Frankfurt a.M.: Campus, 156-187.
- Reiners, Hartmut, 1987: *Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.
- Reiners, Hartmut, 1989: Die stationäre Versorgung im Zeichen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Gesetzlichen Krankenversicherung - Zum Verhältnis von Krankenhaus und Krankenkasse. In: Deppe u.a. (Hrsg.), a.a.O., 9-40.
- Richter, Max/ Albert Müller, 1967: *Kampf um die Krankenversicherung 1955-1965*. Bad Godesberg: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Röhm, Hans-Rudolf, 1986: *Die Kostenexplosion im Krankenhauswesen*. Freiburg: Dreisam.
- Rosewitz, Bernd/ Douglas Webber, 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), 1987: *Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), 1988: *Jahresgutachten 1988: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), 1989: *Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), 1990: *Jahresgutachten 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVRW), 1989/90: *Jahresgutachten 1989/90: Weichenstellungen für die neunziger Jahre*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Safran, William, 1967: *Veto Group Politics. The Case of Health Insurance Reform in West Germany*. San Francisco: Chandler.

- Sandier, Simone, 1990: Health services utilization and physician income trends. In: OECD (Hrsg.), a.a.O., 41-56.
- Sauerborn, Maximilian, 1953: Die Entwicklung des Kassenarztrechtes. In: *Die Ortskrankenkasse* 35, 293-303.
- Schäfer, Wolfgang, 1957: *NSDAP. Entwicklung und Struktur der Staatspartei des Dritten Reiches*. Hannover: Goedel.
- Schäfer, Dieter, 1983: Anpassung des Systems der sozialen Sicherung an Rezession und Unterbeschäftigung. In: *Sozialer Fortschritt* 32, 2-6.
- Scharpf, Fritz W., 1988: Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit* (Sonderheft 19 der Politischen Vierteljahresschrift). Opladen: Westdeutscher Verlag, 6-41.
- Scheuch, Erwin K., 1982a: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik aus der Sicht der Soziologie. In: W. Gitter (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in Deutschland und Japan*. Köln: Heymann, 1-33.
- Scheuch, Erwin K., 1982b: Das Verhalten der Bevölkerung als Teil des Gesundheitssystems. In: Ludwig Sievers Stiftung u.a. (Hrsg.), *Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 61-132.
- Schimank, Uwe/ Manfred Glagow, 1984: Formen politischer Steuerung: Etatismus, Subsidiarität, Delegation und Neokorporatismus. In: Glagow (Hrsg.), a.a.O., 4-28.
- Schnabel, Fritz, 1980: *Politischer und administrativer Vollzug des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Vergleichend dargestellt an den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg*. Dissertation, Universität Konstanz.
- Schneider, Markus/ Jürg H. Sommer/ Aynur Kececi, 1988: *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*. Forschungsbericht 160 Gesundheitsforschung. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Schneider, Markus/ Jürg H. Sommer/ Aynur Kececi, 1990: *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*, 2. Aufl. Forschungsbericht 160 Gesundheitsforschung. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Schwefel, Detlef/ Reiner Leidl, 1988: Bedarfsplanung und Selbstregulierung der Beteiligten im Krankenhauswesen. In: Gäfgen (Hrsg.), a.a.O., 187-208.
- Smigielski, Edwin, 1980: *Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als Steuerungsinstrument für die Honorarverhandlungen zwischen Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen*. Bochum: Brockmeyer.
- Spree, Reinhard, 1980: The Impact of Professionalization of Physicians on Social Change in Germany During the Late 19th and Early 20th Century. In: *Historical Social Research* Nr. 15, 24-39.
- Stackelberg, Johann-Magnus von, 1984: Bundesrepublik Deutschland. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), a.a.O., 101-117.
- Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften (Hrsg.), 1987: *Zahl der Ärzte und der Zahnärzte in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft*. Dezember 1987. EUROSTAT/E1/3447/87/DE. [Luxemburg]: Selbstverlag.

- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.), 1972: *Bevölkerung und Wirtschaft 1872-1972*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.), 1983: *Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen 1983*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.), 1989a: *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (Hrsg.), 1989b: *Berufe des Gesundheitswesens 1988*. Fachserie 12, Reihe 5. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Taschenbuch 1989*. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.). Bonn: Selbstverlag.
- Stone, Deborah A., 1980: *The Limits of Professional Power*. Chicago: University of Chicago Press.
- Streeck, Wolfgang, 1987: Vielfalt und Interdependenz. Überlegungen zur Rolle von intermediären Organisationen in sich ändernden Umwelten. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 39, 471-495.
- Syrup, Friedrich, 1957: *Hundert Jahre staatliche Sozialpolitik. 1839-1939*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tennstedt, Florian, 1976: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Maria Blohmke u.a. (Hrsg.), *Handbuch der Sozialmedizin*, Bd. 3. Stuttgart: Enke, 395-492.
- Tennstedt, Florian, 1977: *Soziale Selbstverwaltung, Bd. 2: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung*. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Tennstedt, Florian/ Stephan Leibfried, 1979a: Sozialpolitik und Berufsverbote im Jahre 1933. Die Auswirkungen auf die Krankenkassenverwaltung. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 25, 129-153.
- Tennstedt, Florian/ Stephan Leibfried, 1979b: Sozialpolitik und Berufsverbote im Jahre 1933. Die Auswirkungen auf die Kassenärzte. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 25, 211-238.
- Teppe, Karl, 1977: Zur Sozialpolitik des Dritten Reiches am Beispiel der Sozialversicherung. In: *Archiv für Sozialgeschichte* 17, 194-250.
- Thiemeyer, Theo, 1970: Sozialpolitische und ökonomische Probleme ärztlicher Honorargestaltung. In: *Sozialer Fortschritt* 19, 101-105.
- Thiemeyer, Theo, 1978: "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen. In: Martin Pfaff/ Hubert Voigtländer (Hrsg.), *Sozialpolitik im Wandel*. Bonn: Neue Gesellschaft, 77-102.
- Thiemeyer, Theo, 1985: Honorierungsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland (Ärzteeinkommen, Steuerungsprobleme usw.). In: Christian von Ferber u.a. (Hrsg.), *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*. München: Oldenbourg, 35-58.
- Thiemeyer, Theo, 1986: Gesundheitsleistungen - Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände? In: *Sozialer Fortschritt* 35, 97-104.

- Titze, Hartmut, 1984: Die zyklische Überproduktion von Akademikern im 19. und 20. Jahrhundert. In: *Geschichte und Gesellschaft* 10, 92-121.
- Webber, Douglas, 1988: Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: *Leviathan* 16, 156-203.
- Webber, Douglas, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: *Leviathan* 17, 262-300.
- Weede, Erich, 1986: Selbstgefährdungstendenzen von freiheitlichen Demokratien. In: Kaase (Hrsg.), a.a.O., 83-96.
- Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen - WIdO (Hrsg.), 1984: *Der europäische Arzneimittelmarkt*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.
- Wiesenthal, Helmut, 1981a: *Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Wiesenthal, Helmut, 1981b: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein korporatistisches Verhandlungssystem der Sozialpolitik. In: Ulrich von Alemann (Hrsg.), *Neokorporatismus*. Frankfurt a.M.: Campus, 180-206.
- Willke, Helmut, 1983: *Entzauberung des Staates. Überlegungen zu einer sozieta-len Steuerungstheorie*. Königstein: Athenäum.
- Willke, Helmut, 1984: Gesellschaftssteuerung. In: Glasgow (Hrsg.), a.a.O., 29-53.
- Zerche, Jürgen, 1988: *Das Gesundheitssicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland*. Regensburg: Transfer.
- Zöllner, Detlev, 1981: *Ein Jahrhundert Sozialversicherung in Deutschland*. Berlin: Duncker und Humblot.
- Zöllner, Detlev, 1988: *Die Beeinflussung der Ausgaben durch Steuerungsinstrumente*. Beitrag zur Tagung "Die voraussichtlichen Wirkungen der Krankenversicherungsreform" der Gesellschaft für sozialen Fortschritt. Bonn: Unveröff. Manuskript.

Kapitel 2

Schweiz

Brigitte Bernardi-Schenkluhn

Einleitung: Problemperzeption im Inland

Die Diskussion um die Reform der schweizerischen Krankenversicherung ist so alt wie die Krankenversicherung selbst. Nicht erst seit der letzten Teilrevision von 1964 löst ein Reformversuch den anderen ab: Totalrevision, Teilrevision, Sofortprogramm lautete zuletzt der Dreischritt der Reformbemühungen, bei dem die Zielsetzungen mit jedem Schritt reduziert wurden. Das Scheitern des übriggebliebenen Minimalprogramms im Dezember 1987 setzte den Kreislauf der Reformdiskussion erneut mit dem ehrgeizigsten der Ziele, der Totalrevision, fort.

Die derzeitige Diskussion um die Reform der Krankenversicherung ist in der Schweiz Ausdruck einer Problemlage, die der der Bundesrepublik Deutschland weitgehend gleicht. Nicht qualitative Mängel der Versorgung sind der Ausgangspunkt dieser Diskussion, sondern der anhaltende Kostenanstieg, der wie in der Bundesrepublik Deutschland mit dem Stichwort der "Kostenexplosion" versehen wird (Sommer 1987: 7). Von 1975 bis 1986 hat sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlands-

Forschen über die Schweiz ist auch deswegen eine lohnenswerte Sache, weil die Forscherin respektive der Forscher hier optimale Voraussetzungen antrifft: offene Türen für offene Gespräche, Überschaubarkeit des wichtigen Personenkreises und gute Dokumentationen. Meinen Interviewpartnern danke ich für diese Offenheit und Gerhard Kocher dafür, daß er mir den Einstieg in das "Innere" des schweizerischen Gesundheitssystems wesentlich erleichtert hat. Markus Moser, Ueli Müller, Nils Undritz und Franz Wyss waren über die Interviews hinaus wichtige Diskussionspartner, die mir geholfen haben, viele der schweizerischen Besonderheiten zu verstehen und in ihren Wirkungen einzuschätzen. Ueli Müller und Franz Wyss danke ich darüber hinaus ganz besonders für die sorgsame Kommentierung einer ersten Fassung des Kapitels zum schweizerische Gesundheitssystem.

produkt von 6,4% auf 7,3% erhöht (Schneider 1989: 355)¹. Allerdings hört man in der Schweiz durchaus Stimmen, die das erreichte Ausgaben-niveau nicht zu hoch finden. Als eines der reichsten Länder Europas könne sich die Schweiz seine Gesundheitsausgaben sehr wohl noch leisten. Nicht die Höhe dieser Ausgaben sei das eigentliche Problem, sondern die Verteilung der Mittelaufbringung auf die einzelnen Finanzierungsträger. Hier zeichnet sich in den letzten Jahren eine deutliche Verschiebung der Ausgabenanteile zu Lasten der Sozialversicherungen, insbesondere der Krankenversicherungen, ab. Nutznießer dieser Entwicklung sind die öffentlichen Haushalte, d.h. der Bund und die Kantone, deren Finanzierungsanteil kontinuierlich gesunken ist. Die "Kostenexplosion" des schweizerischen Gesundheitssystems stellt damit zuallererst ein Problem der schweizerischen Krankenkassen dar, die einen überproportionalen Anteil der steigenden Ausgaben tragen müssen.

Demgegenüber zeigt man sich in der Schweiz grundsätzlich zufrieden mit der Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Wohl zu Recht geht man davon aus, daß sie zu den besten Europas gehört, und prinzipiell hat jeder Schweizer Bürger Zugang zu einer hoch entwickelten Medizin. Diese grundsätzliche Zufriedenheit wird gedämpft durch die Personalprobleme in der Krankenpflege und die Kritik an der fortschreitenden Technisierung in der Medizin. Pläne zum Ausbau der Krankenpflege, insbesondere im Bereich der krankenhausexternen Dienste stoßen jedoch wiederum auf die ungelöste Frage der Finanzträgerschaft.

Vor dem Hintergrund dieser Problemstellung werden unterschiedliche Modelle zur Kostendämpfung und Rationalisierung der Gesundheitsausgaben diskutiert und teilweise auch erprobt. Rationalisierungsüberlegungen setzen sowohl auf der Seite der Leistungserbringer als auch bei den Nachfragern an. Bestrebungen einzelner Krankenkassen zur Verbesserung ihrer Ausgabenbilanz werden dabei kritisch beäugt, und das Stichwort der "Entsolidarisierung" macht die Runde. Man befürchtet, daß Rationalisierungsbestrebungen einzelner Kassen nicht der Gesamtheit der Kassenmitglieder zugute kommen. Denn unter dem verschärften Wettbewerb um gute Risiken führen solche Bestrebungen tendenziell zur Segmentie-

1 Der hier ausgewiesene Anteil liegt damit etwas unter den Werten, die sich bei einer Berechnung der BIP-Anteile auf Grundlage der Zahlen von Gygi/ Frey (1988: 93) ergeben. Unter Einbeziehung der Ausgaben für Forschung und Verwaltung in Universitätskliniken erhöht sich nach Gygi/ Frei der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 6,99% auf 7,65%.

rung der Versicherten mit dem Ergebnis, daß vor allem die älteren und kränkeren Versicherten immer weniger mit dem Solidarbeitrag der jüngeren, gesünderen Versicherten rechnen können.

Politische Reformbestrebungen müssen sich nun in der Schweiz auf zwei Ebenen konzentrieren. Eigentlicher Adressat sind die Entscheidungsträger auf der Bundesebene, die für die Gesetzgebung in der Krankenversicherung zuständig sind. Doch sind diese seit Jahren durch nahezu unüberwindlich scheinende Reformblockaden gelähmt, so daß die Kantone zum Handeln in den ihnen verbliebenen Entscheidungsspielräumen aufgefordert sind. Tatsächlich gelingt es Reformern hier weit eher, neue Verfahrensweisen zu erproben und bestehende Regelungen zu reformieren, wobei Art und Erfolg solcher Initiativen von der jeweiligen politischen Konstellation im Kanton abhängen. Eine fortbestehende Heterogenität kantonaler Regulierungen ist die Folge solch unterschiedlicher Reformfähigkeiten auf nationaler und kantonaler Ebene. Dies bildet denn auch eins der charakteristischen Merkmale des schweizerischen Gesundheitssystems.

Der Hinweis auf die Heterogenität der kantonalen Regelungen wird sich als roter Faden durch den folgenden Text ziehen. Eine über die punktuelle Illustration hinausgehende Erfassung dieser kantonalen Differenzen ist jedoch kaum möglich, da sie nur in wenigen Fällen für die Gesamtheit der 26 Kantone und Halbkantone dokumentiert sind. So werden auch in dieser Arbeit die gesamtschweizerischen Gemeinsamkeiten größeres Gewicht haben als die kantonalen Eigentümlichkeiten - ein Bias, das aufgrund der problematischen Datenlage unvermeidlich ist, dem jedoch durch illustrierende Beispiele für die kantonale Vielfalt entgegengewirkt werden soll.

A. Grundzüge

1. Das schweizerische Gesundheitssystem zwischen den Polen privater und öffentlicher Verantwortlichkeit

In der Diskussion wird das schweizerische Gesundheitssystem nicht selten auch als europäische USA gekennzeichnet. Tatsächlich kennt man in der Schweiz wie in den USA weder gesetzliche Krankenkassen noch eine nationale Versicherungspflicht. Doch die privaten Krankenkassen

wurden in der Schweiz bereits 1911 in ihrem Geschäftsgebaren weitgehend durch ein Bundesgesetz reguliert, und zwar in Fragen der Leistung und Finanzierung ebenso wie in der Frage der Mitgliederselektion. Zudem konnte die Pflichtversicherung auf kantonaler Ebene per Gesetz eingeführt werden, und die Kantone haben hiervon durchaus Gebrauch gemacht (siehe Abschnitt A.5).

Während somit Bund und Kantone als Regulierer unmittelbar den Gestaltungsspielraum der Krankenversicherungen begrenzen, tragen sie außerdem einen erheblichen Teil zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben bei. Der staatliche Finanzbeitrag kommt dabei nicht nur einzelnen bedürftigen Bevölkerungsgruppen zugute wie in den USA, sondern allen Versicherten einer Krankenkasse. Denn der Bund subventioniert alle Krankenversicherungen, die als "anerkannte Krankenkassen" innerhalb der Normen des Krankenversicherungsgesetzes agieren. Die Subventionen sollen die Kassen in die Lage versetzen, sozial tragbare Prämien zu erheben. Trägt der Bund indirekt auf diese Weise auch zur Finanzierung der Leistungserbringer bei, beteiligen sich die Kantone und Gemeinden direkt an deren Finanzierung im Bereich der stationären Versorgung. Sie übernehmen dabei nicht nur, wie in der Bundesrepublik, die Finanzierung der Investitionen in den öffentlichen und öffentlich geförderten privaten Krankenhäusern. Vielmehr decken die kantonalen Subventionen auch einen Teil der Betriebskosten. Nur der verbleibende Teil der Betriebskosten ist somit durch die Tagessätze, die den Kassen in Rechnung gestellt werden, abzudecken. Durch diese Regelung leisten neben dem Bund auch die Kantone ihren Beitrag dazu, daß sich die Versicherungsbeiträge in einem sozial tragbaren Maße halten.

Auf die steuerfinanzierten Ausgaben der "öffentlichen Hand" entfiel 1986 nach den Angaben von Schneider (1989: 301) ein Finanzierungsanteil von 32,1% der gesamten Aufwendungen für die laufenden Ausgaben im Bereich Gesundheit, nach Gygi/ Frei (1988: 95) waren es unter Hinzurechnung auch der Investitions- und Forschungsausgaben 35,4%. Dieser vergleichsweise hohen finanziellen Beteiligung der öffentlichen Hand am schweizerischen Gesundheitswesen steht quasi als Kontrapunkt eine fast ebenso hohe direkte Beteiligung der Privaten gegenüber (siehe Tabelle 2.2)². Veranlaßt werden diese privaten Ausgaben zum Teil durch die Vor-

2 Nach der Schätzung Schneiders (1989: 146) wurden in der Bundesrepublik 1986 lediglich 11,9% der konsumptiven Ausgaben für Gesundheit über Steuern oder Abgaben finanziert, während sich die privaten Aufwendungen für Privatversicherung; Selbstbeteiligung,

Tabelle 2.1: Public/Private Mix in der Schweiz

Leistungs- erbringung	öffentlich	privat
Finan- zierung		
öffentlich und "quasi- öffentlich"	<ul style="list-style-type: none"> - öff. Krankenhäuser - öff. Gesundheitswesen - öff. Zahnkliniken - Gemeindefrankenpflege (Spitex) 	<ul style="list-style-type: none"> - niedergelassene Ärzte und Zahnärzte - niedergelassene Chiropraktiker - Apotheken - Drogerien - Privatrechtliche Krankenhäuser - Spitex
privat	<ul style="list-style-type: none"> - "Hotelpauschale" in öff. Krankenhäusern - Privatabteilungen in öff. Krankenhäusern - Pfllegetaxen in der Spitex 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstbeteiligung im ambulanten Bereich - ärztl. Versorgung - Arzneimittel - Analysen - niedergelassene Zahnärzte - Privatkliniken - Selbstmedikation

schriften über die Selbstbeteiligung, zu einem noch größeren Teil aber durch den begrenzten Leistungskatalog der Krankenkassen, der im Vergleich zur Bundesrepublik größere Teilbereiche der medizinischen Versorgung allein den Privaten überantwortet. Hierzu zählt nicht zuletzt der Bereich der zahnärztlichen Versorgung (siehe Abschnitt A.6.1 und C.4). Erhöhte Qualitätsansprüche führen zudem zu einer steigenden Inanspruchnahme privater Leistungen in der stationären Versorgung, für die meist private Zusatzversicherungen die Deckung übernehmen.

Die beinahe drittelparitätische Aufteilung in der Finanzmittelaufbringung für das schweizerische Gesundheitssystem wird abgerundet durch die Sozialversicherungen, das sind: die Krankenkassen als "quasi-öffentliche" Einrichtung mit privatrechtlichem Status, die obligatorische Unfallversicherung für die Arbeitnehmer³, die Invalidenversicherung (IV) und die Militärversicherung (MV). Der größte Anteil dieses Finanzierungs-

Selbstmedikation etc. auf insgesamt 14,6% beliefen.

3 Einziger Träger dieser Versicherung war zunächst die SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) als öffentlich-rechtliche Einrichtung; seit der Reform des Unfallversicherungsgesetzes 1982 steht sie in Konkurrenz zu privaten Versicherungsträgern.

Tabelle 2.2: Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Jahr	Gesamt- aufwand	Sozial- versicherung		öffentliche Hand		Selbstzahler/ Privatversicherte	
		in Mio. SF	%	in Mio. SF	%	in Mio. SF	%
	1975	9.810	2.124	21,7	4.396	44,8	3.290	33,5
1976	10.240	2.262	22,1	4.426	43,2	3.552	34,7
1977	10.570	2.329	22,0	4.520	42,8	3.721	35,2
1978	10.909	2.521	23,1	4.467	40,9	3.921	36,0
1979	11.408	2.754	24,1	4.582	40,2	4.072	35,7
1980	12.373	3.052	24,7	4.927	39,8	4.394	35,5
1981	13.482	3.546	26,3	5.255	39,0	4.681	34,7
1982	14.619	3.954	27,0	5.619	38,4	5.046	34,6
1983	15.908	4.387	27,6	6.033	37,9	5.488	34,5
1984	16.635	4.647	27,9	6.157	37,0	5.831	35,1
1985	17.474	5.139	29,4	6.293	36,0	6.042	34,6
1986	18.613	5.573	29,9	6.577	35,4	6.463	34,7

Quelle: Gygi/ Frei (1988)

blocks wird mit ca. 90% von den Krankenkassen getragen (siehe Abschnitt A.4), die damit, neben der öffentlichen Hand und den Privaten, den dritten Grundpfeiler bei der Finanzierung des Gesundheitssystems bilden.

In der zeitlichen Entwicklung ist bei absolut steigendem Finanzmittelbedarf der relative Finanzierungsbeitrag der öffentlichen Hand in den letzten 10 Jahren deutlich gesunken⁴. Demgegenüber blieb der Anteil der Privaten nahezu konstant⁵. Der Rückzug der öffentlichen Hand ging damit weitgehend zu Lasten der anerkannten Krankenkassen. Überproportional steigende Prämiensätze in der Krankenversicherung waren die zwangsläufige Folge dieser Entwicklung. Da nun aber die Beiträge der schweizerischen Krankenkassen pro Kopf der Versicherten anfallen, und zwar unabhängig von der Höhe des Familieneinkommens, bedeutet die Verschiebung von der Steuerfinanzierung zur Beitragsfinanzierung zwangsläufig

4 Nach den Angaben von Schneider (1989: 301) um 7,5 Prozentpunkte, nach Gygi/ Frei (1988: 95) um 9,4 Prozentpunkte.

5 Nach den in Tabelle 2.2 wiedergegebenen Werten von Gygi/ Frei ist der private Finanzierungsanteil leicht gestiegen, nach den um die öffentlichen Investitionen bereinigten Werten von Schneider blieb der Anteil konstant.

fig eine Umverteilung zu Lasten der unteren Einkommensgruppen. Die neuere Debatte um die "Entsolidarisierung" im schweizerischen Gesundheitssystem hat hier eine ihrer Wurzeln.

Unabhängig von dieser Verschiebung bleibt der ausgeprägte Public/private Mix auf der Finanzierungsseite ein Kennzeichen des schweizerischen Gesundheitssystems, mit dem es sich deutlich von der Bundesrepublik unterscheidet. Auf der Seite der Leistungserbringer gleicht die Struktur demgegenüber weitgehend der des bundesdeutschen Gesundheitssystems (siehe Tabelle 2.1). Der Bereich der ambulanten Versorgung wird durch private Leistungserbringer dominiert: die medizinische Versorgung durch den privaten niedergelassenen Arzt und Zahnarzt, die Arzneimittelversorgung durch die private Apotheke, die Drogerie und den niedergelassenen Arzt, der z.T. ebenfalls zum Verkauf von Arzneimitteln zugelassen ist. Ergänzt wird die ambulante Versorgung in der Schweiz durch die Tätigkeit der niedergelassenen Chiropraktiker, die ihre Patienten in eigener Verantwortung ohne Anweisung eines Arztes behandeln können. Die stationäre Versorgung erfolgt wie in der Bundesrepublik durch öffentliche und private Krankenhäuser, wobei die privaten Krankenhäuser sowohl gemeinnützig als auch kommerziell ausgerichtet sein können. Eine schweizerische Besonderheit sind öffentliche Volks- und Schulzahnkliniken, die sich primär an bestimmte Bevölkerungsgruppen wenden, denen aus der überwiegend privaten Finanzierung der zahnärztlichen Leistungen keine Versorgungsprobleme entstehen sollen. Die Mehrheit der Gemeinden zieht es jedoch vor, die Rechnungen der privaten Zahnärzte für diese Bevölkerungsgruppen zu bezuschussen oder ganz zu übernehmen.

Entspricht nun die Struktur der Leistungserbringer in der Schweiz weitgehend der in der Bundesrepublik, so bewirken die Unterschiede in der Finanzmittelaufbringung dennoch eine deutlich andere Akzentsetzung in der Reformdiskussion. Erhöhung der Bundessubventionen oder Einführung der Versicherungspflicht mit einer lohnprozentualen Beitragsfinanzierung waren die Eckpunkte, die lange Zeit die Reformdiskussion beherrschten. In modifizierter Form stehen sie heute wieder zur Diskussion. Die Entwicklung dieser Reformdiskussion steht im Mittelpunkt des folgenden historischen Abrisses.

2. Historie

2.1 Die Herausbildung bundespolitischer Kompetenzen in der Gesundheitspolitik

Mit der Gründung des schweizerischen Bundesstaates 1848 blieb die Gesetzgebungskompetenz des Bundes äußerst beschränkt und beinhaltete keinerlei sozialpolitische Kompetenzen. Dies änderte sich erst mit der Revision der Bundesverfassung von 1874, mit der auf Betreiben der Liberalen die Rechtsverhältnisse vereinheitlicht und die Freizügigkeit von Handel und Gewerbe garantiert werden sollten (Maurer 1981: 758/759, Tschudi 1986: 13). In diesem Zusammenhang griff der Bund erstmals 1875 auf sozialpolitischem Gebiet ein, um die Zuständigkeit für die Pflege kranker Armer zu regeln, welche außerhalb ihres Heimatkantons wohnten. Die Bundesregierung setzte dem Streit zwischen Heimat- und Wohnortkanton ein Ende und bürdete die finanziellen Lasten für diesen Bevölkerungskreis dem jeweiligen Wohnkanton auf (His 1938: 977/978). Die inhaltliche Ausgestaltung der Armenunterstützung blieb demgegenüber bis heute allein Sache der Kantone. Vereinheitlicht wurden auf gesamtschweizerischer Ebene im gleichen Zeitraum auch die Prüfungsvorschriften für die akademisch gebildeten "Medizinalpersonen", d.h. für Ärzte, Apotheker, Tierärzte (1877) und nachfolgend auch für Zahnärzte (1886). Diesen "wissenschaftlichen Berufsarten" sollte damit ermöglicht werden, ihren Beruf ohne Hindernisse in allen Kantonen auszuüben (Flury 1985: 10; His 1938: 604). 1886 konnte außerdem ein von der Bundesregierung verabschiedetes Gesetz zur Bekämpfung epidemischer Krankheiten erstmals in Kraft treten⁶.

Als letztes erhielt der Bund schließlich 1890 die Zuständigkeiten in der Krankenversicherungsgesetzgebung. Im Zuge einer erneuten Verfassungsrevision wurde die Bundesregierung ("Bundesrat") beauftragt, "auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung ein-[zu]richten, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen". Der Regierung wurde dabei freigestellt, "den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch (zu) erklären" (Art. 34^{bis} der Bundesverfassung). Bis zur Umsetzung dieses Verfassungsauftrages dauer-

6 Zunächst waren diese Maßnahmen beschränkt auf Pocken, Cholera, Fleckfieber und Pest; 1928 wurden sie ergänzt durch ein Sondergesetz gegen die Cholera (Verbindung der Schweizer Ärzte 1986: 247, 251; His 1938: 959).

te es jedoch weitere 21 Jahre. Ein erster Entwurf war unter Federführung des Nationalrates Forrer ("Lex Forrer") ausgearbeitet und vom Parlament (Bundesversammlung) angenommen worden. Er unterlag jedoch in der nachfolgenden Volksabstimmung der Mehrheit der Neinstimmen. Das Scheitern der Lex Forrer bedeutete zugleich eine Ablehnung des "deutschen Modells" von Pflichtversicherung, behördlich eingerichteten Krankenkassen und lohnprozentualer Finanzierung mit Arbeitgeberbeteiligung. Die Institution der freien Hilfskassen ging hingegen gestärkt aus dem Abstimmungskampf hervor (Niederer 1914: 58/59, Erni 1980: 15).

Die bestehenden freien Hilfskassen konnten zu dieser Zeit auf eine lange Tradition zurückblicken und wiesen eine vergleichsweise hohe Versicherungsdichte auf. 1903 gab es insgesamt 1812 Hilfskassen, die mit 422.209 Mitgliedern einen Anteil von 12,5% der damaligen Bevölkerung versicherten (Manes 1909: 883/884). 1906 legte die Bundesregierung einen neuen Gesetzentwurf vor, der die Hilfskassen in ihrer gewachsenen Struktur unangetastet ließ. Auf dieser Grundlage wurde 1911 das "Kranken- und Unfallversicherungsgesetz" (KUVG) verabschiedet, das die Grundzüge der schweizerischen Krankenversicherung bis heute prägt.

Das KUVG von 1911 stellte "ein liberales Rahmen- und Subventionsgesetz" dar (Müller 1987: 1). Den bestehenden Hilfskassen wurde darin die Möglichkeit eingeräumt, mittels Registrierung als juristische Person anerkannt zu werden und, was für sie noch wichtiger war, in den Genuß von Bundessubventionen zu gelangen. Registrierung und Aufsicht war Aufgabe des neu einzurichtenden "Bundesamtes für Sozialversicherung" (BSV). Voraussetzung einer Registrierung als "anerkannte Krankenkasse" war die Einhaltung bestimmter Auflagen, die eine gewisse Freizügigkeit beim Kassenwechsel, die Gleichbehandlung von Mann und Frau, den Ausbau der Kinderversicherung und ein Mindestniveau an Leistungen sicherstellen sollten⁷. Die Arztwahl war, von gewissen Einschränkungen abgesehen, frei; die Arzttarife wurden von der Kantonsregierung nach Anhörung der Kassen und Ärzte festgesetzt. Die Subventionen des Bundes an die Kassen richteten sich nach Anzahl und Alter (Kind oder Er-

7 Ein Antragsteller durfte aus gesundheitlichen Gründen nicht abgelehnt werden, ein Kassenwechsel war in bestimmten Fällen (Arbeits- und Wohnortswechsel) ohne gravierende Nachteile möglich, Frauen waren zu den gleichen Bedingungen zu versichern wie Männer. Mindestleistungen waren freie ärztliche Behandlung und freie Arzneimittel oder aber ein tägliches Krankengeld, begrenzt auf eine maximale Krankheitsdauer von 180 Tagen im Jahr. Bei einer Geburt waren 6 Wochen als Krankheit anzuerkennen und Stillgeld zu gewähren.

wachsener) sowie nach dem Geschlecht der Versicherten⁸. Die Möglichkeit zur Einführung der Pflichtversicherung (Obligatorium) wurde hingegen vom Bund nicht wahrgenommen, sondern an die Kantone delegiert und in deren Ermessen gestellt (Manes 1909: 887/888, Biedermann 1955: 29/30).

Die Annahme des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes bildete den letzten Markstein zur Abgrenzung des Terrains, auf dem allein die schweizerische Bundesregierung auch heute noch gesundheitspolitisch aktiv werden kann: Vorsorge bei epidemischen Krankheiten, Regulierung der gesamtschweizerischen Anerkennung akademischer Abschlüsse in den Gesundheitsberufen und Regulierung der Kranken- und Sozialversicherung. In den übrigen Bereichen verblieb die Gesetzgebungskompetenz bei den einzelnen Kantonen. D.h. die übrigen Bereiche des öffentlichen Gesundheitswesens - das gesamte Krankenhauswesen, die Regulierung der paramedizinischen Berufe und der Bereich der Arzneimittelkontrolle, um die wichtigsten zu nennen - waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts Sache der Kantone und sind es bis heute geblieben (Lehmann/ Gutzwiller/ Martin 1989: 29, 31). Hinzu kam die den Kantonen vom Bund überlassene Kompetenz, allein über die Einführung des Obligatoriums in der Krankenversicherung zu entscheiden, woran sich ebenfalls bis heute nichts geändert hat.

2.2 Inkrementale Veränderungen mit der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes von 1964

Die Diskussion um eine Reform des Krankenversicherungsgesetzes begann bereits im Jahre 1918. Das Gesetz war zwar insofern erfolgreich, als die Zahl der Kassen und der Versicherten rasch anstieg, doch die finanzielle Lage der Krankenkassen entwickelte sich prekär. Die Ausgaben in der Frauen- und Kinderversicherung waren weit höher als vorausgesehen, und die Bundessubventionen deckten nicht, wie ursprünglich beabsichtigt, 40-60%, sondern nur noch 20% der Ausgaben im Jahre 1922. Eine Anhebung der Versicherungsbeiträge war aber bei der infolge des ersten Weltkrieges schlechten Wirtschaftslage kaum realisierbar. Zugleich verhinderte die schwierige wirtschaftliche Situation die Durchset-

8 Berücksichtigt wurden ferner die Art der Leistungen, wobei Kassen in Bergregionen nochmals höhere Subventionen bekamen.

zung von Reformen, insbesondere die nachträgliche Einführung der Pflichtversicherung (Sommer 1978: 458). Die Finanzierungsprobleme der Kassen wurden allein durch gezielte Überbrückungsmaßnahmen gemildert⁹. Außerdem ermächtigte eine Verfassungsänderung die Bundesregierung 1945 zur Einführung einer obligatorischen Mutterschaftsversicherung (Art. 34^{quinquies} der Bundesverfassung), wovon man sich offensichtlich nicht nur einen erweiterten Schutz der Mutterschaft, sondern auch eine finanzielle Entlastung der Krankenkassen versprach¹⁰.

Die Diskussion um die Totalrevision des KUVG wurde schließlich 1947 wieder aufgenommen. Die ursprüngliche Absicht der Regierung, eine Pflichtversicherung für Minderbemittelte einzuführen, wurde nach zwei Jahren fallengelassen¹¹. Am Plan einer obligatorischen Mutterschaftsversicherung hielt man hingegen fest. Die neu vorgelegten Regierungsentwürfe waren jedoch weiterhin so umstritten, daß man statt einer Totalrevision ab 1958 lediglich eine Teilrevision der Krankenversicherung anstrebte. Die konfliktträchtigen Fragen sollten ausgeklammert bleiben, d.h. die Frage des Obligatoriums ebenso wie die des Arztrechts¹². Im Vordergrund stand nun allein das Ziel, die gesetzlichen Mindestleistungen auszubauen und die Bundessubventionen an den Bedarf der Krankenkassen anzupassen¹³. Auf Druck der Ärzteschaft mußte jedoch das Arztrecht nachfolgend wieder in das Verhandlungspaket einbezogen werden, und zuletzt gelang es einem neu auftauchenden Akteur auf politischer Bühne,

-
- 9 Gesonderte Zuschüsse des Bundes auf der einen Seite und die Einführung eines obligatorischen Selbstbehalts von 10% bis maximal 25% im Jahre 1936 auf der anderen Seite halfen vorübergehend, die Finanzierungslücke zu schließen (Biedermann 1955: 30/31, Erni 1980: 22).
 - 10 Eine umfassende Mutterschaftsversicherung sollte dabei auch ein "Mutterschafts-Taggeld" abdecken. Bis heute werden lediglich "Pflegeleistungen," d.h. einige Vorsorgeuntersuchungen, Geburt und einige Nachsorgeleistungen über die Krankenkassen versichert.
 - 11 Die Vorlage zu einem neuen Tuberkulosegesetz, das eine periodische Zwangsdurchleuchtung der Bevölkerung vorsah, war in einer Volksabstimmung gescheitert. Dies wurde von der Regierung als generelles Nein gegen bundesstaatliche Zwangsbestimmungen gewertet, worauf sie den bereits ausgearbeiteten Plan zur Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung aufgab.
 - 12 Die Ärzte forderten die gesetzliche Verankerung des Kostenerstattungsprinzips ("*tiers garant*") und die Möglichkeit der Honorarabstufung nach den Einkommensverhältnissen der Versicherten. Das Kostenerstattungsprinzip sollte vor allem sicherstellen, daß im Falle einer Nicht-Einigung zwischen Kassen und Ärzten in den Honorarverhandlungen die Zahlungspflicht beim Patienten lag und damit das Einkommen der Ärzte auch im "vertragslosen Zustand" garantiert war.
 - 13 Ferner sollten die organisatorischen Bestimmungen über die Versicherungsträger und die Rechtspflege überprüft werden (Sommer 1978: 462; Häfliger 1983: 86/87).

den Chiropraktikern, auch ihre Forderung als kritischen Punkt in die Debatte einzubringen. Sie verlangten, wie Ärzte eine selbständige Kassenpraxis führen zu können. Nach nahezu drei weiteren Jahren gelang es erst, einen tragfähigen Minimalkonsens zu finden (Kocher 1972).

Diese Teilrevision des KUVG von 1964 verbesserte vor allem die Einnahmesituation der Krankenkassen. Die Bundessubventionen wurden an die Ausgabenentwicklung der Kassen gekoppelt und sollten sie zu 30% decken. Zudem hatten die Ärzte ihre Forderung nach einer Ablösung des Sachleistungsprinzips durch das Kostenerstattungsprinzip durchsetzen können¹⁴ ebenso wie die Honorarabstufung nach den Einkommensverhältnissen der Patienten. Durchgesetzt hatten sich auch die Chiropraktiker, die seit 1964 Kassenpatienten ohne Anweisung der Ärzte behandeln können. Im Leistungsbereich wurde die zeitliche Begrenzung in der ambulanten Versorgung aufgehoben und in der stationären Versorgung ausgeweitet; die Mindestleistungen in der Krankengeldversicherung wurden verdoppelt¹⁵ und zeitlich ausgedehnt (Kocher 1972: 116-136, Immergut 1987: 345). Die Selbstbeteiligung der Versicherten wurde schließlich auf 10%¹⁶ und die maximale Differenz der Prämien von Männern und Frauen auf ebenfalls 10% festgelegt.

2.3 Reformblockade auf bundespolitischer Ebene nach 1964

Noch heute ist das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz in der revidierten Fassung von 1964 in Kraft. Zwar wurde die Reformdiskussion unmittelbar nach dem Inkrafttreten der Teilrevision wieder aufgenommen, doch keine der nachfolgenden Initiativen hat sich durchsetzen können. Eine erste Phase der Folgediskussion wurde durch eine Volksabstimmung 1974 beendet, eine zweite durch die Volksabstimmung 1987. Beide Diskussionsabschnitte waren beherrscht von dem neuen Schlagwort der "Kostenexplosion", das seit 1965 die Runde machte. In beiden Phasen ging es aber auch um eine verbesserte Absicherung der Bevölkerung, wobei

14 Abweichende Vereinbarungen zwischen Kassen- und Ärzteverbänden auf kantonaler Ebene waren möglich. Für eine von der Kantonsregierung zu definierende Gruppe von wirtschaftlich schwächeren Personen sollte das Direktleistungsprinzip weiterhin gelten.

15 von einem auf zwei Franken am Tag.

16 Vgl. Fußnote 9.

das Mittel der Versicherungspflicht in immer neuen Varianten Eingang in die verschiedenen Reformvorschläge fand.

In der ersten Diskussionsphase von 1965 bis 1974 standen zunächst zwei Themen im Vordergrund des Bemühens um eine Totalrevision: die unzureichende Deckung "großer Risiken" und die Zersplitterung der Zuständigkeiten mit ihren Folgen für die Kostenseite. Langfristige Krankenhausbehandlung und Alterskrankheit waren die bis dahin ungedeckten Großrisiken. Probleme bei der Kostenbegrenzung folgten aus der mangelnden Koordination zwischen den Arenen der Preisverhandlungen¹⁷ sowie aus der fehlenden Koordination der Kantone bei der Planung des stationären Versorgungsangebots. Ende 1971 präsentierte eine Expertenkommission als Lösungsvorschlag das sogenannte "Flimser Modell". Kernpunkt dieses Vorschlages war die Einführung einer separaten Versicherung für die stationäre Versorgung und für das Krankengeld. Für diese "Großrisiken" sollte die Versicherungspflicht gelten und die Finanzierung über lohnprozentuale Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge sichergestellt werden, ergänzt durch staatliche Subventionen für investive Ausgaben¹⁸. In Opposition zu diesem Vorschlag wurden vier weitere Modelle von betroffenen Interessengruppen entwickelt. Ein fünfter Vorschlag der "unheiligen" Allianz (Sommer 1978: 575) aus Krankenkassen und Ärzten bildete schließlich die Grundlage für den vom Parlament verabschiedeten Kompromiß. Der kleinste gemeinsame Nenner sah das Obligatorium lediglich in der Krankengeldversicherung vor. Die vorgesehene Leistungsausweitung der Krankenkassen¹⁹ sollte hingegen finanziert werden durch ein "Beitragsobligatorium ohne Versicherungspflicht"²⁰. In der Volksabstimmung vom 8. Dezember 1974 wurde dieser Vorschlag ebenso

17 Zum einen wurden (und werden) weder die verschiedenen kantonalen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern miteinander koordiniert, noch die Preisverhandlungen, die die Kassen und die anderen Sozialversicherungsträger (SUVA, IV, MV) mit den gleichen Leistungserbringern im Gesundheitswesen führen.

18 Außerdem sollte das Tarifwesen auf Bundesebene vereinheitlicht werden (Sommer 1978: 490).

19 Die Pflichtleistungen der Krankenkassen sollten nunmehr auch umfassen: Gesundheitsvorsorge, Zahnerkrankungen, breitere Leistungen bei Mutterschaft und Leistungen bei einem Unfall, der durch anderweitige Versicherungen nicht gedeckt ist. Außerdem sollte das Tarifwesen auf Bundesebene vereinheitlicht werden (Sommer 1978: 490). Unterbreitet wurde dieser Entwurf als Verfassungsinitiative, nicht als Gesetzesentwurf.

20 Das hieß, 3% des Arbeitnehmereinkommens sollten zusätzlich zu den individuellen Versicherungsprämien gemeinsam von Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgebracht werden, um die steigenden Krankenkassenausgaben zu finanzieren (Sommer 1978: 517, 527).

abgelehnt wie der Alternativvorschlag der Sozialdemokraten, eine allgemeine Pflichtversicherung nach bundesdeutschem Muster einzuführen²¹.

Die nächste Diskussionsrunde wurde unmittelbar danach von der schweizerischen Bundesregierung eingeleitet. Die Bundessubventionen an die Krankenkassen waren in den vorangegangenen 10 Jahren um 312% angestiegen, und ihr Anteil an den Gesamtausgaben des Bundes hatte sich von 3,4% auf 5% erhöht²². Angesichts dieser Steigerungen stand nun die Neugestaltung der Finanzierungsseite im Vordergrund. Der Plan einer Totalrevision wurde ersetzt durch das Ziel einer kurzfristig realisierbaren Teilrevision. Zwischenzeitlich ergriff die Regierung Sofortmaßnahmen zur Begrenzung ihres Finanzbeitrags an die Kassen: 1975 und 1976 wurden die Bundessubventionen linear um 10% gekürzt, zur Kompensation wurde die "Franchise", d.h. Mindestselbstbeteiligung der Patienten, von 20 auf 30 Franken je Krankheitsfall erhöht (Sommer 1978: 534), 1978 fror der Bund seine Subventionen auf den Stand von 1976 ein, 1981 wurden diese Ansätze nochmals um 5% gekürzt und 1986 schließlich wieder auf den Stand von 1978 angehoben²³.

Die parallelen Verhandlungen um eine Teilrevision erwiesen sich ebenso zäh wie die vorangegangenen um die Totalrevision. Dem umstrittenen Vorschlag einer Expertenkommission (1977)²⁴ folgte 1981 der Entwurf der Bundesregierung zum "Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetz" (KMVG). Im Zentrum stand die Finanzierung eines Leistungsausbaus über die Verdoppelung der Selbstbeteiligung²⁵. Die Bundessubventionen sollten nur noch fallweise alle drei Jahre angepaßt werden. Demgegenüber wurde den Kassen eine verbesserte Kontrolle des ärztli-

-
- 21 Sie sollte finanziert werden durch Lohnprozente und Staatssubventionen (Sommer 1978: 480).
 - 22 Die Gesamtausgaben des Bundes betrugen 1966: 5.733 Mio. und 1976: 15.997 Mio. SF, die Bundessubventionen beliefen sich 1966 auf 193 Mio. und 1976 auf 795 Mio. SF (BSV 1989a: Tabelle B.6; Eidgenössische Finanzverwaltung 1989: 2). Der Anteil der Bundessubventionen an den Ausgaben des Bundes stieg damit in 10 Jahren von 3,3% auf 5%.
 - 23 Sommer (1987: 46). Ich danke Andreas Frei vom SKI für seine klärenden Erläuterungen zu diesem Punkt.
 - 24 Vorgesehen waren wiederum Versicherungspflicht und Leistungsausbau (Häfliger 1983: 91).
 - 25 Der vorgesehene Ausbau der Pflichtleistungen umfaßte die stationäre Versorgung (zeitlich unbegrenzt), die Hauskrankenpflege, Vorsorgeuntersuchungen und die Mutterschaftskosten. 20% Selbstbeteiligung und höhere Franchise sollten dem auf der Einnahmeseite der Kassen gegenüberstehen. Für die Zahnbehandlung sollten die Kassen eine Zusatzversicherung anbieten können (Häfliger 1983).

chen Verschreibungs- und Verweisungsverhalten eingeräumt. Eine Pflichtversicherung war allein für den Bereich des Krankengeldes vorgesehen (Häfli 1983, Sommer 1987: 83/84). Von diesem Entwurf blieb nach heftigen Auseinandersetzungen allein der reduzierte Plan eines "Sofortprogrammes" übrig, der im März 1987 von beiden Kammern gebilligt wurde²⁶. Es trug nun doch der Forderung der Kassen Rechnung, die Bundes-subventionen an die Kostenentwicklung zu koppeln. Die strittige obligatorische Krankengeldversicherung wurde fallengelassen. Statt dessen sollte ein Mutterschafts-Taggeld zugunsten berufstätiger und nicht-berufstätiger Mütter eingeführt werden, finanziert aus allgemeinen, lohnprozentualen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen (Schuler/ Frei 1987; Müller 1987). Dieser letzte Punkt war jedoch Anlaß für den Schweizerischen Gewerbeverband, ein Referendum zu initiieren. Am 6. Dezember 1987 wurde das Sofortprogramm in der Volksabstimmung abgelehnt.

Damit blieb es in der fast 90jährigen Geschichte des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes bei nur einer einzigen Partialreform, obwohl die Diskussion um die "Kostenexplosion" in der Schweiz erheblich früher als in der Bundesrepublik eingesetzt hatte²⁷. Während die bundesdeutsche Diskussion bald eine Reihe von Reformgesetzen nach sich zog (Webber 1988, 1989), blieb das schweizerische Krankenversicherungsgesetz auf dem Stand von 1964. Die unterschiedlichen Interessen, die mit den Reformthemen Versicherungspflicht, Arbeitgeberbeiträge, Leistungsausbau und Kostenkontrolle gekoppelt waren, haben zu stets neuen Konflikten geführt, die spätestens in einer Volksabstimmung zum Scheitern des jeweils neuen Reformprojektes Anlaß gaben. Unverändert blieb damit auch die grundlegende Organisationsstruktur des schweizerischen Gesundheitssystems, wie sie im folgenden beschrieben wird.

3. Die Organisationsstruktur im Überblick

Die Organisation des schweizerischen Gesundheitssystems ruht auf den Schultern vieler Träger, die untereinander über verschiedene Funktionszu-

26 Danach blieb es weitgehend bei dem vorgesehenen Ausbau der Pflichtleistungen, ebenso bei der Heraufsetzung der Eigenbeteiligung.

27 Der Begriff taucht in der politischen Diskussion in der Schweiz ca. 1966, in der Bundesrepublik erst um 1974 auf.

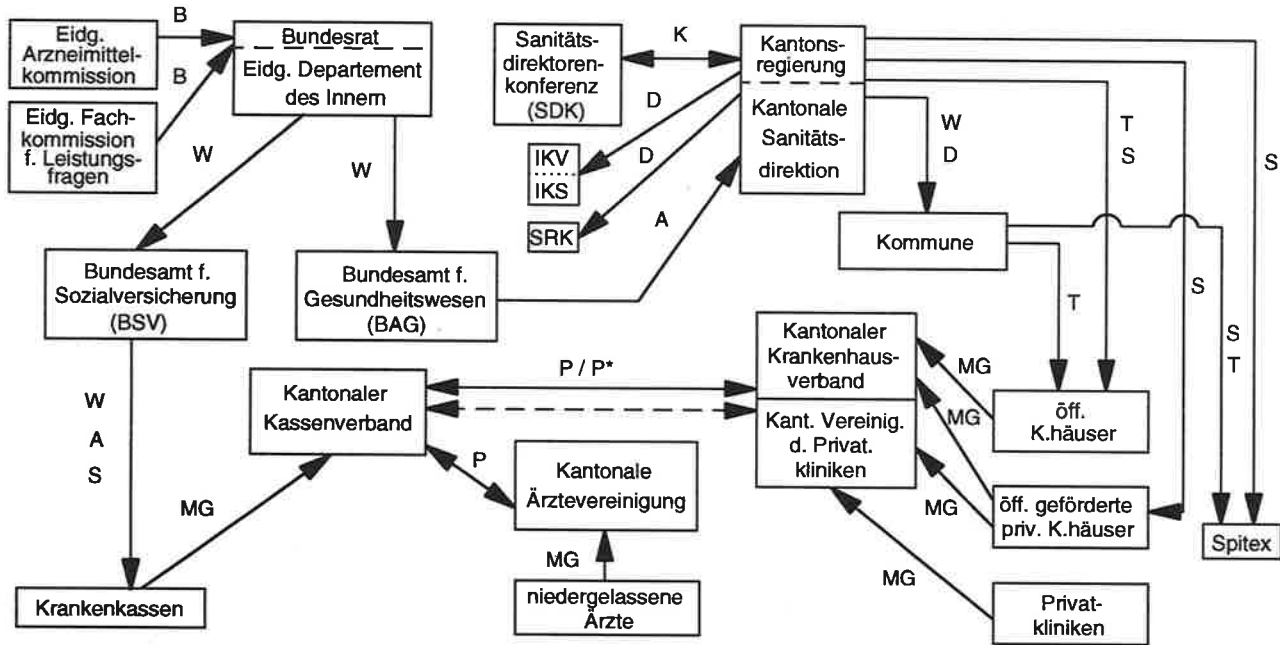
sammenhänge verbunden sind. Fünf solcher Funktionszusammenhänge sollen hier unterschieden werden, um den Gesamtaufbau der Organisation in seinen Grundzügen zu skizzieren (siehe Abbildung 2.1).

Ein erster Funktionszusammenhang konstituiert sich durch die bundespolitische Aufgabe, die gesetzlichen Grundlagen für die Arbeit der Krankenkassen zu schaffen. Über diese Funktion stehen der **Bund** und die **Krankenkassen** in unmittelbarer Beziehung miteinander, und diese Beziehung schließt das **Innenministerium** und das ihm unterstellte "**Bundesamt für Sozialversicherung**" (BSV) mit ein. Die schweizerische Bundesversammlung (National- und Ständerat) legt dabei per Gesetz und die Bundesregierung per Ausführungsverordnungen fest, welche Anforderungen von den Krankenkassen erfüllt werden müssen, um als anerkannte Krankenkassen registriert zu werden. Zudem entscheidet die Regierung über die Höhe der Krankenkassensubventionen und über die Leistungspflicht der Kassen. Bei den Fragen der Leistungspflicht im medizinischen und im Arzneimittelbereich stehen der Regierung zwei Fachkommissionen beratend zur Seite: Die "**Eidgenössische Arzneimittelkommission**" und die "**Eidgenössische Fachkommission für Leistungsfragen**". Für den Vollzug ihrer Entscheidungen bedient sich die Bundesregierung des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV), das als autonome Behörde dem Innenminister untersteht, die Registrierung der Kassen abwickelt, ihre laufenden Geschäfte beaufsichtigt und die Subventionen an die anerkannten Kassen verteilt. In zentralen Grundsatzfragen entscheidet der Innenminister selbst, beispielsweise wenn die Anerkennung neuer Leistungen als Pflichtleistungen zwischen Kassen und Ärzten bzw. Versicherten umstritten ist.

Ein zweiter Funktionszusammenhang bildet sich zwischen dem **Bund**, den **Kantonen** und den **Kommunen** über die Kompetenz des Bundes im öffentlichen Gesundheitswesen. Der Bund beschließt hier für bestimmte Bereiche die Rahmengesetze, und die Kantone ergänzen sie durch eigene Ausführungsgesetze. Der Gesetzesvollzug ist allein Sache der kantonalen und kommunalen Behörden, die dabei aber der Aufsicht des Bundes unterstehen, welche vom "**Bundesamt für das Gesundheitswesen**" (BAG) ausgeübt wird.

Die Regulierungskompetenz der **Kantone** in allen anderen gesundheitspolitischen Feldern steht im Zentrum der folgenden Funktionszusammenhänge. Ein derartiger Zusammenhang erwächst zunächst zwischen den Kantonen aus dem Bedarf nach interkantonalen Abstimmung. In zwei Bereichen hat die Notwendigkeit eines einheitlichen Vorgehens dazu

Abbildung 2.1: Die Organisation des schweizerischen Gesundheitssystems



A - Aufsicht
 B - Beratung
 D - Delegation v. Kompetenzen
 K - Koordination
 MG - Mitgliedschaft

P - Preisverhandlungen
 * auch mit einzelnen K.häusern
 S - Subventionen
 T - Trägerschaft
 W - Weisungsbefugnis

IKV - Interkantonale Vereinigung für die Kontrolle der Heilmittel
 IKS - Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel
 SRK - Schweizerisches Rotes Kreuz

geführt, daß kantonale Kompetenzen an interkantonal arbeitende Organisationen delegiert worden sind. So wurde die Aufgabe der Arzneimittelzulassung und -kontrolle an die "**Interkantonale Vereinigung für die Kontrolle der Heilmittel**" (IKV) übertragen, der die "**Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel**" (IKS) zur Durchführung der laufenden Arbeiten untersteht. Die Regelung der Ausbildung und die Anerkennung von Abschlüssen in bestimmten pflegerischen, medizintechnischen und -therapeutischen Berufen wurde demgegenüber von den Kantonen an eine private Organisation übertragen, und zwar an das "**Schweizerische Rote Kreuz**" (SRK). In dessen Zuständigkeit fällt die Aufgabe, vergleichbare Ausbildungs- und Prüfungsbedingungen zu schaffen und für die gesamtschweizerische Anerkennung von Berufsabschlüssen in den bezeichneten Ausbildungsgängen Sorge zu tragen. In den übrigen Bereichen der kantonalen Gesundheitspolitik bildet die "**Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz**" (SDK) das Forum, in dem sich die kantonalen "Gesundheitsminister" in regelmäßigen Abständen treffen, um über gemeinsame Stellungnahmen und Empfehlungen auf eine Harmonisierung ihrer Gesundheitspolitiken hinzuwirken.

Die kantonale Krankenhauspolitik steht im Zentrum eines vierten Funktionszusammenhangs, der sich rein auf der innerkantonalen Ebene konstituiert. Grundsätzlich besteht in der Schweiz auch für **Krankenhäuser** die Niederlassungs- und Gewerbefreiheit, so daß private Initiativen zur Eröffnung von Kliniken keiner speziellen kantonalen Beschränkung unterliegen. Unter direktem Einfluß der **Kantone** stehen jedoch sowohl die öffentlichen Krankenhäuser als auch die öffentlich subventionierten privaten Kliniken. Über Trägerschaft und Subventionierung sind sie einerseits eingebunden in die kantonale Krankenhausplanung. Andererseits wird ihr Spielraum bei den Preisverhandlungen mit den Kassen entscheidend durch die Subventionen des jeweiligen Kantons bestimmt. Allein die nicht subventionierten Privatkliniken bleiben hiervon unberührt. Ergänzend zur stationären Versorgung ist es Aufgabe der Kommunen dafür Vorsorge zu treffen, daß Kranke auch zu Hause professionelle pflegerische Unterstützung finden können. In diesem Bereich der "**spitalexternen Krankenpflege**" (Spitex) haben die Kommunen ihre Kompetenzen allerdings nicht selten an private Vereine delegiert, so daß eine Vielzahl unterschiedlicher Trägerorganisationen auch hier tätig ist. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird der "Spitex" eine zunehmend größere Bedeutung beigemessen, doch das Angebot und die Finanzierungsmög-

lichkeiten bleiben derzeit noch weit hinter diesem theoretischen Bedeutungsgewinn zurück.

Ein letzter, für das Gesundheitssystem aber zentraler Funktionszusammenhang wird durch die Preisverhandlungen für den ambulanten und stationären Bereich hergestellt. Diese Verhandlungen finden auf kantonaler Ebene statt, und die Hauptakteure sind hier infolgedessen die kantonalen Verbände von Bezahlern und Leistungserbringern, d.h. der jeweilige *kantonale Krankenkassenverband*, die *kantonale Ärztevereinigung* und der *kantonale Krankenhausverband*²⁸. Bei den Preisverhandlungen im stationären Bereich erscheinen neben dem Krankenhausverband auch die einzelnen großen Krankenhäuser, die direkt mit dem Kassenverband ihre Pflegesätze aushandeln. Eine direkte Beziehung entsteht derzeit zudem zwischen den jeweiligen Kassenverbänden und den Privatkrankenhäusern. Bislang wurden die Preise für Privatpatienten einseitig von den Krankenhäusern festgelegt. In letzter Zeit haben sich jedoch die Krankenkassen als Anbieter auch privater Zusatzversicherungen und die Organisationen der privaten Kliniken darauf geeinigt, auch hier Tarifempfehlungen auszusprechen, um die Kostenentwicklung in diesem Bereich kalkulierbar zu machen.

Dieser Überblick zeigt, daß der Organisationsaufbau des schweizerischen Gesundheitssystems weit entfernt ist von einer hierarchisch gegliederten Zentralverwaltung. Föderalismus und Subsidiarität als Merkmale des politischen Systems der Schweiz kennzeichnen auch den Organisationsaufbau im Gesundheitssystem. Die ausgeprägte föderalistische Komponente zeigt sich in den umfassenderen Kompetenzen der Kantone, die erkennbar über die gesundheitspolitischen Kompetenzen der deutschen Bundesländer hinausgehen. Der Subsidiaritätsgedanke findet ähnlich wie in der Bundesrepublik seinen Niederschlag darin, daß die Preisbildung der Selbstverwaltung anvertraut worden ist, wobei Träger der Selbstverwaltung hier im Unterschied zur Bundesrepublik keine öffentlich-rechtlichen, sondern ausschließlich privatrechtliche Vereinigungen sind.

28 Vom Regelfall der kantonalen Preis- bzw. Vergütungsverhandlungen können die kantonalen Kassenverbände abweichen, indem sie ihrem Dachverband, dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, eine Verhandlungsvollmacht erteilen. Auf dieser Basis werden die Vergütungen für Chiropraktoren, Apotheker, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten auf nationaler Ebene ausgehandelt.

4. Finanzierung der Krankenkassen

Wie oben gezeigt, kennt das schweizerische Gesundheitssystem drei zentrale Finanzierungsquellen, die ca. zu je einem Drittel die Kosten des Gesundheitssystems tragen: die Sozialversicherung, der Staat und die Privaten. Unter den Sozialversicherungen sind es die anerkannten Krankenkassen, die mit über 90% die Hauptlast der Ausgaben für das Gesundheitswesen tragen²⁹. Ihre Belastung wird zudem dadurch gesteigert, daß sich Bund und Kantone der finanziellen Verantwortung für die steigenden Gesundheitsausgaben entziehen und den "schwarzen Peter" bei der Finanzmittelbeschaffung den Kassen zuschieben. Um zu beurteilen, welche Konsequenzen damit verbunden sind, wird im folgenden die Finanzierungsweise der Kassen selbst genauer untersucht.

4.1 Krankenkassenbeiträge und Subventionen

Jedes Mitglied einer anerkannten Krankenkasse muß einen bestimmten monatlichen Pro-Kopf-Beitrag für seine Krankenversicherung entrichten. Die Höhe des Beitrags hängt ab von Eintrittsalter und Geschlecht. Die einzelne Krankenkasse kann zudem Regionalklassen nach Art der Kraftfahrzeugversicherer bilden und, je nach den regionalen Kostenunterschieden, die Beiträge für gleiche Versichertengruppen regional abstufen. Eine Familienversicherung gibt es nicht, d.h. ein Beitrag fällt für jedes einzelne Familienmitglied an, und zwar unabhängig von der Höhe des Familieneinkommens. Kinder bis zu 15 Jahren bilden allerdings eine spezielle Prämiengruppe, deren Beiträge besonders niedrig gehalten werden. Für die Versicherung von Frauen dürfen die Kassen seit der Revision von 1964 einen maximal 10% höheren Prämiensatz berechnen als für Männer der gleichen Altersgruppe³⁰. Männer und Frauen werden dabei nicht nach

29 Der Finanzierungsanteil der Krankenkassen am gesamten Finanzierungsaufwand der Sozialversicherungsträger beläuft sich auf 91,3%. Diese Zahl ergibt sich aus der Aufschlüsselung nach Direktzahlern bei Gygi/ Frei (1988: 69, 94). Die an dieser Stelle aufgeführten Finanzierungsanteile weichen allerdings von denen in Tabelle 2.2 ab, da bei der Direktfinanzierung die staatlichen Subventionen als Eigenmittel der Sozialversicherungen aufgeführt werden. Der Finanzierungsanteil der Sozialversicherungen liegt dadurch 1986 mit 41,5% (Kassen: 37,9%, MV/IV/SUVA: 3,6%) deutlich über dem in Tabelle 2.2 ausgewiesenen Anteil.

30 Dem stehen Mehrausgaben für die Gruppe der Frauen von ca. 50% im Vergleich zu den gleichaltrigen Männern gegenüber. Zur Kritik an dieser, allein auf die aktuellen

ihrem aktuellen Alter eingestuft, sondern nach dem Alter zum Zeitpunkt ihres Beitritts in die Krankenkasse. D.h. ein sechzigjähriger Mann, der im Alter von zwanzig Jahren Mitglied seiner Kasse geworden ist, zahlt heute den gleichen Prämiensatz wie ein neu eintretender Zwanzigjähriger.

Werden somit die Beiträge der anerkannten Krankenkassen zwar ähnlich wie die Prämien der privaten Krankenversicherer zunächst auf der Grundlage einer "Kostenäquivalenz" kalkuliert, so wird diese in einem zweiten Schritt nach sozialen Gesichtspunkten korrigiert zugunsten von Kindern, Frauen und älteren Versicherten. Damit verbunden ist eine Einkommensumverteilung zugunsten dieser Gruppen innerhalb ein und derselben Krankenkasse. Zudem bleibt den Kassen ein Ermessensspielraum bei der Kalkulation "sozialer Prämien" für Familienangehörige und einkommensschwache Versicherte (Art. 21 VO V), deren günstigere Prämien dann durch den Solidarbeitrag der übrigen Versicherten ausgeglichen werden muß. Hierin zeigt sich eine der Komponenten der "sozialen Krankenversicherung", die dennoch nicht vermeidet, daß Familien finanziell stärker belastet werden als Alleinstehende.

Die "horizontale Solidarität" (Gilliand 1989: 28/29) zwischen Männern und Frauen und zwischen den Altersgruppen wird nun durch staatliche Subventionen unterstützt. Sie sollen dazu beitragen, das allgemeine Prämienniveau in einem sozial tragbaren Rahmen zu halten und die "sozialen Hypotheken", die erhöhten Kosten schlechter Risiken, nicht allein den guten Risiken aufzubürden. Das heute noch geltende Krankenversicherungsgesetz von 1964 sieht eine prozentuale Beteiligung des Bundes an den Kosten der "Krankenpflegeversicherung" in Höhe von 10% für Männer, 35% für Frauen und 30% für Kinder vor. "Krankenpflege" im Sinne der schweizerischen Krankenpflegeversicherung umfaßt dabei sowohl die Leistungen in der ambulanten wie auch stationären medizinischen Versorgung. Zusätzliche Bundesbeiträge erhalten die Kassen außerdem für die Leistungen im Zusammenhang mit einer Geburt³¹, für die

Kosten rekurrerenden Begründung der Prämiendifferenz zwischen Männern und Frauen vgl. Leutenegger Oberholzer (1989: 3/4) und Gilliland (1989: 26). U.a. weisen sie darauf hin, daß Krankheitskosten infolge eines Unfalls bei den berufstätigen Männern i.d.R. von der Unfallversicherung getragen werden, daß zudem Frauen mit der längeren Lebenserwartung Familienmitglieder und Ehemänner pflegen und so Kosten sparen helfen, sie selbst aber bei Krankheit vor allem im Alter auf die außerfamiliäre Pflege angewiesen sind, die dann oft zu Lasten der Krankenkasse geht.

31 Der Zuschlag für die Krankenpflegekosten bei einer Geburt soll 40% der im Landesmittel errechneten spezifischen Kosten des Vorjahres betragen. Mit einer Pauschale von

Behandlung von Tuberkulosekranken und Invaliden sowie für die Einwohner von Berggebieten.

Tabelle 2.3: Entwicklung der Bundesbeiträge 1966-1987

Jahr	Krankenpflegekosten (KPK) je Versicherten in SF/Jahr			Bundesbeiträge je Versicherten pro Jahr ^a						
	Män- ner	Frau- en	Kin- der	Männer		Frauen		Kinder		
				in SF	in % vom KPK des Vorjahres	in SF	in % vom KPK des Vorjahres	in SF	in % vom KPK des Vorjahres	
1966	129,22	196,46	78,74							
1967				12,90	10,0	68,80	35,0	23,60	30,0	
1970	208,38	325,34	113,38							
1971				20,80	10,0	113,90	35,0	34,00	30,0	
1975	434,10	663,73	194,51							
1976				39,06	9,0	209,07	31,5	52,56	27,0	
1979	559,72	849,60	238,30							
1980				43,40	7,8	232,30	27,3	58,40	24,5	
1984	802,67	1.179,48	324,86							
1985				41,23	5,1	220,69	18,7	55,48	17,1	
1986	921,01	1.349,41	368,96							
1987				43,40	4,7	232,30	17,2	58,40	15,8	

^a Nicht aufgeführt sind hier die Subventionen des Bundes in Form von Bergzuschlägen und von Zuschlägen für Wochenbett und Stillgeld, Tbc und für die Pflege Invaliden.

Quelle: BSV (1989a; 1989b)

Die Beiträge des Bundes zur Krankenpflegeversicherung sollen sich nun nach den durchschnittlichen Kosten des Vorjahres richten (Art. 35 KUVG). D.h., die Krankenversicherung der Männer im Jahre 1967 sollte mit einem Betrag in Höhe von 10% der Ausgaben subventioniert werden,

je 50,- SF werden das Krankengeld für die Zeit des Wochenbetts und das Stillgeld subventioniert.

die 1966 für die medizinische Versorgung von Männern angefallen sind. Tabelle 2.3 zeigt die tatsächliche Entwicklung der Bundesbeiträge bis 1987. Danach stimmten die Zuschüsse des Bundes für die Krankenpflegeversicherung von Männern, Frauen und Kindern bis 1971 mit den Quoten überein, die das Gesetz von 1964 vorsieht. Als sich jedoch im Zuge des Wirtschaftseinbruchs von 1974 die Lage der öffentlichen Haushalte verschlechterte, wurden die Ansätze für die Bundessubventionen dreimal hintereinander gekürzt: 1975, 1978 und 1981³². Entsprechend sank der Anteil der Bundessubventionen an den Einnahmen der Krankenkassen zwischen 1977 und 1987 von 17,2% auf 9,9% (siehe Tabelle 2.4), und die Beitragsquoten des Bundes in der Krankenpflegeversicherung von Männern, Frauen und Kindern schrumpften auf nahezu die Hälfte der ursprünglichen Ansätze (siehe Tabelle 2.3).

Allerdings überzeichnen die vorliegenden Zahlen den Rückgang der Bundessubventionen. Denn die Zeitreihen über die Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen in der Pflegeversicherung umfassen nicht nur die Grundversicherung, sondern auch die Zahlungen in der privaten Zusatzversicherung. Letztere wird auch von den anerkannten Krankenkassen angeboten und erfährt seit Mitte der 1970er Jahre eine zunehmende Verbreitung. Ca. 1/7 der Einnahmen in der Pflegeversicherung stammen derzeit aus der Zusatzversicherung (Interview Nr. 2). Die Subventionen des Bundes gelten jedoch nur den Kosten in der Grundversicherung, und nur sie dürften zugrunde gelegt werden, um die Beitragsquote des Bundes zu ermitteln. Eine solche Differenzierung der Ausgaben ist derzeit jedoch nicht möglich. An der grundlegenden Tendenz sinkender Anteile der Bundessubventionen würden allerdings die so bereinigten Werte nichts ändern.

Reduziert hat sich im gleichen Zeitraum auch der Anteil der kantonalen Zuschüsse an den Einnahmen der Krankenkassen, wenn auch in sehr viel geringerem Maße (siehe Tabelle 2.4). Die Zuschüsse der Kantone knüpfen an sehr unterschiedliche Voraussetzungen an und verfolgen un-

32 Vgl. Abschnitt A.2.3. Reduziert wurden ebenfalls die Zuschläge des Bundes für die Krankenpflegekosten von Invaliden von 75% im Jahre 1974 auf 37,6% im Jahre 1985 (Müller 1987: 7). Der Anteil der Krankenkassensubventionen an den Gesamtausgaben des Bundes stieg zunächst noch weiter an auf 5,5% (1977 und 1978). Ab 1979 ging er dann kontinuierlich zurück bis auf 3,8% im Jahre 1986. Die 1986 beschlossene Anhebung der Subventionen ließ deren Ausgabenanteil wieder auf 4,1% (1987) ansteigen (berechnet nach BSV 1989a: Tabelle B.6 und Eidgenössische Finanzverwaltung 1989: 2). Zur wirtschaftlichen Entwicklung der Schweiz in diesem Zeitraum vgl. Würgler u.a. (1988: 221).

Tabelle 2.4: Entwicklung der Krankenkasseneinnahmen (in Prozent) nach den wichtigsten Finanzierungsträgern

Jahr	Aufwendungen der Versicherten			Beiträge der öffentlichen Hand	
	Beiträge der Versicherten	Prämienermäßigungen ^a	Kostenbeteiligung	Bund	Kantone
1966	68,3	...	6,6	15,6	4,0
1970	66,5	...	6,0	17,6	4,5
1975	67,7	...	5,7	16,6	5,3
1976	67,0	...	6,4	17,1	5,3
1977	67,1	...	6,4	17,2	5,2
1978	67,7	...	6,5	16,8	4,8
1979	67,6	...	6,5	16,5	5,0
1980	67,8	...	6,6	15,9	4,8
1981	69,4	...	6,7	14,4	4,7
1982	71,0	...	6,5	13,3	4,7
1983	73,3	...	6,3	12,0	4,5
1984	75,1	...	5,9	11,1	4,3
1985	77,1	-1,3	5,7	10,1	4,6
1986	77,3	-2,2	5,9	10,3	4,6
1987	77,6	-2,4	6,7	9,9	4,6
1988	77,6	-2,8	7,3	9,6	4,6

a Die Prämienermäßigungen der Kantone und Gemeinden wurden erst ab 1985 separat erhoben (1985 teilweise). Vorher wurden sie mit den Beiträgen der Versicherten verrechnet.

Quelle: BSV (1989b)

terschiedliche Zielsetzungen (vgl. KSK 1989b). Im Vordergrund steht bei der großen Mehrzahl der Kantone das Ziel, die Kassenbeiträge für Einkommensschwache und Kinderreiche zu senken. In einigen Kantonen (Basel-Stadt, Neuenburg, Waadt) sind die Zuschüsse dabei nach Einkommensgruppen gestaffelt, so daß hier auf kantonaler Ebene eine Annäherung an eine einkommensabhängige Prämiengestaltung erzielt wird. In anderen Kantonen dienen die Beiträge lediglich einer allgemeinen Prämienreduktion und sind nicht selten an die Bundeszuschüsse gekoppelt³³.

33 Die kantonalen Zuschüsse werden dabei teils als Prozente der Bundeszuschüsse, teils als zusätzliche Pro-Kopf-Pauschale für Männer, Frauen und Kinder gewährt. Im ersten Fall richten sich die Zuschüsse in einigen Kantonen ausdrücklich nach den Bundessubventionen, die vor 1974, d.h. vor deren Kürzung galten.

Wieder andere Kantone sehen spezielle Zuschüsse für die Niederkunft, für Kinder oder Betagte oder gar für die Kassenverwaltung vor³⁴.

Ist bereits durch die Beitragsstruktur der Kassen eine nahezu unüberschaubare Prämienvielfalt gegeben, so wird dies durch die unterschiedlichen kantonalen Subventionsbestimmungen noch verstärkt. So kann es nicht verwundern, wenn es für die Schweiz keinen allgemeinen Überblick über die Prämienentwicklung bei den Krankenkassen gibt³⁵. Die Zusammenstellung der Beiträge dreier zentralisierter Kassen in drei verschiedenen Regionen veranschaulicht diese schwer zu überblickende Vielfalt (siehe Tabelle 2.5)³⁶.

Der Anstieg der Versicherungsbeiträge in den letzten Jahren kann somit nur geschätzt werden, und diese Schätzung liegt bei durchschnittlich 10% im Jahr. Je nach Kasse, Jahr und Region kann der konkrete Steigerungswert jedoch z.T. erheblich von diesem Durchschnittswert abweichen (Interviews Nr. 1 und 14). Statt auf die Beitragsentwicklung greift man in der Schweiz selbst auf die Kosten- bzw. Ausgabenentwicklung zurück, um die steigende Belastung der Haushalte durch die Krankenversicherung zu beschreiben. Vergleicht man die Ausgaben der Krankenkassen mit der Entwicklung bei den Konsumentenpreisen, den Löhnen und Gehältern, so lag der Anstieg der gesamten Krankenpflegekosten im Zeitraum von 1966-1988 um mehr als das Doppelte über dem Anstieg der Löhne und Gehälter (siehe Abbildung 2.2)³⁷.

In dieser Situation zielt die Forderung der Kassen vor allem auf eine Steigerung der Bundessubventionen ab. Zu diesem Zweck haben sie eine Verfassungsinitiative eingereicht, bei deren Annahme der Bund verpflichtet wird, bis zum Inkrafttreten eines Reformgesetzes die Kassen wieder

34 Zudem schreiben einige Kantone Zuschüsse durch die Gemeinden vor, die jedoch nie einen Anteil von 1% der Kasseneinnahmen überschritten haben und derzeit nur 0,4% ausmachen (BSV 1989b).

35 Versuche, zur besseren Markttransparenz einen Überblick über das Angebot in der Krankenversicherung aufzustellen, sind bisher an dieser Unübersichtlichkeit und den Unterschieden im Leistungsangebot gescheitert (Interview Nr. 1).

36 Mit der Auswahl der drei Städte wurde je eine Region mit einem günstigen (Frauenfeld/ Thurgau), einem mittleren (La Chaux-de-Fonds/ Neuenburg bzw. Neuchâtel) und einem hohen Beitragsniveau (Lausanne/ Waadt bzw. Vaud) erfaßt.

37 Die Kostengrößen geben aber, wie oben bereits ausgeführt, nicht nur die Ausgaben in der Grundversicherung wieder und liegen daher tendenziell zu hoch. Außerdem liegen die Beitragssteigerungen für die Versicherten tendenziell über den Kostensteigerungen der Kassen, und zwar primär infolge der relativ sinkenden Bundessubventionen, aber auch infolge der Vorschrift, daß die Kassen bei Ausgabensteigerung ihre Sicherheitsfonds aufstocken müssen.

Tabelle 2.5: Die Versicherungsbeiträge ausgewählter Krankenkassen in unterschiedlichen Regionen (je Monat)

Ort / Kasse	Versicherte	Bestehende Beitragstarife			
		Altersgruppe ^a 26-30 J.		Altersgruppe ^a 66+ J.	
		SF	%	SF	%
<i>Frauenfeld</i>					
Kasse A	Mann	68,10	100	204,30	300
	Frau	74,90	100	224,70	300
Kasse B	Mann	68,00	100	195,00	287
	Frau	74,20	100	213,60	288
Kasse C	Mann	88,60	100	217,90	246
	Frau	97,40	100	239,60	246
<i>La Chaux-de-Fonds</i>					
Kasse A	Mann/Frau	108,40	100	325,20	300
Kasse B	Mann/Frau	121,00	100	354,00	293
Kasse C	Mann/Frau	119,40	100	293,70	246
<i>Lausanne</i>					
Kasse A	Mann	145,10	100	435,30	300
	Frau	159,60	100	478,80	300
Kasse B	Mann	145,00	100	408,00	281
	Frau	157,70	100	446,10	283
Kasse C	Mann	142,20	100	349,80	246
	Frau	156,30	100	384,70	246

^a maßgeblich ist das Eintrittsalter in die betreffende Kasse

Kasse A = Helvetia; Kasse B = Christlich-Soziale Versicherung der Schweiz (CSS);

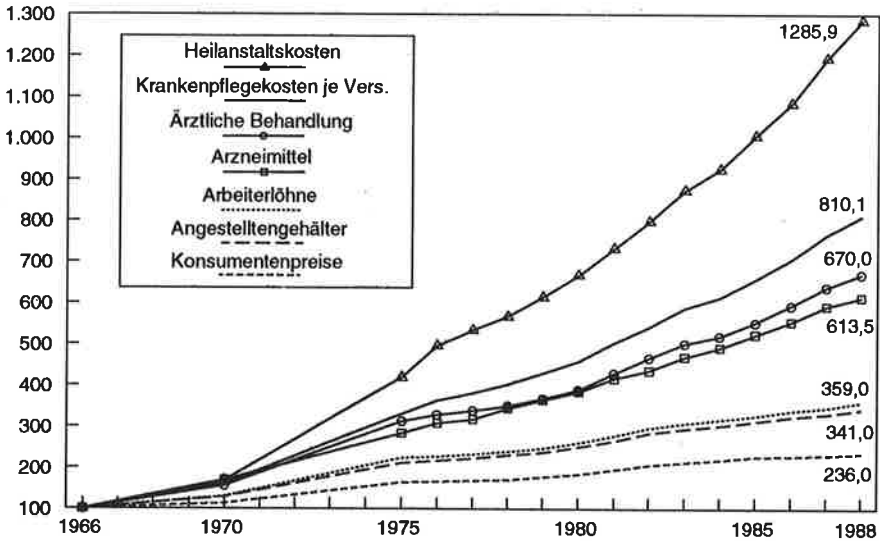
Kasse C = Grütli

Quelle: BSV (1990a)

auf der Grundlage der Bestimmungen von 1964 zu subventionieren. Damit wären sämtliche Kürzungen des Bundes rückgängig gemacht und die Subventionen erneut automatisch an die Ausgabenentwicklung der Kassen gekoppelt, und zwar in voller Höhe der 1964 gesetzlich festgelegten Pro-Kopf-Quoten. Nun könnten die Kassen bei Erfolg ihrer Initiative künftig zwar eine, gemessen an den Kosten, überproportionale Prämiensteigerung vermeiden. Die Kostenentwicklung selbst bliebe hiervon unberührt. Welche Maßnahmen der Bund aber in diesem Punkt ergreifen sollte, darüber enthält die Initiative keine klaren Aussagen. Sehr allgemein heißt es hier nur u.a., Bund und Kantone sollen auf die Gewährleistung einer "bedürf-

nisgerechte(n) Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Dienstleistungen im Rahmen der Kranken- und Unfallversicherung sowie deren wirtschaftlicher Durchführung" verpflichtet werden.

Abbildung 2.2: Entwicklung der indizierten Krankenpflegekosten im Vergleich zu den Konsumentenpreisen, Löhnen und Gehältern, 1966-1988



Quelle: BSV 1989 b 1966 = 100

Entsprechend stößt die Forderung der Kassen nach Wiederherstellung des alten Subventionsmodus auf Kritik. Man hält ihnen entgegen, daß das "Gießkannenprinzip" der Bundesbeiträge wenig effektiv sei, nichts zu einer Kostenbegrenzung beitrüge und sogar falsche Anreize schaffe. Die Kassen seien infolge der pauschalen Pro-Kopf-Subvention vor allem an einer Ausdehnung ihrer Mitgliederzahlen und sehr viel weniger daran interessiert, aktiv auf eine Kostendämpfung hinzuwirken (vgl. Wohnlich 1977: 137).

4.2 Selbstbeteiligung und private Zusatzversicherungen

Ein in allen untersuchten Gesundheitssystemen genutztes Ventil zur Entlastung enger Finanzierungsspielräume der öffentlichen (und "quasi-öffentlichen") Versicherungsträger ist die Selbstbeteiligung. In der Schweiz wurde sie bereits vor der ersten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes eingeführt und 1964 gesetzlich verankert (siehe Abschnitt A.2). Die Regelung sieht seitdem eine finanzielle Eigenbeteiligung der Patienten vor, die deutlich über den vergleichbaren Regelungen in der Bundesrepublik liegt. Relativ unbedeutend für den Versicherten ist die Krankenscheingebühr von 2,- SF, deutlich spürbar hingegen der vorgeschriebene "Selbstbehalt" in Höhe von 10% der Kosten im *ambulanten Bereich*. Dieser Selbstbehalt ist für die Versicherten über 21 Jahre nach unten begrenzt durch einen Mindestbetrag, die sogenannte "Franchise". Sie wird von der Bundesregierung per Verordnung gesondert festgelegt (Art. 14^{bis} KUVG) und ist damit leichter zu revidieren als das Krankenversicherungsgesetz selbst. Entsprechend war nach den gescheiterten Versuchen einer Gesetzesreform die Anhebung der Franchise die einzige Maßnahme der Regierung zur Linderung der Finanzierungsprobleme in den Krankenkassen. Bis 1987 betrug die Franchise 30,- SF pro "Fall"³⁸ und wurde dann auf 50,- SF heraufgesetzt³⁹. Allerdings können die Kassen statt einer *Fallfranchise* auch eine *Jahresfranchise* von 100,- SF für jeden Erwachsenen berechnen⁴⁰. Derzeit haben die Kassen noch die Wahl zwischen Fallfranchise und Jahresfranchise, und überwiegend kommt die traditionelle Fallfranchise zur Geltung. 1985 hatte der Bundesrat jedoch entschieden, die Jahresfranchise verbindlich vorzuschreiben, und bis zum 1.1.1991 sollten sich alle Kassen hierauf umgestellt haben. Gleichzeitig wurde den Kassen die Möglichkeit eingeräumt, ihren Mitgliedern Verträge anzubieten, bei denen höhere Jahresfranchisen mit günstigeren Versicherungsbei-

38 Vgl. Sommer/ Leu 1984: 15. Ein "Fall" ist definiert als eine Behandlung beim gleichen Arzt während der Dauer von drei Monaten. Mit einer Überweisung vom Allgemeinmediziner zum Facharzt entsteht im gleichen Quartal ein zweiter Fall, für den eine zweite Franchise von 50,- SF gesondert anfällt.

39 Für Versicherte in guten wirtschaftlichen Verhältnissen konnte zuvor ein Mindestbetrag von 50 SF erhoben werden, der 1987 auf 100 SF angehoben wurde (Arnold 1989: 24, 26; Art. 25 VO V).

40 bzw. 200 SF für Versicherte in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen (Art. 26^{bis} VO V).

trägen gekoppelt werden⁴¹. Die Selbstbeteiligung wird dabei auf eine jährliche Höchstsumme begrenzt, die das Fünffache der Jahresfranchise nicht übersteigen darf.

Mit dieser neuen Franchiseregulation folgte der Bundesrat weitgehend einer Empfehlung der "Nationalen Sparkonferenz". Die Sparkonferenz war 1982 für einen befristeten Zeitraum einberufen worden als schweizerische Variante der bundesdeutschen "Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen". In der Arbeitsgruppe 4⁴² plädierte sie für eine merklich höhere Selbstbeteiligung, die als eine Art Präventivpreis die Versicherten veranlassen sollte, die Kosten für geringfügigere Behandlungen selbst zu tragen⁴³. Auf seiten der Kassen selbst zeigt sich derzeit jedoch Skepsis, ob diese Kostenersparnis wirklich anfällt. Denn zunächst ist der Übergang zur Jahresfranchise von 100,- SF eher mit einem Einnahmeverlust verbunden⁴⁴. Ob dieser Verlust dadurch ausgeglichen wird, daß die Versicherten sich für höhere Franchisen entscheiden, muß dahingestellt bleiben und scheint für die französische Schweiz mit ihren vergleichsweise hohen Prämienätzen wahrscheinlicher als für die deutsche Schweiz. Zudem kommt der gesteigerte Verwaltungsaufwand der Kassen, die nunmehr die Kosten und Beiträge für jede der angebotenen Franchisegruppen getrennt kalkulieren müssen (Interviews Nr. 2 und 14)⁴⁵.

Unabhängig von der Franchiseregulation haben die Versicherten nun bei den Arzneimitteln stets 10% der Kosten zu tragen. Hingegen bleiben die Leistungen bei Mutterschaft und Tuberkulose, die Leistungen in der stationären Versorgung und bei Kuren von Selbstbehalt und Franchise

41 Die Franchisen können 300, 500 und 1.000 SF betragen bzw. 600, 1.000 und 1.500 SF für Versicherte in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen und 50, 100 und 150 SF für Minderjährige, die nunmehr in die Franchiseregulation einbezogen werden können (Art. 26^{ter} VO V). Die Beiträge sollten dann um 12%, 22%, oder 35% reduziert werden (Interview Nr. 2).

42 Thema der Arbeitsgruppe 4 war die "finanzielle Selbstverantwortung der Patienten und Ausgestaltung des Versicherungssystems" (Schenker 1986: 31-40).

43 Anhand der Zahlen der Krankenkasse Bern (KKB) wurde hier demonstriert, daß 20% der Erkrankten Kosten unter 100, 40% Kosten unter 250 und 60% Kosten unter 500 SF verursachten (Sommer/ Leu, 1984: 45).

44 Ein Arztbesuch in jedem Vierteljahr führt bei einer Fallfranchise von derzeit 50,- SF zu einer Mindestbeteiligung des Patienten in Höhe von 200,- SF, bei der Jahresfranchise hingegen zu 100,- SF. Dementsprechend fordern die Kassen eine Anhebung der Jahresfranchise auf 150,- SF (Interview Nr. 14).

45 Zur Kritik an dem Vorschlag der Sparkonferenz und einem alternativen Modell der dynamischen Franchise, entwickelt im Zusammenhang mit dem Nationalen Forschungsprogramm Nr. 8 über "Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen" siehe Sommer/ Leu (1984) und Sommer/ Gutzwiller (1986: 185-204).

ausgenommen. Dennoch gibt es auch bei der *stationären Versorgung* eine Selbstbeteiligung der Versicherten in Form der "Hotelkosten". Damit werden die Kosten bezeichnet, die das Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung in Rechnung stellt. Die Kasse übernimmt hiervon eine Pauschale von 9,- SF, den Rest hat der Patient zu bezahlen. Werden die Kosten nicht gesondert ausgewiesen, ist die Kasse nach einer Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts befugt, 12% der in Rechnung gestellten Tagespauschale für die "Hotelkosten" in Abzug zu bringen (Ebert 1987: 12). Diese Art der Selbstbeteiligung im stationären Bereich dürfte über der vergleichbaren Regelung in der Bundesrepublik liegen, welche seit 1991 mit einem Tagessatz von 10,- DM begrenzt auf 14 Tage einen Gesamtbetrag von 140,- DM nicht übersteigt⁴⁶. Tatsächlich aber wird der Umgang mit den Hotelkosten von einzelnen Kassen sehr unterschiedlich gehandhabt, und die meisten schweizerischen Krankenkassen verkaufen ihren Versicherten heute eine sogenannte "obligatorische Zusatzversicherung", die diese Kosten vollständig deckt (Interview Nr. 2). Der Anteil der Hotelkosten am Aufkommen aus der Selbstbeteiligung bleibt insgesamt gering.

Die Selbstbeteiligung erreichte 1988 mit 7,3% ihren höchsten Anteil an den Gesamteinnahmen der Krankenkassen⁴⁷. Würde man die Selbstbeteiligung allein auf die Einnahmen in der Grundversicherung beziehen, fiel ihr Anteil höher aus (die ausgewiesenen Einnahmezahlen fassen wiederum die Einnahmen aus der Grund- und Zusatzversicherung zusammen) (siehe Tabelle 2.4). Die Entwicklung der Kasseneinnahmen seit 1966 zeigt, daß die Anhebung der Franchise 1975 und 1987 einen deutlichen Zuwachs der Selbstbeteiligungsquote im jeweiligen Folgejahr bewirkte. Die Entwicklung nach 1975 zeigt aber auch, daß dieser einnahmesteigernde Effekt nach zehn Jahren seine Wirkung verloren hatte und die Quote der Selbstbeteiligung auf den Ausgangswert von 1975 sank. Angesichts des konstanten Selbstbehalts von 10% der ambulanten Kosten muß dieser relative Rückgang vor allen Dingen auf die überproportionalen

46 Zuvor waren es 5,- DM pro Tag und insgesamt maximal 70,- DM.

47 Eine tatsächliche Einnahme stellen sie nur dar, wenn die Krankenkasse die Leistungen direkt mit dem Arzt auf der Basis des "*tiers payant*" abrechnet und den Versicherten anschließend auffordert, seinen Anteil an die Kasse zu bezahlen. Beim Kostenerstattungsprinzip ("*tiers garant*") wird hingegen die Eigenbeteiligung des Patienten vor der Erstattung abgezogen, was faktisch nicht zu einer Einnahmesteigerung, sondern zu einer Ausgabensenkung führt.

Beitragssteigerungen in der Grundversicherung und die steigenden Einnahmen aus der privaten Zusatzversicherung zurückgeführt werden.

Eine private Zusatzversicherung kann man bei den anerkannten Krankenkassen für den Bereich der stationären Versorgung und für das Krankengeld abschließen. Der Selbstbehalt im ambulanten Bereich und die zahnärztliche Versorgung können hingegen nicht abgesichert werden. Für den stationären Bereich bieten die Krankenkassen drei Typen von Versicherungen an: die "Spitalkosten-Zusatzversicherung" zur Deckung der privat zu tragenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die "Spitalbehandlungskosten-Zusatzversicherung", welche die medizinische Behandlung in der Privatabteilung oder -klinik übernimmt, und schließlich die "Kombiversicherung", die alle Zusatzkosten deckt (Bandi 1982: 112/113). Derzeit verfügen ca. 40% der Bevölkerung über eine derartige Versicherung, wobei das Angebot der anerkannten Krankenkassen hier mit den Privatversicherern konkurriert (Interview Nr. 1).

5. Mitgliederkreis der Krankenkassen

Mit der staatlichen Subventionierung wurden die Krankenkassen verpflichtet, jeden antragstellenden Schweizer Bürger als Kassenmitglied zu akzeptieren (Kontrahierungszwang). Entsprechend muß eine Krankenkasse auch chronisch kranke Personen aufnehmen, hat jedoch die Möglichkeit, einen auf fünf Jahre begrenzten "Versicherungsvorbehalt" auszusprechen, der sie in dieser Zeit von der Leistungspflicht für die Krankheit entbindet. Für alle übrigen Krankheiten gilt jedoch der Versicherungsschutz mit dem Tag des Beitritts.

Staatlich subventionierte Beiträge und erleichterte Beitrittsbedingungen bewirkten seit dem Inkrafttreten des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) 1914 einen ständigen Anstieg der Versichertenzahlen. 1988 gehörten schließlich 99,3% der Bevölkerung, und damit nahezu alle Einwohner der Schweiz, der "sozialen Krankenversicherung" an⁴⁸ (siehe

48 Nach mündlicher Auskunft von Herrn Rutishauss, Abteilung Statistik des BSV, werden diese Werte vom BSV selbst als zu hoch angesehen, wobei noch unklar ist, wo Meßfehler zur künstlichen Aufstockung der Versichertenzahlen führen. Ueli Müller vom Konkordat der schweizerischen Krankenkassen schätzt, daß 98% der Bevölkerung bei einer anerkannten Krankenkasse, 1,5% bei einer Privatversicherung und ca. 0,5% gar nicht versichert sind.

Tabelle 2.6). Damit ist die Grundversicherung zum Monopol der anerkannten Krankenkassen geworden. Im Bereich der Krankengeldversicherung müssen die Krankenkassen sich den Markt jedoch mit den Privatversicherern teilen: Nur ca. 50% der Kassenmitglieder haben ihr Krankengeld bei einer anerkannten Krankenkasse versichert⁴⁹ (BSV 1990b: Tabelle A 1).

Tabelle 2.6: Anzahl der anerkannten Krankenkassen und Versicherungsdichte, 1914-1987

Jahr	Zahl der Kassen	Krankenpflege-versicherte ^a	Versicherungsdichte ^b
1914	453	...	...
1915	535	...	...
1920	946	...	...
1925	1.017	...	...
1930	1.148	...	...
1935	1.160	...	...
1940	1.147	...	...
1945	1.151	2.122.028	48,1
1950	1.154	2.574.399	54,8
1955	1.135	3.158.227	63,4
1960	1.088	3.888.386	72,5
1965	984	4.893.312	82,1
1970	815	5.603.263	88,9
1975	662	6.057.210	94,0
1980	555	6.206.832	96,8
1985	449	6.453.517	98,0
1986	432	6.514.603	98,3
1987	385	6.590.780	98,7
1988	369	6.674.553	99,3

a Die Pflegeversicherung umfaßt die ambulante und stationäre Versorgung

b Pflegeversicherte in % der Wohnbevölkerung

Quelle: BSV (1990b)

Ein Teil dieser Versicherten ist nun zwar nicht über ein bundesweites, wohl aber über ein kantonales oder kommunales Obligatorium pflichtversichert. Die Kantone haben von dem Ermessensspielraum, den ihnen das

49 1988 waren insgesamt 7.391.482 Personen bei den anerkannten Krankenkassen versichert, 6.674.553 (90,3%) hatten eine Krankenpflegeversicherung und 3.728.037 (50,1%) eine Krankengeldversicherung. Doppelte Versicherungsverhältnisse, insbesondere beim Krankengeld, führen dazu, daß die Gesamtzahl der Versicherungspolizen die der versicherten Personen übersteigt.

Krankenversicherungsgesetz von 1911 eingeräumt hat, in sehr unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht. Nur eine Minderheit von vier Kantonen sieht überhaupt kein Obligatorium vor (Aargau, Glarus, Niederwalden, Oberwalden, siehe Tabelle 2.7). In sechs anderen Kantonen wurde die Kompetenz zur Einführung des Obligatoriums an die Gemeinden bzw. Kreise delegiert, von diesen aber nicht immer in Anspruch genommen. Dort, wo eine kantonale oder kommunale Versicherungspflicht eingeführt worden ist, wurden meist nur bestimmte Bevölkerungsgruppen von ihr erfaßt, insbesondere Einkommensschwache⁵⁰ und ausländische Arbeitnehmer. Ein Vollobligatorium für alle Kantonseinwohner kannten bisher nur die drei Kantone Neuenburg, Freiburg und Tessin; der Kanton Basel-Stadt ist neuerdings als vierter Kanton hinzugekommen, nachdem sich in der Volksabstimmung vom 1. April 1990 eine Mehrheit für das allgemeine Versicherungsobligatorium ausgesprochen hat. In den Kantonen Jura und Solothurn sieht die Verfassung ebenfalls die Einführung eines Vollobligatoriums vor, ohne daß die hierzu notwendigen Ausführungsgesetze bisher verabschiedet worden sind.

Im Zusammenhang mit den derzeitigen Revisionsbestrebungen zum Krankenversicherungsgesetz ermittelte das BSV (1990c) die Zahl der Versicherungspflichtigen in der Schweiz über eine "Blitzumfrage" bei den Kantonsverwaltungen. Beschränkt auf die Krankenpflegeversicherung ergab sich ein Anteil von 32,6% der schweizerischen Wohnbevölkerung, der einem kantonalen oder kommunalen Versicherungsobligatorium untersteht. Dieser Anteil erhöht sich auf 35%, berücksichtigt man das in Basel-Stadt seit dem 1.4.90 geltende Vollobligatorium.

Im Vergleich zu den ca. 80% Pflichtversicherten in der Bundesrepublik Deutschland ist der ermittelte Anteil in der Schweiz sehr niedrig. Die Verbreitung des Obligatoriums auf kantonaler Ebene macht dennoch deutlich, daß die Widerstände hier eher zu überwinden sind als auf nationaler Ebene. Allerdings sind die bundespolitischen Pläne zur Einführung der Versicherungspflicht bislang auch daran gescheitert, daß sie gleichzeitig die lohnprozentuale Finanzierung über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge einführen wollten. Die kantonalen Obligatorien tasten die

50 Die Einkommensgrenze variiert dabei nicht unerheblich zwischen den Kantonen, wobei sie im Kanton Zug derzeit mit einem Jahreseinkommen von 20.000 Franken für eine Einzelperson am niedrigsten und im Kanton Genf mit einem entsprechenden Jahreseinkommen von 40.000 Franken am höchsten liegt (KSK 1989a). Hierin zeigen sich jedoch nicht allein unterschiedliche sozialpolitische Vorstellungen, sondern vor allem auch die kantonalen Einkommens- und Preisniveaunterschiede.

Tabelle 2.7: Versicherungsobligatorium in den Kantonen

	Obligatorium für besondere Bevölkerungsgruppen			Voll- obligatorium	kein Obligatorium
	Ausländer ^b	untere Einkom- mens- gruppe	Kinder	Schüler, Auszubil- dende	Wohn- bevölkerung insgesamt
Aargau					X
Appenzell (AI)	X	X			
Appenzell (AR)	X	X	X		
Basel-Land	X				
Basel-Stadt				X	
Bern ^a		(nur Biel)		X ^c	
Freiburg				X	
Genf		X		X	
Glarus					X
Graubünden ^a		(nur Chur)		(übr. Kreise)	(nur St. Moritz)
Jura				X ^d	
Luzern	X	X			
Neuenburg				X	
Nidwalden					X
Obwalden					X
St. Gallen	X	X			
Schaffhausen ^a				(nur Neuhausen)	X
Schwyz					X
Solothurn		X		X ^d	
Thurgau	X	X			
Tessin	X			X	
Uri ^a					X
Wallis			X		
Waadt				X	
Zürich ^a		(z.B. Zürich)			X
Zug		X			

a Delegation der Kompetenz zur Einführung eines Obligatoriums an die Gemeinden oder Kreise. Im Kanton Zürich darf dieses Obligatorium nur für die untere Einkommensgruppe geltend gemacht werden. Dies geschah in 3 kleineren und in 3 größeren Gemeinden, darunter Zürich.

b Ausländische Arbeitnehmer mit begrenzter Aufenthaltsdauer ohne festen Wohnsitz in der Schweiz

c Pflichtversicherung infolge der Verordnung über die Berufslehre

d Verfassungsbestimmung ohne bisheriges Ausführungsgesetz

Quellen: KSK (1989a); BSV (1990c)

herkömmliche Finanzierungsweise hingegen nicht an. Haben sich nun im Laufe der Jahre unterschiedliche Formen der Versicherungspflicht herausgebildet, so behinderten diese kantonalen Unterschiede zugleich die Einführung einer einheitlichen Bundeslösung, da jeder Kanton tendenziell an seiner Regelung festhalten wollte⁵¹.

In den letzten zehn Jahren zeigt sich auf kantonaler Ebene jedoch ein wenn auch noch schwacher Trend hin zur allgemeinen Versicherungspflicht. Die derzeit bestehenden Vollobligatorien wurden erst mit Beginn der 1980er Jahre eingeführt, zuerst im Kanton Neuenburg (Neuchâtel), zuletzt im Kanton Basel-Stadt⁵². Hierin schlägt sich nicht zuletzt auch eine Reaktion der Kantonsregierungen (und der Stimmbürger) auf eine Entwicklung nieder, die unter dem Stichwort "Entsolidarisierung in der sozialen Krankenversicherung" immer stärker in die Diskussion kommt.

Diese Entwicklung ist Ergebnis einer Krankenkassenpolitik, die bei der Rekrutierung neuer Kassenmitglieder zu einer zunehmenden Entmischung von guten und schlechten Risiken führt. Ausgelöst wird diese Politik durch den Wettbewerb der Kassen unter der Bedingung einer faktisch eingeschränkten Freizügigkeit für die älteren Versicherten und einer nur bedingt risikoausgleichenden Subventionierung durch den Bund⁵³. Die Subventionen werden an die Kassen unabhängig vom Alter ihrer Mitglieder gezahlt, doch die höheren Kosten fallen bei der Gruppe der älteren Versicherten an. Entsprechend können diejenigen Kassen günstigere Beitragssätze anbieten, die den höheren Anteil an jüngeren Mitgliedern aufweisen. Da nun aber die Beiträge mit dem Eintrittsalter

-
- 51 Frühere Bestrebungen zur Einführung eines Teilobligatoriums für Personen unterhalb einer bestimmten Mindesteinkommensgrenze veranschaulichen diese Schwierigkeiten (vgl. Biedermann 1955: 31/32). Um alle bis dahin bereits kantonal Pflichtversicherten zu erfassen, hätte die Einkommensgrenze relativ hoch angesetzt werden müssen. Die damit verbundene Ausdehnung des Konzeptes vom "Mindesteinkommen" stieß aber in Kantonen mit einem niedrigen Einkommens- und Preisniveau auf Widerstand.
- 52 In den gleichen Zeitraum fiel auch die Aufnahme der Verpflichtung zur Einführung des Vollobligatoriums in die Verfassungen der Kantone Jura und Solothurn (Interview Nr. 2).
- 53 Formal ist die Freizügigkeit für alle Mitglieder an gleiche Voraussetzungen gebunden. Ein Zwang zur vorbehaltlosen Aufnahme neuer Mitglieder besteht für die Kassen bei Wohnorts- oder Berufswechsel sowie wenn die Stammkasse des Mitglieds aufgelöst worden ist. Die Prämie des neuen Mitglieds richtet sich allerdings nach seinem aktuellen Eintrittsalter. Kein Freizügigkeitsanspruch besteht bei einem Kassenwechsel aus Kostengründen (vgl. Sommer 1987: 55), doch werden jüngere, günstigere Risiken i.d.R. von einer neuen Kasse bereitwillig aufgenommen.

zunehmend steigen, ist es für die Versicherten ab einer bestimmten Altersstufe (ca. ab 40 Jahre) ökonomisch von Nachteil, in eine andere Kasse zu wechseln, auch wenn deren durchschnittlicher Beitragssatz geringer sein sollte. Anders sieht es bei den jüngeren Kassenmitgliedern aus, für die ein Wechsel durchaus attraktiv ist. So wandern sie ab, und es beginnt der Teufelskreis aus Abwanderung guter Risiken, höheren Beiträgen für die Verbleibenden und weiterer Abwanderung. Seine Opfer sind die verbleibenden schlechten Risiken, die Alten und chronisch Kranken. Wenn ihre Rumpfkasse allein nicht mehr überlebensfähig ist, wird sie einer der großen Kassen durch Fusion angegliedert. Die Mitglieder der alten Kasse gehen in die neue Kasse über, doch ihre Versicherungsprämie richtet sich nun prinzipiell nach dem aktuellen Alter⁵⁴. D.h., die jüngeren Mitglieder der neuen Kassen zahlen nicht mehr den vollen Solidarbeitrag an die älteren.

Ein anderer Weg der Separierung guter und schlechter Risiken ist das Instrument des **Kollektivvertrags**. Ursprünglich gedacht als neutrales Instrument zur kollektiven Absicherung für solche Personengruppen, denen gegenüber ein Arbeitgeber, eine Organisation, Behörde oder sonstige Institution in einem besonderen Fürsorgeverhältnis steht⁵⁵, wurde dieses Instrument in den letzten Jahren vor allem zur Ausdifferenzierung der günstigen Risiken aus der originären Versichertengemeinschaft einer anerkannten Krankenkasse genutzt. In der Regel werden derartige Kollektivversicherungen heutzutage mit Arbeitgebern abgeschlossen, deren Belegschaft aus überwiegend jungen und zudem männlichen Mitarbeitern besteht. Die Funktion des Arbeitgebers besteht allein in der Unterzeichnung des Kollektivvertrages, eventuell noch der Einbehaltung der Beiträge vom Lohn, nicht aber in einer finanziellen oder verwaltungsmäßigen Beteiligung bei der Durchführung der Versicherung (Interview Nr. 9). 1984 waren insgesamt 17,2% aller Versicherten einem solchen Kollektivvertrag angeschlossen, wobei die Tendenz steigend ist (Schneider 1989:

54 Sofern ein Fusionsvertrag zustande kommt, werden die ökonomischen Härten i.d.R. dadurch gemildert, daß zwar eine Erhöhung, nicht aber der volle, dem Eintrittsalter entsprechende Beitrag zu zahlen ist. Fehlt ein solcher, meist mit öffentlicher Hilfe zustande gekommener Vertrag, fällt die volle Versicherungsprämie an. Je schlechter die Risikostruktur, desto schwieriger wird es, günstige Fusionsbedingungen auszuhandeln.

55 So sieht die entsprechende Gesetzgebung eine Kollektivversicherung nicht nur zwischen Kassen und Arbeitgebern, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen vor, sondern auch zwischen Kassen und Behörden, Anstalten, Heimen und Fürsorgeeinrichtungen für die von ihnen betreuten Personen (Art. 2 VO II).

300). Effekt dieser Kassenpolitik sind günstigere Versicherungsprämien für gute Risikogruppen, mit der aber zugleich eine "horizontale" Entsolidarisierung einhergeht, d.h. eine Auflösung der Risikogemeinschaft zwischen jungen und alten Versicherten einerseits und Männern und Frauen andererseits. Zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung des solidarischen Risikoausgleichs schlugen daher drei der vier Expertengutachten, die vom schweizerischen Bundesrat eingeholt worden sind, vor, den Kassen die Möglichkeit zum Abschluß von Kollektivverträgen zu nehmen. Sie plädierten für eine grundlegende Reform der Krankenversicherung, in der eine allgemeine Versicherungspflicht verbunden wird mit einer größeren Freizügigkeit für die Versicherten beim Wechsel ihrer Krankenkasse und einem Risikoausgleich zwischen den Kassen. Der "soziale Ausgleich" in der Krankenversicherung soll so erhalten bzw. wiederhergestellt werden⁵⁶. In Basel-Stadt wurde nun am 1. April 1990 ein neues Krankenversicherungsgesetz angenommen, in dem diese drei Reformelemente vereint sind. Auslöser war hier die kritische Situation der Öffentlichen Krankenkasse (ÖKK) in Basel. Um die Prämien dieser Kasse, die einen extrem hohen Altenanteil versicherte (68% der Versicherten waren über 65 Jahre alt), in sozial verträglichen Maßen zu halten, wurden keine kostendeckenden Beiträge erhoben und die Defizite wurden aus dem Haushalt der Kantonsregierung gedeckt. Das verabschiedete kantonale Gesetz will nun eine Sanierung der ÖKK mit einer grundlegenden Reform der Krankenversicherung verbinden (s. Kantonale Volksabstimmung 1990; Häusel 1990).

6. Leistungskatalog und Leistungsorganisation

6.1 Leistungskatalog

Im Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1964 wurden die Pflichtleistungen der Krankenkassen definiert, die heute noch verbindlich sind.

56 Diese drei Experten waren Pierre Gilliland, Professor an der Universität Lausanne; Alberto Gianetta, Leiter der Abteilung Sozialversicherung des Departements für Sozialwerke, Bellinzona; Heinz Hauser, Professor an der Hochschule St. Gallen. Gegen ein Obligatorium sprach sich hingegen Peter Zweifel aus, Professor an der Universität Zürich (vgl. SVS 1989).

Der Schwerpunkt liegt hier auf der "Krankenpflegeversicherung", die die Leistungen im ambulanten und stationären Bereich umfaßt. Die **Pflichtleistungen** der Krankenkassen im **ambulanten Bereich** beinhalten danach (Art. 12 Abs. 2 KUVG) die ärztliche Behandlung, die vom Arzt verschriebenen Arzneimittel und Analysen, die chiropraktische Behandlung, die Geburtshilfe durch die Hebamme sowie vom Arzt angeordnete, durch medizinische Hilfspersonen vorgenommene "wissenschaftlich anerkannte Heilanwendungen". Die Leistungen der Krankenkasse sind hier zeitlich unbegrenzt.

Im **stationären Bereich** umfassen die Leistungen der Krankenkassen die medizinische Versorgung in der allgemeinen Abteilung: die ärztliche Behandlung einschließlich der wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen, die Arzneimittel und Analysen nach den Tarifen ("Taxen") der allgemeinen Abteilungen und einen täglichen Mindestbetrag zu den übrigen Kosten der Krankenpflege ("Hotelkosten", siehe Abschnitt A.4.2). Ferner übernimmt die Krankenkasse die Kosten der Entbindungen in Höhe einer bundeseinheitlich geregelten "Entbindungstaxe" sowie bestimmte Aufwendungen für den Spitalaufenthalt des Neugeborenen (Art. 14 KUVG, Gygi/ Henny 1977: 42). Die Leistungspflicht der Krankenkasse für die stationäre Behandlung ist zeitlich begrenzt auf mindestens 720 Tage, und zwar innerhalb eines Zeitraums von insgesamt 900 aufeinanderfolgenden Tagen⁵⁷.

Die Pflichtleistungen der schweizerischen Krankenkassen gehen über diejenigen der gesetzlichen Krankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland in einem Punkt hinaus, und zwar in der Leistungspflicht für chiropraktische Behandlungen. In anderen Bereichen ist hingegen der Pflichtleistungskatalog der bundesdeutschen Krankenversicherung weitreichender. Zum einen kennt man in der Bundesrepublik keine zeitliche Limitierung der stationären Versorgung. Zum anderen sind hier sowohl die zahnärztliche Versorgung wie auch weitergehende präventive Maßnahmen eingeschlossen. Im Zahnbereich sind die schweizerischen Kassen prinzipiell nicht leistungspflichtig, ausgenommen einige eng umgrenzte Behandlungen von Mundhöhle und Kiefer⁵⁸. Alle Pläne, die zahnärztliche

57 Bei Erkrankung an Tuberkulose ist die Mindestleistung zeitlich erweitert auf 1.800 Tage für einen Zeitraum von sieben aufeinanderfolgenden Jahren (Art. 12^{ter} KUVG).

58 Es handelt sich dabei um Behandlungen von Zahnfleisch-, Mund- und Kiefererkrankungen, die insgesamt 15 abrechnungsfähige Positionen ausmachen und in den 1970er Jahren aufgrund einer Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgericht zur Pflichtleistung der Kassen geworden sind (siehe SSO 1979).

Versorgung generell über die Krankenkassen abzusichern, sind bisher mit den verschiedenen Revisionsplänen zum Krankenversicherungsgesetz gescheitert. Im Bereich medizinischer Vorsorgeuntersuchungen werden begrenzte Vorsorgemaßnahmen während der Schwangerschaft von den Krankenkassen übernommen⁵⁹.

Der schweizerische Katalog an Pflichtleistungen stellt allerdings keine eindeutig begrenzte "Positivliste" dar. Die Formel des Gesetzes, daß alle "vom Arzt vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen" zu den gesetzlichen Pflichtleistungen der Kassen gehören, vorausgesetzt sie sind zweckmäßig und wirtschaftlich (Art. 21 VO III), beläßt Ärzten und Kassen einen nicht unerheblichen Auslegungs- und Entscheidungsspielraum⁶⁰.

Freiwillige Mehrleistungen kann eine Kasse ihren Versicherten im Rahmen des Versicherungsvertrages garantieren. Hierzu gehören heute vielfach die Kosten der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung ebenso wie bestimmte Leistungen bei Sehhilfen, die sich jedoch von Kasse zu Kasse unterscheiden⁶¹. Darüber hinaus verfügt die örtliche Geschäftsstelle über einen "Sektionsfonds", aus dem heraus sie freiwillige Leistungen nach eigenem Ermessen bezahlen kann, wenn ihr beispielsweise die Übernahme bestimmter Kosten aus sozialen Gründen geboten erscheint. Die Kosten aus diesen Zusatzleistungen bleiben unter einem Anteil von 5% des Gesamthaushalts der Kassen (Interview Nr. 2).

Über diese freiwilligen Mehrleistungen wird durch den Wettbewerb der Kassen nun eine ähnliche Spirale der Leistungsausweitung in Gang gesetzt, wie man sie auch in der Bundesrepublik Deutschland beobachten kann. Bestimmte Leistungen werden danach zunächst von einigen Kassen aus Kulanzgründen übernommen, andere Kassen ziehen aus Wettbewerbsgründen nach. Weigert sich eine dritte Kasse, ebenfalls diese Leistungen zu übernehmen, kann der daraus erwachsende Streitfall letztinstanzlich vor das Eidgenössische Versicherungsgericht gelangen (siehe Abschnitt

59 Sie umfassen vier Untersuchungen während der Schwangerschaft und eine innerhalb von 20 Wochen nach der Geburt (Art. 19 KUVG). Nicht übernommen werden Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten, mit Ausnahme der Blutdruckmessung (vgl. Arnold 1989: 19).

60 Zur Fortschreibung der Leistungspflicht durch die Fachkommission für Leistungsfragen siehe Abschnitt B.1.

61 Die Hörhilfen fallen ebenfalls nicht in den Leistungsbereich der Krankenkassen, werden aber von der Invalidenversicherung übernommen, die eine Pflichtversicherung ist für alle Schweizer Bürger mit dortigem Wohnsitz (Arnold 1989: 19; Stöckli 1982: 71).

B.2). Entscheidet das Gericht in diesem Fall zugunsten des Versicherten, dann bedeutet das eine generelle Ausweitung der Pflichtleistungen, wodurch der verbleibende Spielraum der Kassen für freiwillige Mehrleistungen verringert wird (Interview Nr. 2)⁶².

Während die Leistungspflicht der Krankenkassen in der ambulanten und stationären Versorgung stark reguliert ist, bleibt die Ausgestaltung der **Krankentaggeldversicherung** weitgehend den Vertragspartnern, d.h. dem einzelnen Versicherten und den jeweiligen Krankenkassen, überlassen. Gesetzlich geregelt ist lediglich, daß das Krankengeld nur bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit und spätestens ab dem dritten Tag zu zahlen ist sowie mindestens 2,- SF pro Tag betragen muß (Art. 12^{bis} u. 13 KUVG). Nicht der Verdienstaufschlag, sondern allenfalls erhöhte Aufwendungen im Krankheitsfall können hiermit gedeckt werden (Maurer 1981b: 330-334). Die Sicherung des Verdienstaufschlags wird demgegenüber arbeitsvertraglich auf der Grundlage des schweizerischen Schuldrechts ("Obligationenrecht") und der ausgehandelten Gesamtarbeitsverträge geregelt. Der Arbeitgeber ist danach zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall verpflichtet, wobei die Dauer dieser Verpflichtung von der Dauer des Arbeitsverhältnisses abhängt. Die "Pflicht zur Lohnfortzahlung" (Bandi: 1982: 135) kann nun durch eine Krankengeldversicherung ersetzt werden, die vom Arbeitgeber i.d.R. als Kollektivversicherung abgeschlossen wird. Eingebürgert hat sich eine Lohnfortzahlung des Arbeitgebers während der ersten vier Krankheitswochen in Höhe des vollen Gehalts. Danach tritt die Deckung durch Einzel- oder Kollektivversicherungen in Kraft, deren Bestandteile Gegenstand des Arbeits- oder Gesamtarbeitsvertrages sind. Die hier vereinbarten Deckungssummen können jedoch sehr unterschiedlich sein. Verbreitet ist wie in der Bundesrepublik ein Krankengeld von 80% des Lohnes bzw. Gehalts für einen Zeitraum von maximal zwei Jahren (Arnold 1989: 19). Doch der Anteil der Arbeitnehmer, die nicht angemessen abgesichert sind, wird auf 50-55% geschätzt. Zu einer solch unzureichenden Absicherung kann es u.a. kommen, wenn nicht nur die Anspruchsdauer, sondern auch die Höhe des Krankengeldes nach Dienst-

62 Eine solche freiwillige Mehrleistung stellte vormals auch die chiropraktische Behandlung dar, die mit der Revision von 1964 dann in den Pflichtleistungskatalog übernommen wurde. Ähnlich war in der abgelehnten KUVG-Vorlage von 1987 eine teilweise Übernahme der Kosten für die krankenhausexterne Pflege vorgesehen, die heute von den Kassen vielfach bereits als freiwillige Leistung übernommen wird (Kocher 1972: 71 ff.; Häfliger 1983: 16).

jahren bemessen wird und der erworbene Anspruch bei einem Stellenwechsel verlorengeht (Schuler/ Frei 1987: 11/12, Häfliger 1983: 64-70)⁶³.

Bei einem großen Teil der Reformer gilt somit die Risikosicherung gegen den Lohnausfall bei Krankheit als eine der letzten Lücken der schweizerischen Sozialgesetzgebung. Vorstöße, diese Lücke durch eine obligatorische Krankengeldversicherung zu schließen, sind zuletzt während der Beratungen zur Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes zurückgenommen worden zugunsten des Mutterschaftstaggeldes, das sich ebenfalls nicht durchsetzen konnte (Schuler/ Frei 1987: 11, vgl. auch Abschnitt A.2.3).

6.2 Die Organisation von Leistungsangebot und -nachfrage

Das Leistungsangebot wird im schweizerischen Gesundheitssystem ähnlich organisiert wie in der Bundesrepublik. Die ambulante Versorgung wird sichergestellt durch Ärzte in freier, privater Praxis, die alle nahezu ausschließlich als Kassenärzte tätig sind. Die stationäre Versorgung erfolgt durch öffentliche und private Krankenhäuser, wobei diese privaten Krankenhäuser sowohl von gemeinnützigen als auch von gewinnorientierten Trägern betrieben werden (siehe Abschnitte B.5 und B.7).

Die niedergelassenen Ärzte verwalten ihre Praxis vollständig in eigener Regie, und zwar auch die Abrechnung mit den Kassen ("*tiers payant*") bzw. den Patienten ("*tiers garant*"). Eine schweizerische Ärzteorganisation, die vergleichbar mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Bundesrepublik die Abrechnung zentral für alle Ärzte erledigt, gibt es in der Schweiz nicht. Verschiedene Einrichtungen der Ärzteorganisation treten dem niedergelassenen Arzt allenfalls beratend bzw. in einem Dienstleistungsverhältnis zur Seite; doch die Entscheidung über Niederlassung und Geschäftsführung obliegt allein dem Arzt, der als freier Unternehmer gilt. Auf der Seite der Ärzte können sich so professionelle und ökonomische Interessen je nach individueller Ausrichtung nahezu ungefiltert im täglichen Geschäftsverlauf niederschlagen. D.h., hier besteht ein

63 Zusätzlich weist Bandi (1982: 135) auf das Problem hin, daß Hausfrauen in der Grundversicherung nur ein maximales Krankengeld von 10,- SF absichern können. In jüngster Zeit bieten allerdings zunehmend mehr Krankenkassen die Möglichkeit, ein Taggeld für Hausfrauen zu versichern (bis 100,- SF), aus dem im Krankheitsfall eine Haushaltshilfe finanziert werden kann. In der Bundesrepublik haben Hausfrauen (und -männer) überhaupt keinen Anspruch auf Krankengeld im Rahmen der GKV.

Spielraum sowohl für eine auf Einkommensmaximierung ausgerichtete Strategie der Leistungserbringung als auch für eine dominante Ausrichtung am Patienteninteresse. Im Zweifelsfalle wird ein niedergelassener Arzt in der Schweiz jedoch beide Interessen ausbalancieren müssen, zumal die Konkurrenz um Patienten bei steigender Ärztedichte in den letzten Jahren zugenommen und damit das Patienteninteresse an Gewicht gewonnen hat, wiewohl dieses nicht unwesentlich vom Arzt selbst geprägt wird. Von außen vorgegeben werden dem einzelnen Arzt allein die tarifpolitischen Rahmenbedingungen für Kassenpatienten (siehe Abschnitt C.1).

Die unternehmerische Gestaltungsfreiheit gilt ebenfalls im stationären Bereich zumindest für die Krankenhäuser, die sich als private Kliniken voll aus eigenen Mitteln finanzieren. Anders sieht es hingegen bei den öffentlichen Krankenhäusern und den staatlich subventionierten privaten Kliniken aus. Kommune oder Kanton nehmen hier als Träger oder Subventionierer Einfluß auf die Krankenhausverwaltung. Kantonal- und kommunalpolitische Interessen wirken somit neben dem professionellen Interesse der Ärzte und dem wirtschaftlichen Interesse der Krankenhausbetreiber auf das Angebot im stationären Sektor ein.

Ähnlich wie in der Bundesrepublik sind ambulanter und stationärer Sektor über die Gruppe der Belegärzte miteinander verbunden. So verfügt in der Schweiz ein Viertel der niedergelassenen Ärzte über Belegbetten in einem Krankenhaus, in denen sie Patienten aus ihrer Praxis stationär weiterbehandeln können⁶⁴. Eine Verzahnung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung ist darüber hinaus in der Schweiz prinzipiell leichter möglich als in der Bundesrepublik, da man hier keinen Sicherstellungsauftrag kennt, der den Kassenärzten rechtlich das Monopol in der ambulanten Versorgung einräumt⁶⁵. Infolgedessen können neben den niedergelassenen Kassenärzten auch die Krankenhäuser Kassenpatienten ambulant behandeln, Eingriffe im Rahmen der Tageschirurgie vornehmen und die Patienten teilstationär aufnehmen⁶⁶. Tatsächlich nimmt die

64 Siehe Undritz (1987a: 37). Im Vergleich dazu sind in Deutschland mit 8,2% deutlich weniger niedergelassene Ärzte auch Belegärzte (Andersen/ Schulenburg 1990: 29).

65 Die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung ist hier Sache der Kantone und gesetzlich allein für den Fall geregelt, in dem die Behandlung der wirtschaftlich schwächeren Versicherten im sogenannten "vertragslosen Zustand" gefährdet ist, d.h., wenn zwischen einem kantonalen Ärzte- und einem Kassenverband keine tarifliche Einigung zustande kommt und die Ärzte Privatrechnungen ausstellen (siehe Abschnitt C.1).

66 Teilstationär bedeutet, daß ein Krankenhausbett nur für kurze Zeit vor und nach dem

ambulante Tätigkeit der Krankenhäuser in den letzten Jahren deutlich zu (Undritz 1987a: 42).

Dennoch gibt es auch in der Schweiz Barrieren, die einer stärkeren Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung entgegenstehen, nicht jedoch aufgrund rechtlicher Kompetenzabgrenzungen, sondern infolge von Verhaltensanreizen durch die Finanzierungs- und Bezahlungsweise. So besteht für die Kassen kaum ein Anreiz, einer ambulanten Behandlung den Vorzug zu geben, da sie die Kosten der ambulanten Behandlung vollständig übernehmen müssen, die Kosten der stationären Behandlung jedoch über Steuergelder von den Kantonen mitfinanziert werden⁶⁷. Finanziell günstiger ist die stationäre Behandlung auch für die Versicherten, die bei einer ambulanten Behandlung 10% der Kosten selbst tragen müssen, bei einer stationären Behandlung jedoch eine geringere oder gar keine Eigenbeteiligung zu leisten haben⁶⁸. So wundert es nicht, wenn zwischen Krankenhäusern und Kassen Verträge über ambulante Behandlungen nur schwer zustande kommen. Die Kassen betonen, daß eine Verlagerung der Angebotsstruktur von den Kantonen nicht dazu genutzt werden darf, sich ihrer finanziellen Verantwortung zu entziehen. Eine kantonale Subventionierung der ambulanten Krankenhausdienste schafft andererseits Spannungen zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus, da die frei praktizierenden Ärzte hierdurch eine Verzerrung des Wettbewerbs zugunsten der Krankenhäuser befürchten müssen. Zur Überwindung dieser potentiellen Konflikte wurde 1987/88 die "Paritätische Kommission 'Spitalleistungskatalog'" auf nationaler Ebene ins Leben gerufen. Hier sollen sich die Kostenträger mit den Leistungserbringern darüber einig werden, welche Leistungen künftig ambulant im Krankenhaus erbracht werden sollen⁶⁹. Zur Entscheidungsvorberei-

Eingriff beansprucht wird.

- 67 Lt. dem Generalsekretär der Vereinigung schweizerischer Krankenhäuser (VESKA), Nils Undritz ist eine dreitägige Krankenhauseinweisung zwecks einer Diagnose, einer Hand- oder einer Augenoperation für die Kassen billiger, als die gleiche Behandlung ambulant durchzuführen (NZZ v. 18.6.88). Vgl. auch Arnold 1989: 29. Zur Finanzierung- und Tarifierung siehe Abschnitte A.4.2 und C.2 dieses Kapitels.
- 68 Die Eigenbeteiligung bei den "Hotelkosten" wird nicht von allen Kassen erhoben, und viele Patienten verfügen zudem mittlerweile über eine Zusatzversicherung für den stationären Bereich, die diese Kosten übernimmt.
- 69 Mitglieder der Kommission sind als Vertreter der Kostenträger u.a. das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK) und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), als Vertreter der Leistungserbringer die Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (VESKA) und die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) (siehe KSK 1990b: 21; zu den einzelnen Akteuren siehe Abschnitt B).

tung wurde die "Verbindung der Schweizer Ärzte" (FMH = Foederatio Medicorum Helveticorum) beauftragt, eine Indikatorenliste zu erstellen, anhand derer nach objektiven, medizinischen Gesichtspunkten entschieden werden kann, welche Leistungen ambulant im Krankenhaus zu erbringen sind. Damit würden Kassenverbände in Zugzwang geraten, soweit sie sich bisher geweigert haben, für ambulante Eingriffe im Rahmen der sogenannten "Tageschirurgie" Tarife mit den Krankenhäusern auszuhandeln. Zugleich garantiert die Erarbeitung dieses Vorschlages durch die FMH das Einverständnis der niedergelassenen Ärzte (Interview Nr. 10).

Der Kassenpatient kann relativ frei zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern auswählen. Das Krankenversicherungsgesetz sichert ihm die Wahlfreiheit sowohl unter den niedergelassenen Ärzten als auch unter den Krankenhäusern zu. Allerdings wird die Auswahl zunächst räumlich auf das Einzugsgebiet des jeweiligen Wohnortes beschränkt. Erst wenn notwendige Spezialbehandlungen dort nicht erbracht werden können, besteht ein Anspruch, auswärtige Ärzte zu konsultieren bzw. sich auch in ein Krankenhaus außerhalb der eigenen Kantonsgrenzen einweisen zu lassen (Art. 15, 19^{bis} KUVG, Art. 20 VO III). Der Weg des Patienten wird dabei durch Krankenscheine, Rezepte und Krankenhauseinweisungen nur sehr bedingt gelenkt. In den Kantonen, in denen das Sachleistungsprinzip gilt, muß sich ein Versicherter vor der Konsultation seines Arztes einen Krankenschein in der zuständigen Geschäftsstelle seiner Kasse abholen. Doch kann er mit diesem Schein nach eigenem Belieben zum Haus- oder Facharzt gehen und bedarf keinerlei Überweisung. Zur Konsultation eines anderen Arztes wird ihm ein zweiter oder auch dritter Krankenschein ausgestellt. Im Fall des Kostenerstattungsprinzips entfällt entweder die Benutzung des Krankenscheins oder aber er kommt als standardisiertes Rechnungsformular zum Einsatz. Damit hat man im schweizerischen System völlig darauf verzichtet, dem Hausarzt bzw. Allgemeinmediziner (oder Allgemeininternist) offiziell die Rolle des "gatekeepers" zu den spezialisierteren Leistungen des Gesundheitssystems zuzuweisen. Die Krankenscheingebühr von je 2,- SF stellt kein Hindernis dar, mehrere Ärzte gleichzeitig zu konsultieren. Allenfalls kann die Kasse eine Überprüfung durch ihren Vertrauensarzt veranlassen, wenn sie den Verdacht hat, daß die gleichzeitige Konsultation vieler verschiedener Ärzte medizinisch nicht zu rechtfertigen ist. Eine "gatekeeper"-Rolle haben die niedergelassenen Ärzte jedoch für den stationären Sektor, denn ohne ihre Einweisung kann das Krankenhaus einen Patienten in der Regel nur im Notfall aufnehmen.

B. Akteure

In diesem Abschnitt geht es darum, einen strukturierten Überblick über das Spektrum der Schlüsselakteure im schweizerischen Gesundheitssystem zu geben. Zu den Schlüsselakteuren werden hier die Akteursgruppen gezählt, deren Beziehung zueinander konstituierend ist für das Gesundheitssystem als gesellschaftliches Teilsystem. Unter dem Aspekt der *Leistungserbringung* stehen sich die Gruppen der Anbieter und Nutzer von Gesundheitsleistungen gegenüber. Unter dem Aspekt der *Bereitstellung finanzieller Ressourcen* sind Finanzierer und Bezahler zu unterscheiden und unter dem Aspekt der *Normierung* die politischen Akteure, deren Funktion der Normsetzung ergänzt wird durch die Justiz, die die Normen auslegt und ihre Einhaltung überwacht.

Die normsetzende Funktion wird im schweizerischen Gesundheitssystem grundsätzlich von den *politischen Akteuren* auf der zentralen und der dezentralen, d.h. der bundesstaatlichen und der kantonalen Ebene, wahrgenommen. Ihre Regulierungskompetenz im Bereich der Arzneimittelkontrolle und der Ausbildungsregulierung haben die Kantone teilweise an dritte Akteure delegiert. Ein solcher dritter Akteur ist das Schweizerische Rote Kreuz, d.h. ein privater Verein, der als nicht-politischer Akteur hoheitliche Kompetenzen wahrnimmt. Die politischen Akteure auf der Ebene des Bundes und der Kantone sind zusätzlich daran beteiligt, Finanzmittel für das Gesundheitssystem aus Steuern oder öffentlicher Verschuldung aufzubringen. Sie leiten ihre Mittel jeweils an getrennte Institutionen: die Kantone an den Leistungserbringer Krankenhaus, der Bund an den Bezahler Krankenkasse. Der Bund beschränkt sich in diesem Zusammenhang darauf, regulierend und beaufsichtigend die Aktivitäten der Kassen zu begleiten, ohne unmittelbar in deren Verwaltung einzugreifen. Die Kantone verbinden hingegen mit ihren finanziellen Zuwendungen an die Krankenhäuser eine direkte Mitwirkung bei deren Verwaltung, so daß die politischen Akteure hier unmittelbar Einfluß nehmen auf die Gestaltung des Leistungsangebots im stationären Bereich. Wo die Kommunen als Krankenhausträger beteiligt sind, sind die kommunalpolitischen Akteure entsprechend involviert. Sie haben zudem die Aufgabe der Finanzierung und Verwaltung der krankenhausexternen Pflege, der zunehmende Bedeutung für eine Entlastung der Krankenhäuser und für die Entwicklung humaner Wege in der Pflege von Langzeitkranken und Hilfsbedürftigen zugeschrieben wird.

Politische Akteure sind damit auch in der Schweiz keineswegs auf die Normierungsfunktion im Gesundheitswesen beschränkt, sondern in wesentlichen Bereichen sowohl an der Finanzierung als auch an der Verwaltung des Gesundheitssystems beteiligt.

Die Rolle der *Justiz* im Gesundheitssystem konzentriert sich darauf, nicht erfüllte Ansprüche von Versicherten gegenüber dem Versicherungsträger zu prüfen sowie Streitfälle zwischen den zahlungspflichtigen Kassen und den Leistungserbringern zu entscheiden. Neuerdings werden die Gerichte zunehmend auch daran beteiligt, die Ansprüche der Patienten gegenüber den Ärzten in "Kunstfehlerprozessen" durchzusetzen. In allen Fällen jedoch werden die Gerichte i.d.R. erst in einem letzten Schritt eingeschaltet, nachdem eine Verhandlung vor speziellen Schiedskommissionen zu keiner Einigung geführt hat.

Ärzte, Krankenhäuser und Arzneimittelhersteller bilden die Schlüsselakteure unter den Leistungserbringern. Die *Ärzte* sind in der Schweiz entweder freiberuflich in eigener Praxis tätig oder als Angestellte in öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Beide Tätigkeiten schließen sich i.d.R. aus, da sie jeweils mit einer Vollzeitbeschäftigung verbunden sind. Ausgenommen hiervon sind, wie in der Bundesrepublik, die Chefärzte in den Krankenhäusern, die ihre Arbeit für das Krankenhaus mit der parallelen Führung einer privatärztlichen Praxis im Krankenhaus verbinden können. Den angestellten Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern bleibt hingegen jederzeit eine zweifache Exit-Option, und zwar entweder in eine private Klinik oder aber in die Niederlassung. Die Eröffnung einer eigenen Praxis nach Abschluß der Facharztausbildung gilt dabei für die meisten Ärzte immer noch als "natürlicher" letzter Karriereschritt, so daß die derzeitigen Assistenzärzte in den Krankenhäusern die potentiellen Kassenärzte von morgen sind.

Die schweizerischen *Krankenhäuser* sind i.d.R. formal selbständige Verwaltungseinheiten, deren Handlungen sich jedoch je nach Trägerschaft und Finanzierungsweise an unterschiedlichen Zielsetzungen orientieren. Die privaten, kommerziellen Kliniken müssen auf Gewinnerzielung bedacht sein, private gemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser hingegen auf Kostendeckung. Bei der Verwaltung der öffentlichen Krankenhäuser mischen sich zudem einzelwirtschaftliche Zielsetzungen mit kommunal- und kantonpolitischen Erwägungen, die ein ausgewogenes Versorgungsangebot und die Zufriedenstellung breiter Wählerinteressen im Auge haben können. Somit stellen die schweizerischen Krankenhäuser einen heterogenen Akteursblock dar, in dem allenfalls im Hinblick auf das

gemeinsame Interesse an möglichst vorteilhaften Tagessätzen vorab Einigkeit besteht.

Die schweizerische *Pharmaindustrie* spielt eine wichtige Doppelrolle, indem sie nicht nur Anbieter von Arzneimitteln auf dem heimischen Markt ist, sondern einen wesentlichen Anteil ihrer Produktion exportiert und hierüber zum ökonomischen Wohlstand der schweizerischen Volkswirtschaft beiträgt. Ihre Bedeutung für die heimische Wirtschaft stärkt der Pharmaindustrie den Rücken, wenn es darum geht, neue Arzneimittel in die Liste derjenigen Medikamente aufzunehmen, die von den Krankenkassen zu erstatten sind. Denn dabei geht es nicht nur um die Größe des schweizerischen Marktes für solche Medikamente. Vielmehr wird dieser Liste die Funktion einer Referenzliste für die Gesundheitssysteme anderer Länder zugeschrieben, und die in ihr festgelegten Preise gelten zugleich als Referenzpreise für den Absatz der eigenen Produkte in den Exportländern.

Unmittelbarer Gegenspieler der Leistungsanbieter sind die *Krankenkassen*, die als Träger der Grundversicherung ca. ein Drittel der Kosten im Gesundheitswesen übernehmen und den Leistungserbringern direkt oder indirekt als Bezahler gegenüberstehen. Als gemeinnützige, nicht gewinnorientierte Organisationen könnten sie außerdem als Interessenvertreter der Versicherten auftreten. Infolge des Wettbewerbs untereinander sind die Kassen jedoch nicht in der Lage, einen Ausgleich zwischen den heterogenen Versicherteninteressen herzustellen, so daß sie sich nur ausnahmsweise als Sprecher der Versicherten insgesamt ausgeben können.

Gewerkschaften und *Unternehmer* spielen demgegenüber so gut wie keine Rolle für den Routineablauf im schweizerischen Gesundheitswesen. Die Finanzierung der Versicherungsbeiträge für die Krankenversicherung geht zwar allein zu Lasten der Arbeitnehmer, bildet hier jedoch keinen festen und damit verhandlungsfähigen Teil des Einkommens. Denn die Krankenkassenbeiträge sind für die Arbeitnehmer je nach Wohnort, Eintrittsalter, Geschlecht und Kassenzugehörigkeit sowohl absolut als auch in Relation zum Einkommen individuell verschieden. Zum anderen haben die Gewerkschaften für die Vertretung der Interessen der Gesundheitsberufe eine geringere Bedeutung. Die Interessen der Ärzte werden von den Standesorganisationen, die Interessen der paramedizinischen Berufe primär von den relevanten Berufsorganisationen wahrgenommen. D.h. allerdings nicht, daß die Sozialpartner für die Entwicklung des Gesundheitssystems unbedeutend wären. Ihr Votum ist dann nicht zu übergehen, wenn es auf politischer Ebene um die Revision der grundsätzlichen Normen des Kran-

kenversicherungsgesetzes geht. Hier stehen sich die Positionen von Gewerkschaften und Arbeitgeber- bzw. Unternehmerorganisationen seit Beginn des Jahrhunderts diametral gegenüber, wenn es um die traditionellen Konfliktpunkte Versicherungspflicht und Finanzierung über lohnprozentuale Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile geht.

Zwei Konfliktlinien sind somit für die Routinefunktionen im schweizerischen Gesundheitssystem von zentraler Bedeutung. Dies ist zum einen die Konfliktlinie zwischen Leistungserbringern und Kassen, zum anderen die zwischen den Kassen und der öffentlichen Hand. Der Konflikt zwischen Kassen und Leistungserbringern konzentriert sich auf die Preise der Leistungserbringung und den Modus der Bezahlung, der Konflikt zwischen Kassen und Bund bzw. Kassen und Kantonen auf die Höhe der Subventionen⁷⁰. Die Interessen der Kassen sind dabei allerdings nicht eindeutig. Denn so lange sie steigende Kosten ohne größere Probleme über höhere Beiträge auf ihre Mitglieder überwälzen können, wird ihr Interesse an einer Kostendämpfung und an einer grundlegenden Reform des Systems ebenso begrenzt sein wie das der öffentlichen Hand. Sollten jedoch Schwierigkeiten bei der Realisierung von Beitragserhöhungen auftauchen, so können die Kassen auf dieser Grundlage mit Nachdruck einen höheren Beitrag der öffentlichen Hand fordern und versuchen auf diese Weise, verlorenes Terrain wiederzugewinnen und den Problemdruck damit auf die öffentlichen Haushalte zu verlagern.

Zu den genannten beiden Hauptkonfliktlinien bildet sich in den letzten Jahren eine neue, dritte Konfliktlinie heraus, von der vor allem der stationäre Bereich betroffen ist. Vor dem Hintergrund großer Personalknappheit im Pflegebereich haben sich die Berufsorganisationen des Krankenpflegepersonals und der Krankenhausärzte zu Verbänden entwickelt, die neuerdings auch gewerkschaftliche Forderungen nach verbesserten Arbeitsbedingungen nachdrücklicher als je zuvor vertreten. Ihr wichtigster Gegenspieler sind die Kantone, doch aufgrund fehlender Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst werden die Konflikte hier nicht mit der in anderen Ländern üblichen Polarisierung ausgetragen und die Konfliktlinien infolge der Vielzahl beteiligter Akteure bleiben unscharf.

70 Kassen und Kantone streiten dabei nicht nur über die kantonale Subventionierung der Kassen, sondern vor allem auch über die kantonale Defizitdeckung in den Krankenhäusern (vgl. Abschnitt C.2.2).

1. Politische Akteure

1.1 Bundesebene

Die gesundheitspolitischen Kompetenzen sind in der Schweiz nicht einem eigenständigen Gesundheitsministerium, sondern dem "*Eidgenössischen Departement des Innern*" zugeordnet. Diese vergleichsweise schwache institutionelle Ausdifferenzierung der Gesundheitspolitik auf gesamtschweizerischer Ebene ist zugleich Ausdruck der begrenzten Kompetenzen des Bundes. Anfallende Entscheidungen sind stets Sache der gesamten Bundesregierung, d.h. des "*Bundesrates*". Diesem kollegialen Führungsorgan, dem sieben Bundesminister angehören, schreibt das Krankenversicherungsgesetz die gemeinsame Entscheidungskompetenz auch dann zu, wenn es sich um Vollzugsentscheidungen handelt. So sind beispielsweise die Statuten der Krankenkassen nicht vom Innenminister, sondern vom Bundesrat zu genehmigen (Art. 4 KUVG). In der Regierungspraxis hat sich jedoch nicht das "Kollegialsystem", sondern das "Departementalsystem" durchgesetzt (Schumann 1971: 194-202). D.h., die Entscheidungen werden faktisch vom zuständigen Minister und seinen leitenden Fachbeamten (Direktoren) getroffen, während die Ministerkollegen im Bundesrat lediglich die formale Zustimmung geben.

Wichtigste Aufgaben des schweizerischen Innenministeriums im Bereich Gesundheit sind die Aufsicht über die Sozialversicherungen, der Kampf gegen übertragbare Krankheiten, der Strahlenschutz und die Wahrnehmung der bundespolitischen Kompetenzen bei der Regulierung der akademischen Abschlußprüfungen für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker. Zu den wichtigsten Aufgaben im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes gehören

- die Genehmigung der Krankenkassenstatuten,
- die jährliche Festsetzung der Bundesbeiträge an die Kassen,
- die Regelung von Selbstbehalt, Franchise und Krankenscheinegebühren,
- die Genehmigung der kantonalen Versicherungsobligatorien,
- der Erlaß von Vorschriften über die Zulassung von medizinischem Hilfspersonal⁷¹,

71 Grundlage der Zulassung für die wichtigsten medizinischen Hilfsberufe sind dabei die von den Kantonen anerkannten Fachausbildungen, wobei die Diplome des Schweizerischen Roten Kreuzes für Krankenschwestern und -pfleger und anderer anerkannter Institute ohne besonderes Verfahren zugelassen sind (Art. 21 KUVG und VO VI).

- die Regelung der Vergütung für selbständige Apotheker und Laboratorien,
- die Zulassung selbständiger Laboratorien zur Leistungserbringung für die Krankenkassen,
- die Ernennung einer Arzneimittelkommission und die Entscheidung über die von den Kassen zu übernehmenden Kosten für Arzneimittel und Analysen,
- die Ernennung einer Fachkommission für Fragen der von den Krankenkassen zu übernehmenden Pflichtleistungen.

Dem Innenministerium stehen zur Wahrnehmung seiner Aufgaben zwei Behörden zur Seite: das "Bundesamt für Gesundheitswesen" und das "Bundesamt für Sozialversicherung". Das **Bundesamt für Gesundheitswesen** (BAG) übt ähnlich wie das "Bundesgesundheitsamt" in der Bundesrepublik Deutschland vor allem Überwachungsfunktionen in den Bereichen Betäubungsmittel, Sera und Impfstoffe, Giftstoffe, Lebensmittel und Strahlenschutz aus (Günert/ Hofer 1983: 5/6). Seine Aktivitäten bei der "Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten" (Bundesverfassung Art. 69) richten sich auf Epidemien, Tuberkulose, Rheuma und heute vor allem auch auf Aids. In diesem Zusammenhang kann der Bund in einigen Bereichen unmittelbar aktiv werden⁷², in den meisten Fällen führt er jedoch die Oberaufsicht und koordiniert den Vollzug der betreffenden Bundesgesetze und -verordnungen durch die Kantone. Bei Maßnahmen zur Bekämpfung von Epidemien kann gesetzlich die Verantwortlichkeit des jeweiligen "Kantonsarztes" vorgeschrieben werden, und in der Praxis finden regelmäßig Treffen zwischen dem Leiter des BGA und den zuständigen Kantonsärzten statt, um den Gesetzesvollzug in diesen Bereichen zu harmonisieren (Undritz 1989: 21/22).

Die Regulierungs- und Vollzugsfunktionen des Bundes im Bereich der Sozialversicherung werden vom **Bundesamt für Sozialversicherung** (BSV) wahrgenommen, das seit Anfang der 1950er Jahre dem Innenministerium zugeordnet ist⁷³. Im Rahmen der Krankenversicherung ist es primäre Aufgabe des BSV, die Anerkennung der Krankenkassen durchzuführen und ihre laufende Arbeit zu beaufsichtigen. Rechtsaufsicht

72 Z.B. bei der Entwicklung und Durchführung von Aufklärungskampagnen gegen Aids, bei der Durchführung spezieller Schulungskurse für Fachpersonal, bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im internationalen Verkehr und im Bereich von Impfstoffen.

73 Davor war das BSV dem Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement unterstellt.

und Finanzkontrolle bilden dabei die beiden Schwerpunkte. Dazu gehört die jährliche Rechnungsprüfung ebenso wie die Abrechnung der Bundes-subventionen. Weisungsbefugnis gegenüber den Kassen hat das BSV in Fragen der Organisation und Geschäftsführung, der Rechnungsführung, Vermögensanlage und Bilanzierung sowie in Fragen der finanziellen Sicherheit (Interview Nr. 2; Maurer 1981: 289/290).

Zur Klärung der Leistungspflicht der Kassen bei Neuentwicklungen im medizinischen und pharmazeutischen Bereich werden zwei Experten-kommissionen eingeschaltet. Beide beruft der Bundesrat. Die "**Eidgenös-sische Arzneimittelkommission**" berät den Bundesrat bzw. das BSV bei der Aufstellung der Listen von Arzneimitteln und Analysen, deren Kosten die Krankenkassen übernehmen sollen. Die Kommission besteht aus maximal 28 Personen und setzt sich zusammen aus: dem Direktor des BSV als Präsidenten sowie aus Vertretern des Bundesamtes für Gesundheitswesen, der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel, der Hochschuldozenten der Medizin und Pharmazie, der Krankenkassen, Ärzte, Apotheker, Heilanstalten, Laboratorien und der Unfallversicherungsträger⁷⁴. Diese Kommission tagt zweimal im Jahr, und ebenso häufig werden die Arznei-mittellisten neu herausgegeben. Die Kommission hat zwar nur beratende Funktion, doch faktisch weichen die Beschlüsse des BSV bzw. des Bundesrates hiervon nicht ab (vgl. auch Abschnitt C.3.1).

Anders als die Arzneimittelkommission hat die "**Eidgenössische Fachkommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung**" (kurz: Fachkommission für Leistungsfragen) nicht die Aufgabe, eine faktisch verbindliche Liste für die medizinischen Leistungen zu entwickeln. Ihre Funktion ist vielmehr die einer gutachterlichen Schiedskommission, die allein auf Antrag tätig wird. Anlaß ist i.d.R. ein Konflikt zwischen Krankenkasse und Arzt bzw. Patient, beispielsweise im Zusammenhang mit dem Einsatz eines neuen medizinisch-technischen Gerätes oder zuletzt die Frage der Leistungspflicht der Kassen bei Methadon (siehe Abschnitt A.6.1). Die Krankenkasse ruft hier die Fachkommission an, um die Frage ihrer Leistungspflicht klären zu lassen. Wird ein solcher

74 Die Neufassung der Verordnung von 1988 (VO VIII, Art. 8) schlüsselt die Vertreterzahlen nicht auf. Zuvor bestand die Kommission aus 26 Personen: 3 Behördenvertretern (BSV, IKS und BAG), 5 wissenschaftlichen Experten, 6 Vertretern der Kassen, 4 Ärzte- und 3 Apothekervertretern, 3 Vertretern der Laboratorien und 1 Vertreter der Krankenhäuser. Laut Interview (Nr. 9) sind es heute nur noch 5 Kassenvertreter, dafür sind 2 Vertreter der Unfallversicherer und 1 zusätzlicher wissenschaftlicher Experte hinzugekommen (Interview Nr. 9).

Konflikt direkt vor dem Versicherungsgericht verhandelt, fragt das Gericht i.d.R. nach dem Gutachten der Kommission. Die Gutachter prüfen sowohl die Frage, ob neue Therapieformen bereits ausgereift sind, als auch die Frage ihrer Wirtschaftlichkeit. Die Kommission tagt bislang einmal, ab 1991 zweimal im Jahr, wobei die intensivierete Kostendiskussion ein häufigeres Treffen notwendig macht. Die Kommission besteht aus 11 Personen - aus 5 Vertretern der Ärzte, 5 Vertretern der Kassen und 1 Vertreter des Bundesamtes für Gesundheitswesen - und wird geleitet vom Direktor des BSV. Von den 5 Vertretern der Kasse müssen 2 Ärzte sein, so daß die ärztliche Profession in dieser Kommission dominiert (Art. 26 VO III; Interview Nr. 9). Bisher sind die Empfehlungen der Fachkommission von den Krankenkassen unmittelbar umgesetzt worden, so daß sich der formal vorgesehene Verordnungsweg erübrigte. Seitdem jedoch die Kassen unlängst im Fall Methadon überstimmt worden sind, haben sie dieses Verfahren aufgekündigt⁷⁵. Eine Entscheidung der Fachkommission wird von ihnen künftig nur noch dann akzeptiert, wenn sie als Verordnung des Innenministers rechtskräftig geworden ist (Interview Nr. 2).

Während das BSV auch die Geschäftstätigkeit der Kassen im Rahmen der privaten Zusatzversicherungen beaufsichtigt, unterstehen die privaten Krankenversicherungen der Aufsicht des "**Bundesamtes für Privatversicherungswesen**" (BPV) und fallen damit in das Ressort des Eidgenössischen Justiz- und Polizei-Departements (Güntert/ Hofer 1983: 7). Die Trennung zwischen dem Gesundheitssystem auf der einen und dem Wirtschaftssystem auf der anderen Seite findet hierin seinen institutionellen Ausdruck. Das BPV garantiert durch Prüfung der Vertragsbedingungen und der Tarife zwar den Vertrauensschutz für die Geldanlage der Versicherten, übernimmt jedoch, anders als das BSV, keinerlei Verantwortung für die Leistungen der Versicherungen, die mit ihrem Angebot allein den Gesetzen des Marktes folgen können⁷⁶.

75 Die Mehrheit in der Fachkommission hat sich für die Leistungspflicht der Kassen ausgesprochen, die Kassenvertreter wollen diese Leistung nur übernehmen, wenn sie im Rahmen eines klar konzipierten Programms gegen Drogenmißbrauch entstehen.

76 Beispielsweise können die privaten Versicherer, anders als die anerkannten Kassen, Versicherungen für den Zahnbereich anbieten.

1.2 Kantonale Ebene

Anders als auf der Bundesebene haben die meisten Kantone ein "**Sani-tätsdepartement**" bzw. eine "**Direktion des Gesundheitswesens**" als eigenständiges "kantonales Gesundheitsministerium" eingerichtet⁷⁷. Dies bringt nicht nur die umfangreicheren Kompetenzen der Kantone im Gesundheitswesen zum Ausdruck, sondern vor allem auch ihre weitgehende Zuständigkeit für den Vollzug der meisten Bundesgesetze. Grundlage der kantonalen Gesundheitsverwaltung ist in jedem Kanton ein "Gesetz über die öffentliche Gesundheit". Eine allein kantonale Zuständigkeit besteht für

- den Krankenhausbau, den Betrieb und die Planung von Krankenhäusern⁷⁸,
- die Regulierung der Ausbildung und Berufstätigkeit in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen,
- die Heilmittelzulassung und -Kontrolle,
- den Notfall-, Rettungs- und Katastrophendienst und
- die Regulierung der krankenhausexternen Pflege sowie die Prävention⁷⁹,
- die Regelung der Patientenrechte (Undritz 1987a: 16-29, Undritz 1989: 20/21, Wyss 1988).

Die letzten beiden Themen hatten bisher eine eher nachrangige Bedeutung, doch die internationalen Aktivitäten der WHO und die nationalen Aktivitäten von Patientenschutzorganisationen haben hier einen neuen Handlungsbedarf deutlich werden lassen. So wurden die Rechte des Patienten im Krankenhaus erstmals 1981 in Zürich geregelt und 1985 nach-

77 Einige Kantone verfahren ähnlich wie der Bund und haben den Bereich Gesundheit dem des Innern angegliedert: Schaffhausen, Waadt, Schwyz, Neuenburg, Jura. Im Kanton Obwalden sind die gesundheitspolitischen Kompetenzen dem Gewerbe- und Fürsorge-departement zugeordnet.

78 Der Bund beschränkt sich allein auf die Förderung von Krankenanstalten in den Krankheitsbereichen, für deren Regulierung er zuständig ist (Epidemien, Tuberkulose, Rheuma, Rehabilitation von Unfällen, Rehabilitation von Militärpatienten).

79 Traditionell fallen hierunter insbesondere die schulärztliche und schulzahnärztliche Betreuung, während die Kantone bei Impfprogrammen meist als Vollzugsbehörde im Rahmen der Zuständigkeit des Bundes in der Epidemiebekämpfung tätig werden. Neuerdings entwickeln die Kantone umfassende Gesundheitsförderungs- und -erziehungsprogramme im Rahmen der WHO-Initiative "Gesundheit 2000" (Wyss 1988: 23).

gebessert⁸⁰. Im Bereich der Prävention wurde im November 1989 die "Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung" aus der Taufe gehoben⁸¹.

Das kantonale Gesundheitsgesetz legt die Organisation des Gesundheitssystems im jeweiligen Kanton fest. Beamtete *Kantons- und Bezirksärzte, -Chemiker, -Apotheker, -Tierärzte und -Zahnärzte* beaufsichtigen den Gesetzesvollzug, und als beratendes Gremium stehen den politischen Entscheidungsträgern ehrenamtliche "*Gesundheitskommissionen*" (bzw. Gesundheitsräte) sowie speziell für den Krankenhausbereich die "*Aufsichtskommissionen der Spitäler*" zur Seite. Ihre Zusammensetzung ist in den Kantonen unterschiedlich geregelt, mal dominieren die Parteien, mal die unparteiischen Experten (Undritz 1989: 20, Güntert/ Hofer 1983: 20; Interview Nr. 4).

Die weitgehenden kantonalen Kompetenzen haben zwangsläufig einen interkantonalen Abstimmungsbedarf zur Folge, um Mobilitätshindernisse zu beseitigen, aber auch um die Kontrollfunktionen der Kantone durchzusetzen. Eine Harmonisierung liegt zumeist im Interesse der Betroffenen selbst. So erleichtert eine einheitliche Arzneimittelzulassung den Absatz der pharmazeutischen Produkte, und eine einheitliche Anerkennung der Berufsabschlüsse erleichtert die Mobilität in den durch Personalknappheit gekennzeichneten Pflegeberufen. In beiden Bereichen haben die Kantone ihre jeweiligen Entscheidungskompetenzen delegiert.

Im Bereich der Arzneimittelzulassung und -kontrolle wurde 1954 auf der Basis eines "Konkordats", d.h. eines "Staatsvertrages" zwischen allen schweizerischen Kantonen sowie dem Fürstentum Liechtenstein⁸², die "*Interkantonale Vereinigung für die Kontrolle der Heilmittel*" (IKV) gegründet⁸³. Mit dem Heilmittelkonkordat übertrugen die Kantone der IKV den größten Teil ihrer Zuständigkeiten in der Heilmittelregistrierung

80 Darin ist nicht zuletzt ein Erfolg der Aktivitäten der beiden Patientenorganisationen "Schweizerische Patientenorganisation" und "Patientenstelle Zürich" zu sehen. Als zweiter Kanton hat sich Bern 1988 dieses Themas angenommen. Die Regelung der Patientenrechte soll hier außerhalb des kantonalen Gesundheitsgesetzes per Dekret erfolgen (Interview Nr. 12).

81 Siehe unten die Ausführungen im Zusammenhang mit der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz.

82 Liechtenstein ist dem Konkordat auf der Basis eines Staatsvertrages mit der Schweiz als letztes Mitglied 1974 beigetreten.

83 Das erste Heilmittelkonkordat wurde 1900 von ursprünglich 5 Kantonen unterzeichnet. Revidiert wurde es bereits 1934 und 1942, doch erstmals 1954 wurden die kantonalen Kompetenzen an eine eigenständige dritte Institution delegiert.

und in der Kontrolle der Betriebe und Handelsunternehmen, die Arzneimittel herstellen und vertreiben. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben betreibt die IKV eine eigene Sonderbehörde, die *"Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel"* (IKS). Ihre Gründung wurde in dem 1954er Konkordat zugleich mit der Bildung der IKV vereinbart, und wie diese stellt auch die IKS eine eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts dar. Das oberste Organ der IKV bildet die Konferenz der 27 Vertreter der Kantone und Liechtensteins, i.d.R. die kantonalen Sanitätsdirektoren. Aus ihren Reihen wird der neunköpfige Vorstand der IKV gebildet, der den Direktor der IKS wählt, ihre Arbeit beaufsichtigt und mit der hier angesiedelten "Rekurskommission" Beschwerden gegen Verfügungen der IKS prüft. Die Entscheidungen der IKS über die Zulassung von Herstellern und Produkten haben allerdings keinen unmittelbar rechtsetzenden Charakter. Die Kantone haben sich hier ein Letztentscheidungsrecht vorbehalten, das sie jedoch stets im Sinne der interkantonalen Harmonisierungsbestrebungen ausübten. So wurden die Entscheidungen der IKS zunächst als Antrag dem "Domizilkanton" des jeweiligen Unternehmens vorgelegt, wonach dieser sie in geltendes kantonales Recht überführte, das alle übrigen Mitglieder des Konkordats automatisch übernahmen⁸⁴. Ab 1955 haben Basel und Zürich als erste die Entscheidung der IKS als unmittelbaren Ersatz einer kantonalen Bewilligung anerkannt. Diese Praxis setzte sich in den Folgejahren weitgehend durch, bis Ende der 1970er Jahre Abweichungen hiervon den Anstoß gaben, eine Revision des Heilmittelkonkordats vorzubereiten⁸⁵. Der erste 1982 vorgelegte Entwurf sah eine umfassende Rechtsetzungsbefugnis der IKS als wichtigste Neuerung vor. Die im Mai 1988 von der Konferenz der Kantonsvertreter in der IKV einstimmig verabschiedete Fassung hielt an der unmittelbaren Rechtsetzung durch die IKS fest, allerdings eingeschränkt auf spezifische Bereiche. 10 Kantone sind dem Konkordat mittlerweile beigetreten, 16 Kantone fehlen noch, damit das neue Konkordat in Kraft treten kann.

84 Ausgenommen hiervon blieben die Entscheidungen über Publikumswerbung für Arzneimittel sowie über Verhütungsmittel, bei denen sich die Kantone ausdrücklich vorbehalten hatten, anders zu entscheiden als der Domizilkanton. Die Konkordatsrevision von 1971 hat hieran nichts geändert, sondern allein den Bereich der Herstellungskontrolle neu eingefügt.

85 Auslöser war eine abweichende Entscheidung des Kantons Solothurn bei der Einteilung in Verkaufsgruppen, welche die Rezept- und Apothekenpflicht regelt. Im Gegensatz zur IKS-Entscheidung wurden zugunsten der Drogisten bestimmte Produkte als nicht-apothekenpflichtig erklärt. Andere Kantone folgten, wodurch die Homogenität des schweizerischen Arzneimittelmarktes nicht mehr gewährleistet war.

Für den Fall, daß das Konkordat nicht zustande kommt, wird bereits die Alternative einer neuen Bundesbehörde zur Heilmittelkontrolle diskutiert, wodurch die Kantone einen wesentlichen Kompetenzbereich abgeben würden. Verbunden damit wären allerdings klarere politische Kontrollbeziehungen. Denn derzeit ist die IKS faktisch der Kontrolle durch die Parlamente entzogen. In kritischen Fällen kann die einzelne Kantonsregierung auf den Beschluß der Konferenz verweisen und die politische Verantwortlichkeit damit auf eine höhere, der unmittelbaren parlamentarischen Kontrolle entzogenen Institution verlagern, ähnlich wie dies bei den Länderministerkonferenzen in der Bundesrepublik der Fall ist (Interviews Nr. 4 und 6; Jost 1989; IKS 1988a; IKS 1988b; vgl. auch Abschnitt C.3).

In der Ausbildung wichtiger medizinischer Hilfsberufe ist die Regulierungskompetenz ohne formalen Entscheidungsvorbehalt von den Kantonen an das "*Schweizerische Rote Kreuz*" (SRK) delegiert worden. Die zentrale Stellung dieses privatrechtlichen Vereins für die Berufsausbildung wurde bereits 1951 mit einem Beschluß des Bundes anerkannt (Reinhart 1982: 19). Erst 1976 kam es jedoch zu einer gemeinsamen Regelung der Kantone, mit der sie ihre Zuständigkeit für die Berufsanerkennung bestimmter nichtärztlicher Gesundheitsberufe per Vertrag dem SRK übertrugen (Güntert/ Hofer 1983: 14). Die Grundlage für die Arbeit des SRK bildet hier, anders als im Arzneimittelbereich, kein Konkordat zwischen den Kantonen, sondern ein jährlich kündbarer Vertrag zwischen dem SRK und jedem der 26 Kantone. Dieser Vertrag listet die Berufe und die zu regelnden Ausbildungsstufen im einzelnen auf⁸⁶, wobei die Zahl der Ausbildungsgänge im Laufe der Jahre ständig erweitert worden ist⁸⁷. Das SRK kontrolliert in diesem Zusammenhang die privaten und öffentlichen Schulen. Es ist zudem autorisiert, Abschlüsse in den betreffenden Ausbildungszweigen anzuerkennen, die in anderen Ausbildungsstätten oder im Ausland erworben wurden. Wie die Abschlüsse des SRK haben auch diese automatisch in allen Kantonen Gültigkeit, sie bewirken jedoch noch keine automatische Zulassung zur Berufstätigkeit in den Kantonen⁸⁸. Ab-

86 Siehe SDK/ SRK 1976 mit Anhang zu Ziff. 1.1 v. 1.9.1985.

87 und noch erweitert wird. Im Auftrag der Kantone bereitet das SRK derzeit die Regelung vor für die Physiotherapeuten/innen, Gemeindeschwestern, die technischen Operationsassistenten/innen und Dentalhygieniker/innen (Interview Nr. 4).

88 Die Zulassung zur Berufstätigkeit ist in den Kantonen unterschiedlich geregelt, insbesondere bei der Ausübung selbständiger Tätigkeiten. Hier kommen beispielsweise Kriterien wie Staatsangehörigkeit und Berufserfahrung unterschiedlich zum Tragen (Wyss 1988: 23).

sprachen und Verhandlungen zwischen den Kantonen und dem SRK werden im Auftrag der Kantone von der "Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz" (s.u.) wahrgenommen. Ihr muß das SRK jährlich den Arbeits- und Budgetplan für das folgende Jahr zur Genehmigung vorlegen ebenso wie den Jahresbericht und die Abschlußrechnung für das vergangene Jahr. Die Finanzierungspflicht der Kantone erstreckt sich dabei auf die Kosten, die sich aus dem Vollzug der Vereinbarungen ergeben. Die Sanitätsdirektorenkonferenz nimmt außerdem Einfluß auf die laufende Arbeit des SRK durch ihre Vertreter in den Fachorganen (Günert/ Hofer 1983: 14/15, Interview Nr. 3).

Die "*Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz*" (SDK) ist die Konferenz der "Gesundheitsminister" der 26 Kantone und Halbkantone. Gegründet wurde sie bereits 1919, über ein ständiges Sekretariat mit vier hauptamtlichen Mitarbeitern verfügt sie erst seit 1978. Aufgabe der Konferenz ist es, den Koordinations- und Harmonisierungsbedarf zu befriedigen, der von seiten der Kantone selbst angemeldet wird. Als "Körperschaft des öffentlichen Rechts mit beschränkter Rechtsfähigkeit" (SDK 1990: 5) hat die Konferenz keinerlei rechtsetzende Funktion, sondern kann nur Empfehlungen erarbeiten, die von den einzelnen Kantonen in geltendes Recht umgesetzt werden müssen. Allerdings gibt es einige Bereiche, in denen Entscheidungskompetenzen explizit an die SDK delegiert worden sind. Hierzu gehörten die erwähnte Genehmigung des Berufsbildungsbudgets für das Schweizerische Rote Kreuz, die Kontrolle der Prüfung und die Ausstellung der Diplome für Chiropraktiker sowie die Anerkennung von Schulen für die Ausbildung von Spitalgehilfinnen. Im übrigen ist die Themenpalette der Konferenz so breit wie der gesundheitspolitische Kompetenzbereich der Kantone⁸⁹. Darüber hinaus vertritt die SDK die Kantonsinteressen gegenüber dem Bund und den Verbänden auf dem Wege institutionalisierter Konsultationsverfahren. So nehmen zum einen Vertreter der relevanten Bundesämter (Gesundheitswesen, Sozialversicherung und Sanität⁹⁰) als auch Vertreter des Schweizerischen

89 Zuletzt wurde im November 1989 auf Betreiben der SDK die "Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung" errichtet. Beteiligt sind an der Stiftung alle Kantone, der Bund, die Krankenkassen und die privaten Kranken- und Unfallversicherer. Die Kantone lösten hiermit ein Versprechen ein, das sie gegeben hatten, nachdem sie sich 1983 gegen ein Bundesgesetz über Prävention ausgesprochen hatten. Die neue Stiftung soll Möglichkeiten für ein landesweit koordiniertes Vorgehen auf dem Feld der Gesundheitsförderung schaffen (SDK 1989).

90 Das "Bundesamt für Sanität" (BASAN) ist Teil des Eidgenössischen Militärdepartements.

Roten Kreuzes und des Schweizerischen Instituts für Gesundheits- und Krankenhauswesen (SKI)⁹¹ an den Sitzungen der SDK und ihres Vorstandes teil. Die gesundheitspolitisch relevanten Verbände sind demgegenüber in speziellen Fachkommissionen der SDK vertreten⁹². Im Gegenzug ist die SDK in ständigen Kommissionen vertreten, in denen Aufgaben der Selbstverwaltung zwischen den Verbänden abgestimmt werden, beispielsweise in der "Weiterbildungskonferenz für Ärzte" (WBK) und der "Paritätischen Kommission 'Spitalleistungskatalog'" (vgl. Abschnitte B.5 und A.6.2). Beteiligt ist die SDK schließlich an den Tagungen der europäischen Regionalkomitees der WHO und den Konferenzen der europäischen Gesundheitsminister. Die Bestrebungen der EG zur gegenseitigen Anerkennung der Berufsabschlüsse üben dabei einen merklichen Druck auf die Schweiz aus, nicht hinter der erzielten Harmonisierung auf EG-Ebene zurückzubleiben (Interview Nr. 4, Wyss 1988: 24).

Festzuhalten bleibt als auffallendes Merkmal die institutionelle Verschränkung zwischen politischen und privaten Akteuren bei der Wahrnehmung staatlicher Normierungs- und Regulierungskompetenzen auch auf kantonaler Ebene. Private Interessenverbände sind damit nicht auf das Lobbying vor den Türen der politischen Entscheidungsträger verwiesen, sondern unmittelbar an der Entscheidungsfindung beteiligt bis hin zur Übertragung dieser Entscheidungskompetenzen auf den privaten Akteur selbst, wie im Fall des Roten Kreuzes. Ausgenommen hiervon bleibt dabei allerdings die Regulierung im Arzneimittelbereich, soweit es sich um den Kern des Zulassungsverfahrens handelt⁹³.

Zu seinen Funktionen siehe Güntert/ Hofer (1983: 10).

- 91 Das SKI versteht sich als unabhängiges Forschungs- und Beratungsgremium. Träger des SKI sind alle Kantone, drei größere Städte (Aarau, Bern, Zürich) und alle maßgeblichen Verbände des Gesundheitswesens (siehe SKI 1987). Für die Sanitätsdirektorenkonferenz und die Kantone erfüllt es Dokumentationsaufgaben und erstellt Analysen als Entscheidungsgrundlage (SDK 1990: 6).
- 92 Zu nennen sind hier speziell die Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (VESKA), die Verbindung Schweizer Ärzte (FMH), das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK) und die Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (SDK 1989: 6).
- 93 Demgegenüber wird die Frage der Marktabgrenzung wiederum z.T. unter Beteiligung der betroffenen Verbände entschieden, wie der Streitfall zwischen Apothekern und Drogisten um die Abgrenzung zeigt (vgl. Abschnitt C.3).

1.3 Kommunale Ebene

Die wesentlichen gesundheitspolitischen Zuständigkeiten der Kommunen liegen im öffentlichen Gesundheitswesen, in der stationären Versorgung und der Gemeindekrankenpflege. Grundlage der Kompetenzzuweisung bilden die jeweiligen kantonalen Gesundheitsgesetze. Im Rahmen der Bekämpfung epidemischer Krankheiten üben die Gemeinden vor allem gesundheitspolizeiliche Aufgaben aus. Im Bereich der Prävention organisieren sie neben Aufklärungsaktionen zu verschiedenen Themen auch den schulmedizinischen und schulärztlichen Dienst, Beratungsstellen für Schwangere und Mütter ebenso wie die Geburtshilfe bei Hausgeburten. Schließlich sind die Gemeinden verpflichtet, für pflegebedürftige oder vernachlässigte Kranke zu sorgen (Undritz 1987a: 20-22, Interview Nr. 1).

Zur Erfüllung dieser Aufgaben stehen nur in den großen Städten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich spezielle Gesundheitsämter zur Verfügung. Politisch verantwortlich ist hier und in den kleineren Gemeinden der "**Gesundheitsvorstand**", d.h. der zuständige Gemeinde- oder Stadtrat, der im Ressort Gesundheit meist zuständig ist für so unterschiedliche Problembereiche wie Abwasserentsorgung und primäre Gesundheitsversorgung⁹⁴. Eine durch den Gemeinderat bestellte ehrenamtliche "**Gesundheitskommission**" berät die Verwaltung u.a. bei Krankenhausneubauten und bei der Entwicklung gesundheitspolitischer Leitbilder (Güntert/ Hofer 1983: 23; Interview Nr. 1).

Für die Errichtung von Krankenhäusern haben sich Gemeinden häufig zu "**Spitalverbänden**" zusammengeschlossen. Diese Verbände bilden keineswegs nur Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern auch privatrechtliche Organisationen. Die von ihnen getragenen Krankenhäuser können entsprechend privat organisiert sein und ihr Personal auf der Grundlage privatrechtlicher Arbeitsverträge anstellen (Interview Nr. 3 und 10, vgl. auch Abschnitt C.2.3). Wirken kommunalpolitische Akteure auf diese Weise in den Bereich der privaten Leistungserbringer hinein, so sind es im Bereich der Gemeindekrankenpflege umgekehrt private Verei-

94 Die Aufmerksamkeit für die primäre Gesundheitsversorgung und damit für den Bereich der spitalexternen Krankenversorgung kommt dabei offensichtlich zu kurz. Um dies zu ändern, veranstaltet die "Schweizerische Vereinigung der Gemeindekranken- und Gesundheitspflegeorganisationen" (SVGO) Schulungskurse für Gesundheitsvorstände, mit denen man die Lokalpolitiker auch an die vernachlässigten Themen heranführen will (Interview Nr. 15).

ne, die das im Prinzip öffentliche Leistungsangebot bereitstellen. Über den Generalpassus der kantonalen Gesundheitsgesetze ist zwar "die spital-externe Krankenpflege Pflicht der Gemeinde"⁹⁵, doch bleibt es ihr freigestellt, ob sie diese Aufgabe selbst erfüllt oder an einen privaten Verein delegiert, was in den meisten Gemeinden der Fall ist. Diese "**Krankenpflegevereine**" waren ursprünglich oft kirchliche Organisationen, die sich später geöffnet haben und nun weitgehend von der Kommune finanziert und beaufsichtigt werden (Interview Nr. 15; Eschmann 1987).

Damit zeigt sich auch auf der kommunalen Ebene eine weitgehende Verschränkung zwischen öffentlichen und privaten Akteuren, wenn es darum geht, die kommunalpolitischen Funktionen in der Gesundheitspolitik wahrzunehmen.

2. Justiz

Gerichtlich zu entscheidende Streitfälle treten im schweizerischen Gesundheitssystem vor allem im Zusammenhang mit den Krankenversicherern auf. Kontrahenten sind Krankenkassen und Versicherte oder Krankenkassen und Ärzte. Im ersten Fall geht es i.d.R. um bestimmte Leistungen, die die Krankenkasse nicht übernehmen will, im zweiten Fall um den Vorwurf der Kasse gegenüber dem Arzt, nicht wirtschaftlich gearbeitet bzw. "überarztet" zu haben.

Anlaß zu Auseinandersetzungen zwischen Kassen und Ärzten bilden meist die Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Anders als in der Bundesrepublik werden diese in der Schweiz unmittelbar von den Kassen durchgeführt, wobei auch hier die Rechnungstellung des einzelnen Arztes mit dem mittleren Wert seiner Facharztgruppe verglichen wird. Werden signifikante Abweichungen festgestellt, meldet die Kasse gegenüber dem Arzt ihre Regreßforderung an. Dem letztinstanzlichen Gang zum Eidgenössischen Versicherungsgericht ist ein zweistufiges Vermittlungsverfahren vorgeschaltet. Zunächst werden die von der Kasse beanstandeten Fälle in einer paritätischen Kommission aus kantonalen Ärzte- und Kassenver-

95 Erst in den neueren, revidierten Gesundheitsgesetzen wird über diese allgemeine Kompetenzzuweisung hinaus der Bereich der "Spitex", vormalis der "häuslichen Krankenpflege", breiter und klarer ausformuliert.

tretern diskutiert und mit einem Vergleichsvorschlag versehen⁹⁶. Wird der Vorschlag von den Parteien nicht angenommen, kommt der Fall vor das "**kantonale Schiedsgericht**", das sich wiederum paritätisch zusammensetzt, jedoch von einem neutralen Vorsitzenden geführt wird (Art. 25 KUVG). Der Widerspruch einer der beiden Parteien gegen den Bescheid des Schiedsgerichts führt sie schließlich vor das "**Eidgenössische Versicherungsgericht**" (EVG). Streitfälle zwischen Kassen und anderen Leistungserbringern sehen das gleiche Verfahren mit entsprechend anders zusammengesetzten Vermittlungsgremien vor. Ist nicht die Kasse, sondern der Patient der "Honorarschuldner" ("tiers garant"), so vertritt dennoch die Kasse sein Anliegen, sofern sie ihm Aussicht auf Erfolg einräumt.

In der Auseinandersetzung zwischen Kassen und Versicherten kann zum einen die Kasse initiativ werden und die Frage ihrer Leistungspflicht von der "Fachkommission für Leistungsfragen" beim Eidgenössischen Departement des Innern klären lassen. Geht die Initiative vom Versicherten aus, so muß dieser seine Klage vor das kantonale und letztinstanzlich vor das Eidgenössische Versicherungsgericht bringen (vgl. auch Abschnitt A.6.1). In Streitfällen vor dem Versicherungsgericht besteht keine Anwaltpflicht, so daß der Patient sich selbst vertreten kann, wobei er sich fachkundigen Rat bei einer Patientenorganisation einholen kann, nämlich bei der "Schweizerischen Patientenorganisation" (SPO) oder bei einer lokalen "Patientenstelle"⁹⁷.

Auf die mehr als zehnjährige Aktivität dieser Patientenorganisationen ist es zurückzuführen, wenn heute vermehrt auch die Konflikte zwischen Patienten und Ärzten im Zusammenhang mit "ärztlichen Kunstfehlern" offen ausgetragen werden. Seit neuestem gibt es auch hier das Angebot von seiten der Ärztevereinigung, zunächst die von ihnen bereitgestellten Schlichtungsstellen in Anspruch zu nehmen. Kantonale Ärztesellschaften haben in ca. 15 Kantonen die Position eines "**Ombudsarztes**" eingerichtet, der als älterer, nicht mehr praktizierender Arzt bei Problemen jeglicher Art zwischen Patient und Arzt zu vermitteln sucht und in seinem Bemühen um Unabhängigkeit teilweise auch auf Anerkennung von seiten der Patientenvertreter trifft⁹⁸. Nach der Gründung der Patientenorganisa-

96 Vorgesehen ist eine solche paritätische Schlichtungskommission in den meisten kantonalen Tarifverträgen zwischen Kassen und Ärzten, siehe Ebert (1987: 17).

97 Von den durch die SPO betreuten Fällen vor dem Sozialgericht haben lt. Angaben dieser Organisation drei Viertel der Fälle bislang Erfolge gehabt.

98 Begonnen damit hat Zürich noch kurz bevor sich dort die erste Patientenorganisation gebildet hat. Dort ist die Zahl der Ombudsärzte inzwischen auf vier angestiegen. Im

tion hat die Verbindung der Schweizer Ärzte zudem eine eigene *Gutachterstelle* aufgebaut, die in Kunstfehlerfällen den Patienten gratis Gutachter zur Verfügung stellt⁹⁹. Eine gerichtliche Entscheidung wird schließlich vor den *Zivilgerichten* in einem Prozeß zwischen dem geschädigten Patienten und der Haftpflichtversicherung seines Arztes herbeigeführt.

3. Sozialpartner

Anders als in der Bundesrepublik Deutschland sind die Sozialpartner nicht unmittelbar an der Finanzierung und Verwaltung der Krankenversicherung beteiligt. Während daher die bundesdeutschen Arbeitgeber ihren Wettbewerbsnachteil auf dem Weltmarkt infolge der steigenden Lohnnebenkosten ins Feld führen, um eine Senkung der Sozialabgaben zu fordern, ist dies für die schweizerischen Arbeitgeberverbände kein Argument, um eine Reform der Krankenversicherung zu forcieren. Denn die Versicherungsbeiträge gehen in der Schweiz allein zu Lasten der Arbeitnehmer, und zwar in individuell so unterschiedlicher Weise, daß auch die Überwälzung der Beitragssteigerungen in kollektiven Lohn- und Gehaltserhöhungen kaum möglich ist. Entsprechend spielen die Arbeitgeberverbände als Initiator für Reformen in der Krankenversicherung keine wesentliche Rolle, wohl aber als Verhinderer, wenn es darum geht, Leistungsverbesserungen und einen sozial ausgleichenden Finanzierungsmodus über die Einführung von Arbeitgeberbeiträgen herzustellen. So scheitert die alte Forderung des *"Schweizerischen Gewerkschafts-Bundes"* (SGB), ein Versicherungsobligatorium in der Krankenpflegeversicherung oder zumindest in der Krankentagegeldversicherung einzuführen, bisher stets am Widerstand der Arbeitgeber. Dieser Widerstand ging dabei nicht nur vom *"Zentralverband der schweizerischen Arbeitgeberorganisationen"* (ZSAO) aus, sondern mit besonderer Entschiedenheit auch vom *"Schweizerischen Gewerbeverband"* (SGV). Er war zuletzt Initiator des Referendums gegen das Sofortprogramm der Regierung, das im Dezember

Zusammenhang mit "Kunstfehler"-Fragen hilft der Ombudsarzt bei der Suche nach Gutachtern, indem er stets mehrere Namen zur Auswahl stellt (Interview Nr. 12).

99 Wobei hier das Problem besteht, wirklich unabhängige Gutachter zu finden. Immerhin werden von dieser Gutachterstelle ca. 20% der angemeldeten Fälle als Kunstfehler anerkannt, 5% als nicht ganz eindeutig (Interview Nr. 12, vgl. auch Patientenstelle Zürich 1989).

1987 mit einer Ablehnung der vorgesehenen Finanzierung über lohnprozentuale Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge (des Mutterschaftstaggeldes) endete.

4. Krankenkassen

Nach dem schweizerischen Krankenversicherungsgesetz (KUVG) können unterschiedliche Versicherungsträger ihre Leistungen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Rahmens des KUVG anbieten ("Mehrfachträger-schaft", Maurer 1981: 278). Krankenkassen können zudem grundsätzlich auf den Status der "anerkannten Krankenkasse" und damit auf die Bundessubventionen verzichten, um den größeren Gestaltungsspielraum der privaten Krankenversicherungen wahrzunehmen. Doch die hohe Versicherungsdichte bei den anerkannten Krankenkassen zeigt deutlich, daß die Unterscheidung in *anerkannte und nicht anerkannte Kassen* in der Grundversicherung faktisch keine Bedeutung mehr hat. Die Grundversicherung ist zum Monopol der anerkannten Kassen geworden. Private Versicherungen haben dennoch nicht auf ihren Einfluß in diesem Bereich verzichtet. Sie haben selbst Kassen gegründet, die den Anforderungen des KUVG genügen und in den Genuß staatlicher Subventionen kommen. Auf der anderen Seite bieten auch die anerkannten Kassen private Zusatzversicherungen an, so daß trotz der institutionellen Trennung die Marktsegmente der gemeinnützigen und der kommerziellen Krankenversicherung miteinander verflochten sind.

Die anerkannten Kassen müssen den "Grundsätzen der Gegenseitigkeit" folgen (Art. 3 KUVG). Mit diesem Grundsatz ist sowohl die Bildung von öffentlichen als auch von privaten Kassen vereinbar. Grundlage für die Organisation der *öffentlichen Kassen* ist das öffentliche Recht der jeweiligen Kantone. Die Kassen können dabei in die städtische Verwaltung integriert sein oder als selbständige, öffentlich-rechtliche Anstalt betrieben werden. Daneben können die Kantone jedoch auch private Krankenkassen errichten. Die *privaten Krankenkassen* haben sich bei ihrer Gründung zwischen einer von drei Rechtsformen zu entscheiden, und zwar zwischen der Genossenschaft, dem Verein oder der Stiftung. Innerhalb der privaten Kassen wird zudem zwischen offenen und geschlossenen sowie zwischen zentralisierten und regionalen Kassen unterschieden. Die *geschlossenen Kassen* knüpfen an die berufsständische

Tradition an. Sie haben den Kreis ihrer Mitglieder per Satzung auf eine bestimmte Gruppe von Personen beschränkt, heute üblicherweise auf die Mitarbeiter eines Betriebs (Betriebskrankenkassen). *Offene Krankenkassen* akzeptieren hingegen den Beitritt aller Bewohner ihres Einzugsgebietes. Dieses Einzugsgebiet kann territorial auf eine Kommune oder eine Region beschränkt sein, weshalb man hier generell von *regionalen Kassen* spricht. Die *zentralisierten Kassen* sind hingegen offene Kassen, die ihr Tätigkeitsgebiet auf die gesamte Schweiz erstrecken (Maurer 1981: 281-283).

Die regionale Kasse war ursprünglich der verbreitetste Kassentyp. Noch 1966 vereinigte er knapp 35% der Versicherten auf sich¹⁰⁰. Schon damals zeichnete sich jedoch ein Prozeß der Konzentration auf die zentralisierten Kassen ab, der sich bis heute fortgesetzt hat: 1966 waren 47,3% der Versicherungsverträge in der Grund- und Krankengeldversicherung bei einer der acht zentralisierten Kassen abgeschlossen worden, heute vereinigen die 11 größten Kassen 70,5% dieser Versicherungsverträge auf sich. "Opfer" des Konzentrationsprozesses sind die kleinen, regional begrenzten Kassen unter Einschluß der öffentlichen Krankenkassen. Bei einer expandierenden Versicherungsdichte ist ihr "Marktanteil" unter den anerkannten Kassen auf 5,2% (öffentliche Kassen) bzw. 17,4% zurückgegangen¹⁰¹. Die problematische Lage vor allem der öffentlichen Kassen zeigt sich dabei an ihrer konstant niedrigen Durchschnittsgröße. Während sowohl die Betriebskrankenkassen als auch die kleineren Kassen mit einer Mitgliederzahl unter 100.000 ihre durchschnittlichen Versichertenzahlen im Laufe der Zeit ständig vergrößern konnten, blieb die Durchschnittsgröße der öffentlichen Kassen konstant. Bei insgesamt steigender Versicherungsdichte konnten sie nur ihren einmal erreichten Mitgliederbestand halten, dessen Risikostruktur sich durch zunehmende Alterung zwangsläufig verschlechterte.

Ursache des Konzentrationsprozesses ist die Konkurrenz der anerkannten Krankenkassen untereinander, die sich in Zukunft noch verschärfen

100 Siehe Tabelle 2.8, in der die Rubrik der "anderen Kassen" in der Hauptsache die regionalen Kassen und ihre Versicherten erfaßt. Da das BSV als "Versicherte" getrennt die Personen in der Grund- und der Krankengeldversicherung zählt, sind die hier angegebenen Werte nur auf die entsprechenden Versicherungsverträge zu beziehen und nicht als Zahl der versicherten Personen zu interpretieren.

101 Vor 1979 waren die regional begrenzten Kassen in der Rubrik der "anderen Kassen" zu finden, nach 1979 in der Rubrik der "Kassen mit weniger als 100.000 Mitgliedern", die jedoch auch kleinere gesamtschweizerische Kassen umfaßt.

Tabelle 2.8: Kassen und Versicherte^a nach Kassenarten

Jahr	öffentliche Kassen			Betriebskranken- kassen			andere Kassen			zentralisierte Kassen		
	Zahl ^b	Vers. ^c	% ^d	Zahl	Vers.	%	Zahl	Vers.	%	Zahl	Vers.	%
1966	215	2.679	10,4	279	1.480	7,4	396	4.886	34,9	8	328.434	47,3
1970	205	2.772	9,3	249	1.808	7,4	353	5.696	33,1	8	381.535	50,2
1975	188	2.892	8,2	185	2.599	7,3	281	7.319	31,1	8	442.623	53,5
							offene und andere Kassen					
							< 100.000 Mitgl.			> 100.000 Mitgl.		
1979	179	2.667	7,1	152	3.245	7,3	236	6.276	22,0	10	428.374	63,6
1980	178	2.623	6,9	140	3.513	7,2	227	6.599	22,0	10	435.482	63,9
1981	178	2.564	6,6	132	3.784	7,2	217	6.707	21,1	10	449.813	65,1
1982	177	2.510	6,4	123	4.099	7,2	204	7.120	20,8	10	458.164	65,6
1983	175	2.445	6,1	113	4.424	7,1	194	7.144	19,7	10	470.837	67,1
1984	174	2.400	5,9	100	4.891	6,9	177	7.684	19,3	10	478.600	67,9
1985	173	2.380	5,8	94	5.193	6,9	172	7.935	19,2	10	483.875	68,1
1986	172	2.346	5,6	89	5.604	6,9	160	8.011	17,9	11	453.967	69,6
1987	142	2.658	5,2	84	5.922	6,8	148	8.552	17,4	11	465.608	70,5

a Die Zahl der Versicherten erfaßt nicht die Versicherten als Person, sondern die Zahl der getrennt abgeschlossenen Verträge in der Pflege- und in der Krankengeldversicherung.

b In allen Spalten: Zahl = Zahl der Krankenkassen

c In allen Spalten: Vers. = Durchschnittliche Zahl der Versicherten pro Kasse

d In allen Spalten: % = Zahl der Versicherten in der jeweiligen Kassenart in % der Gesamtzahl aller Versicherten in anerkannten Krankenkassen

Quelle: BSV (1989b)

wird. Denn mit einer Versicherungsdichte von ca. 99% ist der "Markt" in der Grundversicherung ausgeschöpft (siehe Tabelle 2.6), und Mitgliederzuwächse sind nur noch auf Kosten der Konkurrenten zu realisieren. Fragt man, warum gemeinnützige, nicht am Gewinn orientierte Kassen überhaupt auf Expansion der Mitgliederzahlen setzen, so ist die Ursache dafür vor allem in den von Anbeginn vorhandenen strukturellen Unterschieden zwischen regional begrenzten und zentralisiert gesamtschweizerischen Kassen zu sehen. Mit zunehmender Mobilität mußte die Mitgliedschaft in einer zentralisierten Kasse vor allem für die jüngeren, mobileren Teile der Bevölkerung an Attraktivität gewinnen, konnten sie doch auch bei Arbeitsplatz- und Wohnortwechsel in der gleichen Kasse bleiben und höhere Beiträge infolge eines steigenden Eintrittsalters vermeiden. Die regionalen Kassen konnten allein mit der Werbung neuer Mitglieder

oder der Ausdehnung des eigenen Einzugsgebietes einer Verschlechterung des Einnahme/Ausgabeverhältnisses entgegenwirken, und so den Teufelskreis aus Abwanderung guter Risiken, höheren Beitragssätzen und weiteren Abwanderungen vermeiden. Der Wettbewerbsdruck für die kleinen Kassen wurde und wird noch immer durch die Subventionierung des Bundes verstärkt, da diese keinen Unterschied zwischen guten jüngeren und schlechten älteren Risiken macht und gemessen an den Ausgaben die Kassen mit der guten Risikostruktur überproportional subventioniert (siehe auch Abschnitt A.5).

In dieser Situation versuchen die Kassen seit den 1950er Jahren die Wettbewerbspraktiken so weit zu regulieren, daß aggressive Methoden des gegenseitigen Abwerbens von Versicherten ausgeschlossen werden¹⁰². Hierauf und auf die Unüberschaubarkeit des Marktes in den Preis-Leistungs-Verhältnissen führte man bislang die Beobachtung eines fehlenden Preiswettbewerbs zurück. Nach einer Fallstudie von Bartelt/ Molinaro (1984) fand Wettbewerb vielmehr über das Image statt und konzentrierte sich auf den eigenen Mitgliederbestand als wichtigsten Werbeträger. Eine kulante Fallbehandlung und das Angebot eines umfassenden Versicherungsschutzes mittels privater Zusatzversicherungen gehörten dabei zu den wichtigsten "vertrauensbildenden" Maßnahmen, die die Bereitschaft der eigenen Mitglieder, in eine Kasse mit günstigerer Prämie zu wechseln, senken sollten¹⁰³.

Der Befund eines fehlenden Preiswettbewerbs scheint heute jedoch überholt zu sein. Mit der weitgehenden Ausschöpfung des Marktes in der Grundversicherung hat der Wettbewerb unter den Kassen offensichtlich eine neue Dimension erreicht. Das Stichwort "Dumping-Prämie" (Sommer 1987: 55) zeigt an, daß kollektive Absprachen zur Ausschaltung des Preiswettbewerbs außer Kraft gesetzt sind. Zwar treffen sich die großen Kassen zur Absprache von Mindestprämien, doch meist werden diese Absprachen kurz darauf von einem Teilnehmer unterboten. Zudem werden auch heute noch Kassen neu gegründet, um mit einem Stamm

102 Zu den Grundsätzen der Mitgliederwerbung des "Konkordats der Schweizerischen Krankenkassen" (s.u.) gehört u.a. das Verbot von Leistungs- und Prämienvergleichen mit anderen Konkordatskassen und die Abwerbung von bereits bei einer Konkordatskasse versicherten Mitgliedern, ferner sind Konkurrenzofferten bei Kollektivversicherungen nur zulässig, wenn sie vom Versicherungsnehmer selbst schriftlich verlangt werden, vgl. die Grundsätze für die Mitgliederwerbung, abgedruckt in: KSK (1990a: 77-79).

103 Bartelt/ Molinaro (1984) haben das Wettbewerbsverhalten der Kassen sowie Kassenwahlund -wechsel der Versicherten in der Region St. Gallen untersucht.

junger Versicherter dem Konkurrenten in seinem traditionellen Einzugsgebiet die guten Risiken abzuwerben (Interview Nr. 2).

Anerkannte Kassen dringen ferner über ihren wachsenden Anteil am Markt der privaten Zusatzversicherungen in den herkömmlichen Bereich der kommerziellen Privatversicherer ein¹⁰⁴. Einige der Privatversicherer haben im Gegenzug selbst anerkannte Krankenkassen gegründet, um hierüber ihren Anteil im Geschäft der Zusatzversicherungen langfristig zu sichern¹⁰⁵. Der Hinweis auf die Konkurrenz der Privatassekuranz gibt den Kassen dabei die Möglichkeit, die Ausweitung der Kollektivversicherungen und die damit einhergehende "Entsolidarisierung" unter den Versicherten zu rechtfertigen (siehe Abschnitt A.5). So lehnen sie Bestrebungen, den Abschluß von Kollektivverträgen politisch zu verbieten, mit der Begründung ab: "Wenn wir es nicht tun, macht es die Privatassekuranz"¹⁰⁶. Das Expansionsbestreben der einzelnen Kassen gerät damit endgültig in einen nicht aufzulösenden Gegensatz zu den ursprünglichen Zielen der "sozialen Krankenversicherung", die die Solidarität zwischen Alt und Jung und zwischen den Geschlechtern sichern wollte¹⁰⁷. Während diese Art der "Kommerzialisierung" der Gemeinnützigen in den USA jedoch vor allem auf den Konkurrenzdruck der kommerziellen Anbieter zurückzuführen ist, ist es in der Schweiz die Konkurrenz der gemeinnützigen Kassen untereinander, die diese Entwicklung eingeleitet hat und

104 Und zwar vor dem Hintergrund des allgemeinen Einkommensanstieges seit den 1960er Jahren. Die Krankenkassen haben außerdem auch private Versicherungen gegründet, da sie im Rahmen der Unfallversicherung nur die Grundpflegeversicherung anbieten können und die kommerzielle Tochter es ihnen nunmehr ermöglicht, das gesamte Paket im Unfallbereich bereitzustellen (Interview Nr. 2).

105 Die erste Gründung erfolgte vor ca. 15 Jahren, zwei weitere kamen hinzu. Die neuen Kassen bieten nur die Grundversicherung an, ihre privaten Zusatzversicherungen lassen sie von den kommerziellen Mutterfirmen abwickeln, die anders als die Krankenkassen nicht an die Auflagen des KUVG, etwa bei der Prämiengestaltung (z.B. nur um 10% höhere Prämien für Frauen), gebunden sind und den guten Risiken bessere Bedingungen anbieten können (Interview Nr. 9).

106 Interview Nr. 2. Wobei der hohe Anteil der Versicherten in der Grundversicherung zeigt, daß diese Furcht kein Reflex auf eine schon eingetretene, sondern lediglich auf eine gedanklich antizipierte Entwicklung ist.

107 Das "Konkordat" (s.u.) bemüht sich um Entschärfung dieses Gegensatzes in seiner "Kommission für Kollektivversicherung", die mehrheitlich empfahl, die Kollektivversicherung stärker wieder auf Betriebe zu konzentrieren, die Aussteuerung der Rentner zu vermeiden sowie die Prämien nicht wesentlich von denen in der Einzelversicherung abweichen zu lassen (KSK 1990b: 41/42).

die nun allerdings verstärkt wird durch die Konkurrenz mit der Privatassekuranz¹⁰⁸.

Auf der bundespolitischen Ebene werden die anerkannten Kassen vom "**Konkordat der schweizerischen Krankenkassen**" (KSK) vertreten. Gegründet wurde das "Konkordat" 1891 als Verband der ostschweizerischen Krankenkassen. Für die Krankenkassen der französischen und der italienischen Schweiz bestanden separate Regionalverbände ("*Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*", "*Federazione ticinese delle casse malati*"), die 1985 im "Konkordat" als dem gemeinsamen Dachverband aller schweizerischen Kassen aufgingen. Mitglieder des Konkordats sind alle 26 kantonalen Kassenverbände, der Liechtensteiner Krankenkassen-Verband und die großen Kassen als direkte Mitglieder¹⁰⁹. Die Aufgaben des Konkordats konzentrieren sich auf die Vertretung der Kasseninteressen in der Bundespolitik, wozu auch die Beteiligung an den ständigen Fachkommissionen unter Leitung des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) gehört. Im Zusammenhang mit Tariffragen vertritt das Konkordat die Kassen dort, wo Tarife oder tarifliche Rahmenbedingungen mit Leistungserbringern auf gesamtschweizerischer Ebene ausgehandelt werden¹¹⁰. Bei den tariflichen Rahmenbedingungen zeichnet sich in den letzten Jahren das Bemühen ab, zu einer stärkeren Harmonisierung der kantonal ausgehandelten Tarife zu kommen. So will man bei den ärztlichen Leistungen zumindest in allen Kantonen zu einer gleichen Bezeichnung und Tarifstruktur gelangen, was heute noch keineswegs der Fall ist¹¹¹. Treibende Kraft dieser Bestrebungen sind vor allem die zentralisierten Krankenkassen, deren Verwaltung durch die bestehende

108 Zur Entwicklung in den USA vgl. Marmor/ Schlesinger/ Smithey (1986).

109 Vor der letzten Statutenänderung konnte jede Kasse mit mindestens 5.000 Mitgliedern im Sitzkanton direktes Mitglied werden und damit eigene Delegierte entsenden. Heute muß eine Kasse gesamtschweizerisch mehr als 20.000 Mitglieder haben. Entsprechend haben die großen Kassen heute einen stärkeren Einfluß auf die Politik des Konkordats. Direkte Mitglieder sind ferner spezielle Kassenverbände wie der Schweizerische Verband der Betriebskrankenkassen und der Schweizerische Verband öffentlicher Krankenkassen (KSK 1990b).

110 Die Tarife werden zentral verhandelt mit den Chiropraktikern, den Physiotherapeuten und den Ergotherapeuten bzw. den ergotherapeutischen Zentren des Roten Kreuzes. Die Zahnärzte verhandeln ihre Tarife formal noch mit der "Union der Schweizerischen Krankenkassenverbände", dem Dachverband der drei Regionalverbände, der juristisch noch weiterbesteht, dessen Funktionen heute aber vom Konkordat wahrgenommen werden.

111 Andere Harmonisierungsbemühungen finden statt bei der Tarifierung in der stationären Behandlung, der ambulanten Behandlung im Krankenhaus und bei den Vereinbarungen für die Halbpripatienten in den Krankenhäusern (KSK 1990).

Heterogenität erheblich erschwert wird, während die regionalen "Kassenfürsten" an kantonalen Eigenheiten festhalten wollen.

Ein Ausgleich zwischen den Interessen der verschiedenen Kassen muß in dieser Situation äußerst schwierig sein. Rationalisierungs- und Harmonisierungsbestrebungen der großen Kassen stoßen auf den Argwohn der kleinen, um ihr Überleben kämpfenden Kassen, und die Großen selbst überprüfen kritisch, ob man Reformvorschlägen des Konkurrenten nicht aus Werbegründen ein Gegenmodell entgegensetzen sollte¹¹². Die gesundheitspolitische Position des Konkordats kann unter diesen Umständen kaum hinausgehen über eine Verteidigung solcher Interessen, die allen Kassen gemeinsam sind, und hierzu gehört die Aufstockung der Bundes-subventionen.

Die *kantonalen Krankenkassenverbände* als föderale Untergliederungen des Konkordats haben die zentrale Aufgabe, die Tarifverhandlungen mit den Verbänden der Ärzte und der Krankenhäuser zu führen. Die Konkurrenz unter den Kassen verschafft den Leistungserbringern dabei einen Verhandlungsvorteil, der verstärkt wird dadurch, daß bislang meist neben- und ehrenamtliche Funktionäre die Kassen in den Tarifverhandlungen vertraten. Mit dem zunehmenden Einfluß der zentralisierten Kassen bekommt jedoch das Element des professionellen Managements auf der Kassenseite ein größeres Gewicht, wodurch die Leistungserbringer in Zukunft stärker unter Druck geraten dürften¹¹³ (vgl. auch Abschnitte C.1 und C.2).

In diesem Zusammenhang ist auf den hohen Laienanteil als typisches Merkmal in der Kassenverwaltung hinzuweisen, und zwar sowohl bei den regionalen als auch bei den großen zentralisierten Kassen, die selbst über eine Vielzahl lokaler Geschäftsstellen verfügen. Zu Beginn der 1980er Jahre wurden ca. 4/5 aller Geschäftsstellen durch nebenamtliche Helfer im sogenannten "Milizsystem" geführt und nur in 10% gab es

112 So kam es denn auch zu den beiden gegeneinander konkurrierenden Reformmodellen: das "Bonus-System" und die "Gesundheitskasse - HMO", welche zunächst von jeweils unterschiedlichen Kassen initiiert wurden. Aus Wettbewerbsgründen bieten inzwischen allerdings mehrere Kassen, die zu den Trägern einer HMO gehören, gleichzeitig auch den Bonus-Tarif an, der eigentlich ein Bonus-Malus-Tarif nach Art der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung ist (siehe Kapitel 6, Abschnitt 2.2.2).

113 Allerdings sind auch die kantonalen Vertreter der großen Kassen keine Garantie für die leichtere Durchsetzung der Harmonisierungsbestrebungen, führen doch auch diese Mitarbeiter nicht selten die Notwendigkeit kantonalen Eigenheiten als Argument ins Feld, um offensichtlich so ihre Selbständigkeit gegenüber der Kassenzentrale zu bewahren (Interview Nr. 2).

mehr als eine hauptamtlich beschäftigte Person (Günter/ Hofer 1983: 40)¹¹⁴. Die Dominanz der Laien in der Kassenverwaltung vor Ort begünstigt zweifelsohne die oben beschriebene kulante Handhabung in der Leistungsgewährung, stehen doch die nebenamtlichen Funktionäre vor Ort dem Interesse ihrer Mitglieder näher als professionelle Versicherungsmanager.

5. Ärzte

Steigende Ärztezahlen kennzeichnen die Situation im schweizerischen Gesundheitssystem ebenso wie in der Bundesrepublik Deutschland. Die Zahl der Studienanfänger im Fach Humanmedizin stieg bis Mitte der 1970er Jahre kontinuierlich an und erreichte 1976 mit 1.075 Neuzugängen ihren Höhepunkt. Anders als in der Bundesrepublik bestand an den Universitäten des Landes für die Studenten mit schweizerischer Staatsangehörigkeit auch in der Zeit der großen Zuwächse kein Numerus clausus, so daß die Bildungsexpansion unmittelbar zu einer Zunahme der Medizinstudenten und der diplomierten Ärzte führen konnte. Seit 1976 nimmt die Zahl der Neuzugänge im Fach Medizin jährlich allerdings nur noch um ca. 3-4% zu, so daß das Thema Numerus clausus heute an Aktualität verloren hat¹¹⁵, während das Problem steigender Ärztezahlen fortbesteht. Denn der Zugang neuer Ärzte in die Niederlassung wird auch in Zukunft die Zahl der Abgänge weit übersteigen, so daß ein Ende der Expansion hier noch nicht absehbar ist¹¹⁶.

Der Anstieg der Ärztezahlen hat dabei zu einer deutlichen Zunahme der angestellten Ärzte, speziell der Assistenzärzte in den Krankenhäusern geführt, während der Anteil der Ärzte in freier Praxis parallel dazu in den Jahren 1945 bis 1988 von 70% auf 52% zurückgegangen ist (siehe Tabelle 2.9).

114 Haupt- und nebenamtliche Mitarbeiter werden dabei fortlaufend durch die Kassen bzw. ihre Organisationen geschult (Interview Nr. 2).

115 Interview Nr. 8. Die Zahl der Absolventen erreichte 1978 mit 850 ihren Höhepunkt (Koch 1984: 20-30).

116 Die Zahl der Ärzte, die ihre Praxis aus Altersgründen schließen, ist offenbar so gering, daß nach Meinung einiger Experten das Problem der "Ärztenschwemme" allein dadurch gelöst werden könnte, daß man den Ärzten verbieten würde, nach Erreichen des 65. Lebensjahres weiterzuarbeiten (Interview Nr. 2).

Tabelle 2.9: Entwicklung der Ärzteschaft, 1945-1989

Jahr	berufstätige Ärzte ohne Praxistätigkeit				Ärzte in freier Praxis		berufstätige Ärzte insgesamt
	insg.	in %			insg.	in %	
			davon:				
			Beamte/ Angestellte	Assistenten			
1945	1.564	29,7	121	1.443	3.708	70,3	5.272
1950	1.951	32,6	131	1.820	4.041	67,4	5.992
1955	2.295	33,4	150	2.145	4.570	66,6	6.865
1960	2.534	34,0	233	2.301	4.908	66,0	7.442
1965	2.884	35,8	329	2.555	5.174	64,2	8.058
1970	3.716	40,3	476	3.240	5.508	59,7	9.224
1975	5.662	47,5	817	4.845	6.248	52,5	11.910
1980	8.115	52,1	1.023	7.092	7.473	47,9	15.588
1985	8.368	47,4	946	7.422	9.299	52,6	17.667
1988	9.401	47,9	1.087	8.314	10.240	52,1	19.641
1989	9.155	47,1	...	...	10.278	52,9	19.433

Quelle: Auswertung und Zusammenstellung der FMH, Abteilung Statistik; Werte für 1988 und 1989: FMH (1989 und 1990)

Trotz der hohen Zuwächse hält sich die Arbeitslosigkeit unter den Ärzten, verglichen mit der in den europäischen Nachbarländern, in Grenzen und hat sich seit einigen Jahren auf ca. 100 bei den Arbeitsämtern gemeldete Personen eingependelt. Diese relativ geringe Zahl ist nicht zuletzt Ergebnis einer Standespolitik, die darauf hingewirkt hat, die Zahl der Weiterbildungsstellen an den Krankenhäusern parallel zur Zunahme der Absolventenzahlen an den Hochschulen auszuweiten (Interview Nr. 8).

Die Phase der Weiterbildung beginnt nach dem Abschluß des Universitätsstudiums mit dem eidgenössischen Diplom. Grundsätzlich kann sich der Inhaber des eidgenössischen Diploms bereits unmittelbar nach dem Studium als praktischer Arzt niederlassen. Die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner oder zum Facharzt ist freiwillig und wird von der Standesorganisation der Ärzte, der "*Verbindung der Schweizer Ärzte*" (FMH), reguliert. Ca. 60% der Ärzte erwerben den "Facharztstitel FMH". Die vorgeschriebene Weiterbildungszeit beträgt mindestens 5 Jahre. Während sich jedoch die deutschen Kollegen bereits nach durchschnittlich

5,5 Jahren niederlassen, haben die Ärzte in der Schweiz ihre freiwillige Weiterbildungszeit von einem Durchschnitt von 1950: 7 Jahren auf 1985: 9,5 Jahre ausgedehnt¹¹⁷.

Mit dem raschen Anstieg der Studienabsolventen in den 1970er Jahren wurde die Zahl der Assistentenstellen an den Krankenhäusern ausgebaut, doch das erweiterte Stellenangebot trifft heute auf eine Situation, in der die Zahl der Universitätsabgänger sinkt. Kleinere Krankenhäuser und weniger attraktive Ausbildungsgänge stehen nun vor dem Problem, ihre freien Assistentenstellen zu besetzen. Die schweizerische "Ärzteschwemme" erscheint damit derzeit weniger als ein Problem des stationären als vielmehr des ambulanten Sektors, in dem die Ärztedichte kontinuierlich zunimmt und die Einkommenschancen sinken (Interview Nr. 8, siehe auch Abschnitt C.1).

Die Interessenvertretung der Ärzte auf kantonaler Ebene ist Sache der jeweiligen *kantonalen Ärztesellschaften bzw. -vereinigungen*, die auf nationaler Ebene zusammengeschlossen sind zur "*Verbindung der Schweizer Ärzte*" (FMH = Foederatio Medicorum Helveticorum). Im Unterschied zu den bundesdeutschen Ärztekammern sind diese Ärzteorganisationen private Vereine und die Mitgliedschaft in ihnen ist freiwillig¹¹⁸. Doch sind nach Angaben der FMH mit ca. 10.000-11.000 ordentlichen sowie ebenso vielen außerordentlichen Mitgliedern knapp 95% aller schweizerischen Ärzte in ihr organisiert. Ordentliches Mitglied wird jeder niedergelassene Arzt automatisch mit seinem Beitritt zur kantonalen Ärztesellschaft. Ärzte in der Phase der Weiterbildung können demgegenüber nur außerordentliche Mitglieder werden, und zwar entweder durch direkte Mitgliedschaft in der FMH oder indirekt als Mitglieder in dem "Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte" (VSAO) (zum VSAO siehe weiter unten). Ihren hohen Organisationsgrad sowohl unter den Krankenhausärzten als auch unter den niedergelassenen Ärzten erzielt die FMH freilich durch selektive Anreize für jede dieser beiden Gruppen. Für die Krankenhausärzte ist die (außerordentliche) Mitgliedschaft in der FMH Voraussetzung für die Teilnahme an der Weiterbildung zum FMH-Allgemeinmediziner und zum FMH-Spezialarzt. Für die niedergelassenen

117 Die freiwillige Weiterbildungszeit liegt dabei bei den "Spezialärzten", d.h. den nicht allgemeinmedizinischen Fachärzten, um durchschnittlich 2 Jahre über der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner; die vorgeschriebene Weiterbildungszeit ist je nach Fach 5 bis 6 Jahre (Arnold 1989: 32/33, Schläppi 1988: 11).

118 Mit dem Begriff der "Ärztekammer" wird in der Schweiz demgegenüber die Delegiertenversammlung der FMH bezeichnet.

Ärzte ist die Mitgliedschaft in der kantonalen Ärztegesellschaft (und damit in der FMH) Voraussetzung dafür, unmittelbar in den Vertrag einbezogen zu werden, der zwischen Kassen und Ärztevereinigung ausgehandelt wird (siehe Abschnitt C.1). Unter diesen Bedingungen ist der Verzicht auf eine Mitgliedschaft in der FMH für einen Arzt mit so erheblichen Nachteilen verbunden, daß er faktisch kaum umhinkann, der kantonalen Ärztevereinigung und dem Dachverband FMH beizutreten.

Hauptaufgabe der FMH ist die Interessenvertretung auf bundespolitischer Ebene. Sie leitet auch die "Weiterbildungskonferenz", die als Organ der FMH seit 1979 alle an der Weiterbildung von Ärzten beteiligten Institutionen vereinigt und Grundsätze der Weiterbildung vereinbart, deren Umsetzung jedoch wiederum Sache der FMH ist. Nach bekanntem Muster sind hier private Organisationen und politische Akteure gemeinsam beteiligt¹¹⁹. Neben der ärztlichen Weiterbildung wird innerhalb der FMH auch die Ausbildung der Arztgehilfinnen reguliert. Eine wichtige Rolle spielt die FMH ferner in den Fachkommissionen des Bundesamtes für Sozialversicherung sowie bei den "Vernehmlassungsverfahren" des Bundes, d.h. den Anhörungsverfahren bei Gesetzesentwürfen. Zudem bietet die FMH ihren Mitgliedern eine Reihe von Dienstleistungen an. Speziell zur Unterstützung des niedergelassenen Arztes bei den wirtschaftlichen Aspekten der Praxisführung wurde das "*Ärztessyndikat*" als selbständige Genossenschaft gegründet, der die ordentlichen Mitglieder automatisch angehören.

Die Ausübung des Disziplinarrechts und die Führung der Tarifverhandlungen ist demgegenüber Angelegenheit der *kantonalen Ärztevereinigungen*. In Fragen des Disziplinarrechts ist der Bundesverband lediglich Rekursinstanz. Zur Koordination der kantonalen Ärztevereinigungen auf der Ebene der Sprachregionen bestehen, ähnlich wie ehemals bei den Krankenkassen, drei Regionalverbände: der "*Verband der deutschschweizerischen Ärztegesellschaften*" (VEDAG), die "*Société médicale de la Suisse romande*" (SMSR) und die "*Ordine dei medici del Cantone Ticino*" (OMCT). Die sprachregionalen Unterschiede werden in dem Moment relevant, in dem sie mit grundlegenden Einstellungs- und Interessenunterschieden zusammenfallen, wie etwa in der Frage der Drogenpolitik

119 Das sind FMH, VSAO, die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), die Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (VESKA), die 5 medizinischen Fakultäten, das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) und der leitende Ausschuß der eidgenössischen Medizinalprüfungen (siehe Verbindung der Schweizer Ärzte 1986: 183).

oder der Selbstdispensation¹²⁰. Als weitere Untergliederung innerhalb der FMH sind ferner die 28 **Fachgesellschaften** zu nennen. Gebildet werden sie durch die einzelnen Facharztgruppen, und eine ihrer zentralen Aufgaben ist die Mitwirkung bei der Entwicklung der Curricula für die ärztliche Weiter- und Fortbildung.

Vergleicht man die Organisation der schweizerischen Ärzteschaft mit der bundesdeutschen, so unterscheidet sie sich vor allem durch

- die Freiwilligkeit der Mitgliedschaft und die privatrechtliche Form der Organisation,
- die gleichzeitige Wahrnehmung von regulativen Funktionen und berufsständischer Interessenwahrnehmung durch ein und dieselbe Dachorganisation (FMH) und
- die Integration der Krankenhausärzte in der FMH, deren eigentliche Basis die niedergelassenen Ärzte als ordentliche Mitglieder sind.

So bildet die FMH eine Mischung aus zwei Organisationstypen, dem einer politischen Interessenvertretung, vorrangig für die Interessen der niedergelassenen Ärzte, und dem einer berufsständischen Selbstverwaltungskörperschaft nach Art der deutschen Ärztekammern mit Zuständigkeit für die gesamte Ärzteschaft.

Die Krankenhausärzte haben ihren eigenen, rechtlich selbständigen Verband, den "**Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte**" (VSAO). Verglichen mit seiner bundesdeutschen Schwesterorganisation, dem "Marburger Bund", hat er einen schwierigeren Stand, da er sich als Tarifpartner nicht profilieren kann. Denn die Gehälter für die Angestellten im öffentlichen Dienst sind kein Ergebnis von Tarifverhandlungen, sondern werden von der Kantonsregierung per Erlaß verordnet (siehe Abschnitt C.2). Lobbying und offizielle Konsultationsverfahren eröffnen zwar Einflußkanäle, deren Nutzung durch den Verband jedoch keineswegs die gleiche öffentliche Sichtbarkeit hat wie die Teilnahme an bipolaren Tarifverhandlungen. 1986 konnte der Verband 3.000 Mitglieder ausweisen, heute sind es insgesamt 6.500 Mitglieder, davon 5.500 Assistenz- und Oberärzte, 200 leitende Krankenhausärzte und 800 niedergelassene

120 In der Drogenpolitik haben die deutschschweizerischen Verbände traditionell eine liberalere Haltung als die französischschweizerischen. In der Frage des Arzneimittelverkaufs durch den Arzt (Selbstdispensation) möchten hingegen die deutschschweizerischen Ärzteverbände auf dieses vor allem von ihren Mitgliedern genutzte Privileg nicht verzichten (Interview Nr. 8).

Ärzte¹²¹. Bezogen auf die Assistenz- und Oberärzte verfügt der VSAO über einen Organisationsgrad von ca. 65%. Die bemerkenswerte Steigerung der Mitgliederzahlen seit 1986 wird vom VSAO zum einen auf eine verbesserte Mitgliedererfassung zurückgeführt¹²², zum anderen aber auch auf eine neue Akzentuierung bei der Vertretung der Mitgliederinteressen. Seit 1983 werden von einzelnen Sektionen verstärkt Forderungen nach Arbeitszeitverkürzung gestellt und seit 1987 vom VSAO auch auf gesamtschweizerischer Ebene propagiert. Dieses stärker gewerkschaftliche Profil des VSAO schlägt sich offensichtlich auch in steigenden Mitgliederzahlen nieder.

Wichtige Aufgabe des VSAO ist es, den Interessen seiner Mitglieder innerhalb der FMH Geltung zu verschaffen. Als korporatives Mitglied sind ihm dort eine Reihe von Privilegien eingeräumt worden, darunter seit 1986 auch ein Sitz im Zentralvorstand. Das Thema Arbeitszeitverkürzung dürfte allerdings für internen Konfliktstoff sorgen. Die Forderungen der angestellten Assistenzärzte finden bei der FMH keine unumschränkte Zustimmung, da man befürchtet, daß eine Verkürzung der Arbeitszeit die Qualität der Ausbildung gefährden könnte, so daß man überlegt, ggf. die Weiterbildungszeiten zu verlängern¹²³. Angesichts der bereits jetzt praktizierten langen, freiwilligen Weiterbildungszeit ist dieses Argument jedoch eher vordergründig. Eigentliches Motiv scheint vielmehr die Absicht zu sein, den Nachwuchs der Assistenzärzte möglichst lange von der Niederlassung fernzuhalten.

6. Zahnärzte

Die Zahl der berufstätigen Zahnärzte ist in den letzten Jahren ständig gestiegen, wenn auch nicht in dem Maße wie die Zahl der Ärzte. Die genaue Zahl der berufstätigen Zahnärzte ist jedoch nicht bekannt, und die verschiedenen Schätzungen weichen deutlich voneinander ab (vgl. Marthaler/ Menghini 1984: 1156, Arnold 1989: 59, Gygi/ Frei 1988:

121 Letztere bleiben nach der Niederlassung als passive Mitglieder erhalten, um weiterhin das Versorgungsangebot des VSAO in Anspruch nehmen zu können.

122 Seit 1987 werden die Mitglieder zentral erfaßt, vorher wurde das Mitgliederregister von den (derzeit 11) Sektionen auf kantonaler Ebene geführt.

123 Wobei dies allerdings die unliebsame Folge hätte, daß die Differenz zu den europäischen Nachbarländern noch größer würde (Interview Nr. 8).

47). Als bislang wohl zuverlässigste und in sich konsistente Schätzung gilt die von Marthaler/ Menghini bzw. Feldmann/ Marthaler. Ihre Ausgangsbasis ist die genau zu ermittelnde Zahl der Zahnarztpraxen und die per Befragung ermittelte Zahl der beschäftigten Zahnärzte pro Praxis¹²⁴. Ergänzt durch die Zahl der angestellten Schulzahnärzte ergibt sich schließlich ein Näherungswert für die Gesamtzahl der berufstätigen Zahnärzte in der Schweiz von insgesamt 4.284 und eine Zahnärztdichte von 1.545 Einwohner pro Zahnarzt (siehe Tabelle 2.10)¹²⁵. Die Zahnärztdichte in der Schweiz liegt damit leicht über dem bundesdeutschen Vergleichswert¹²⁶.

Tabelle 2.10: Zahl der Zahnärzte in freier Praxis und im schulzahnärztlichen Dienst, 1962-1987

Jahr	Praxen		niedergelassene Zahnärzte		Schulzahnärzte		Zahnärzte insgesamt	
	Anzahl	Praxisdichte ^a	n	Anteil von N in %	n	Anteil von N in %	N	Zahnärztdichte ^a
1962	2.241	2.526	2.978	55,4	144	4,6	3.122	1.813
1971	2.429	2.603	3.228	92,9	245	7,1	3.473	1.821
1979	2.777	2.264	3.635	93,7	245	6,3	3.880	1.621
1987	3.120	2.121	4.084	95,3	max. 200	4,7	4.284	1.545

a Einwohner pro Praxis bzw. pro Zahnarzt

Quellen: Für 1962-1979: Marthaler/ Menghini (1984); für 1987: Feldmann/ Marthaler (1989)

Die so ausgewiesenen Zahlen liegen allerdings noch unter der tatsächlichen Gesamtzahl, da Gygi/ Frei (1988: 47) die angestellten und beamteten

124 Durchgeführt wurden die Befragungen bei den Sektionen der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO). Als genauer Wert der Zahnärzte pro Praxis wurde für 1971: 1,329 und für 1979: 1,309 ermittelt (Marthaler/ Menghini 1984: 1162). In Tabelle 2.10 wurde für 1987 die Zahl der Praxen nach Feldmann/ Marthaler (1989) mit dem Wert der durchschnittlichen Zahnarztzahlen pro Praxis von 1979 multipliziert.

125 Für 1987 wurde hier die Zahl von 200 Schulzahnärzten als Maximalwert addiert, wobei nach Feldmann/ Marthaler (1989) die tatsächliche Zahl bereits darunter liegen dürfte.

126 In der Bundesrepublik entfielen 1987 1.587 Einwohner auf einen berufstätigen Zahnarzt (Statistisches Bundesamt 1988).

ten Zahnärzte in zahnärztlichen Instituten und Volkszahnkliniken nicht erfassen, diese aber für 1986 auf insgesamt 545 geschätzt werden¹²⁷.

Die Zahnärzte in freier Praxis beherrschen mit einem Anteil von ca. 90% eindeutig das Feld der zahnärztlichen Versorgung, und ihnen gelingt in den letzten Jahren, immer stärker auch den schulzahnärztlichen Dienst aus den Händen der angestellten Ärzte in ihre Praxis zu verlagern (siehe auch Abschnitt C.4). Hierin zeigt sich nicht zuletzt ein Reflex auf die härter werdende Konkurrenzsituation, in die die Zahnärzte in freier Praxis geraten sind. Die Zunahme der Zahnarztzahlen hält sich zwar in Grenzen, doch das Stichwort von der "Zahnarztschwemme" ist auch in der Schweiz bereits gefallen. Noch in den Jahren 1962 bis 1971 wurde der Anstieg primär durch die Zulassung von Zahnärzten mit ausländischen Diplomen verursacht und er half, die Versorgungsengpässe in bestimmten Regionen abzubauen. Mit der Bildungsexpansion verließen dann in den Jahren 1971 bis 1979 jährlich 130 neue Absolventen die Hochschule und damit fast doppelt so viele wie in den Jahren zuvor (Marthaler/ Menghini 1984).

Die "*Schweizerische Zahnärztesgesellschaft*" (SSO) wurde als Interessenvertretung bereits 1887 gegründet mit dem Ziel, die Gleichstellung der Zahnärzte mit den Ärzten und Apothekern im Medizinalgesetz zu erreichen. Nach eigenen Angaben hat sie heute bei 3.900 Mitgliedern einen Organisationsgrad von ca. 90% erreicht. Der Bundesverband gliedert sich in 20 kantonale Organisationen, die jedoch nicht das Gewicht der kantonalen Ärztevereinigungen haben, zumal die relevanten Tarife mit der Unfall-, Invaliden- und Krankenversicherung zentral ausgehandelt werden. Die SSO nimmt somit Funktionen der politischen und tariflichen Vertretung ebenso wahr wie Aufgaben im Bereich der Selbstverwaltung bzw. Selbstregulierung. Zu letzterem gehört die Organisation der Weiterbildung ebenso wie die Herausgabe von Lohnrichtlinien für die angestellten Zahnärzte (Assistenten) in privaten Praxen. Im Rahmen der Gesundheitsvorsorge organisiert die SSO ferner Präventionskampagnen und beteiligt sich an der Ausbildung von Dentalhygienikern/innen¹²⁸. Im Rahmen

127 Gygi/ Henny (1977) und Gygi/ Frei (1986, 1988) weisen die Kategorie der "Assistenten" gesondert aus, das sind die ausgebildeten Zahnärzte, die als Angestellte in der Praxis eines anderen Zahnarztes arbeiten. Bei Marthaler/ Menghini ist diese Gruppe in den Faktor der durchschnittlichen Zahnarztbesetzung pro Praxis eingegangen, was angesichts der Probleme einer konsistenten Schätzung bei Gygi u.a. als das zuverlässigere Verfahren erscheint.

128 Die Dentalhygienikerin behandelt den Patienten bei kleineren Eingriffen (z.B. Belagentfernen) selbständig, aber auf Anweisung des Zahnarztes. Angestrebt wird eine gesamtschwei-

der gesundheitspolitischen Reformbestrebungen ist es das primäre Anliegen der SSO, die zahnärztliche Versorgung über das bestehende Maß hinaus nicht in den Katalog der Leistungen der Krankenkassen eingliedern zu lassen (Interview Nr. 7).

7. Krankenhäuser

Die schweizerischen Krankenhäuser werden ähnlich wie die Krankenhäuser in der Bundesrepublik sowohl von öffentlichen als auch von privaten Trägern geführt, wobei zwar nur 46% der Krankenhäuser aber 63% der Krankenhausbetten auf die öffentlichen Träger entfallen (siehe Tabelle 2.11). Die privaten Träger sind in ihrer Mehrheit gemeinnützig, mit Gewinnabsicht werden zwar 22% der Krankenhäuser aber nur 14% der gesamten Betten in der Schweiz betrieben. Innerhalb des kommerziellen Sektors ist zuletzt durch die Neugründung der AMI-Kliniken, die bis 1990 zu einer amerikanischen Krankenhauskette gehörten, Bewegung hineingekommen. Durch sie und andere Neugründungen hat sich der Anteil der Privatbetten in den letzten Jahren tendenziell ausgeweitet¹²⁹.

Anders als in der Bundesrepublik Deutschland sind in der Schweiz bisher keine Betten abgebaut worden. Die vorliegenden Zahlen zeigen vielmehr seit 1936 einen kontinuierlichen Ausbau bis in die jüngste Zeit hinein. Eine derartige langfristige Betrachtung steht allerdings vor dem Problem, vergleichbare statistische Daten heranzuziehen. Seit 1977 führt die "*Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser*" eine Krankenhausstatistik auf der Basis ihrer Mitglieder, deren Angaben sie für die Gesamtheit der schweizerischen Krankenhäuser hochrechnet. Für den Zeitraum davor liegen die von Gilliland (1980) aufbereiteten Daten des schweizerischen Bundesamtes für Statistik vor. Diese Daten beruhen

zerische Regelung der Ausbildung durch das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) im Auftrag der Kantone.

129 Interview Nr. 10. Vereinzelt sind es Krankenhausärzte selbst, die sich angesichts der verschlechterten Zukunftsaussichten bei einer Praxisgründung zusammenschließen, Geldgeber suchen und eine neue Privatklinik aufmachen.

Tabelle 2.11: Krankenhäuser nach Rechtsform, 1988

	Anzahl der Krankenhäuser		Anzahl der Betten	
	n	Anteil in %	n	Anteil in %
öffentlich-rechtliche Träger	217	46	48.344	63
privatrechtliche Träger	258	54	28.166	37
davon:				
gemeinnützig		(32)		(23)
kommerziell		(22)		(14)
insgesamt	475	100	76.510	100

Quelle: Undritz (1988)

auf einer Vollerhebung bei den Krankenhäusern¹³⁰, doch differiert die Zahl der hier zugrunde gelegten Krankenhäuser erheblich von den Zahlen der VESKA: Das Bundesamt für Statistik ging 1975 von insgesamt 474 Krankenhäusern aus, die VESKA rechnete die Gesamtzahl der Krankenhäuser zwei Jahre später jedoch hoch auf 713 (siehe Tabelle 2.12).

Diese Differenz von 213 Krankenhäusern geht einher mit 8.479 zusätzlich ausgewiesenen Betten, das sind durchschnittlich 40 Betten für jedes zusätzlich ausgewiesene Krankenhaus. Hier zeichnet sich denn auch die Erklärung ab für die sprunghafte Zunahme der ausgewiesenen Krankenhäuser in den Zahlen der VESKA. Sie ist zurückzuführen auf eine veränderte Abgrenzung der Kategorie "Krankenhaus", die seit 1977 auch die Pflegeabteilungen solcher Heime erfaßt, in denen mindestens 50% der Betten für Kranke unter ständiger ärztlicher Überwachung bestimmt sind. Die Ausweitung der Datenbasis betrifft damit vor allem den Bereich der langfristigen Krankenpflege und führt zu einer Niveaushiftung der Gesamtzahlen. Die Zahlen für den Akutbereich sind hiervon jedoch weniger berührt, so daß sie zuverlässiger die langfristige Entwicklung bis 1987 wiedergeben. Auch hier sind die Bettenzahlen langfristig erhöht worden, seit 1977 allerdings nur noch geringfügig (vgl. Abschnitt C.2.1,

¹³⁰ Die Erhebung des Bundesamtes für Statistik beruht auf der freiwilligen Mitarbeit der Krankenhäuser. Nicht alle Krankenhäuser haben sich stets an dieser Erhebung beteiligt, doch sind die Ausfälle so gering, daß sich hierdurch die absoluten Werte kaum und die Entwicklungstendenzen gar nicht verändert haben (Gilliand 1980: 26).

Tabelle 2.12: Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten, 1936-1987

	Krankenhäuser		Betten		Betten pro 1.000 Einwohner	
	insg.	davon Akut- krankenhaus ^a	insg.	davon Akut- bereich	insg.	davon Akut- bereich
1936	539	273	58.382	28.247	14,0	6,8
1950	515	278	68.275	34.595	14,5	7,4
1960	430	261	67.722	37.291	12,6	7,0
1970	430	264	69.932	39.865	11,2	6,4
1975a	474	272	72.438	41.312	11,3	6,5
1975b		295		42.261		6,6
1977	713	288	80.917	42.290	12,8	6,7
1985	774	278	84.493	41.980	12,9	6,4
1986	799	277	86.198	42.480	13,1	6,5
1987	808	276	87.407	42.577	13,2	6,4

a Die Kategorie erfaßt hier die "Spitäler zur kurzfristigen Behandlung (bis unter 30 Tagen)".
 Quellen: Für 1936-1975a: Krankenhaus- und Bettenzahlen nach Gilliland (1980); für 1975b u. 1977: VESKA (1979); für 1985: VESKA-Werte nach Undritz (1987a); für 1986-1987: VESKA (1989a); Einwohnerzahlen 1936-1975a: nach Flora/ Kraus/ Pfennig (1987), Einwohnerzahlen 1975b-1987 nach OECD (1989)

Tabelle 2.22). Bei steigender Bevölkerungszahl hat die Bettendichte allerdings seit 1950 abgenommen. Bezogen auf die Gesamtzahl der Betten liegt die Schweiz heute mit 13,2 (pro 1.000 Einwohner) über dem Vergleichswert für die Bundesrepublik Deutschland (11,0:1.000), jedoch unterhalb des bundesdeutschen Vergleichswertes im Akutbereich (Schweiz = 6,4:1.000, Bundesrepublik = 7,5:1.000)¹³¹.

Die Interessen der Krankenhäuser werden in der Schweiz durch zwei Organisationen vertreten: der bereits erwähnten "**Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser**" (VESKA) und der "**Schweizerischen Vereinigung der Privatkliniken**" (SVPK). Die VESKA ist zweifelsohne die bedeutendere von beiden. Sie zählt ca. 700 Krankenhäuser und krankenhausähnliche Einrichtungen als Mitglieder, über die mehr als 95% der Betten im Akutbereich und in der Psychiatrie vertreten sind. Gegründet 1930 durch einen Arzt und einen Verwaltungsleiter versteht sie sich nicht nur und nicht primär als Interessenorganisation der Krankenhäuser,

131 Zu den bundesdeutschen Zahlen siehe DKG (1989).

sondern als Organisation, die "in diesem vertikal organisierten Krankenhaus eine Horizontale hineinbringt" (Interview Nr. 10), um so ein gutes Funktionieren des Krankenhausbetriebes zu fördern. Die Weiterbildung der verschiedenen Führungskräfte zählt daher zu einer ihrer wichtigen Aufgaben ebenso wie die (Weiter-) Entwicklung der Kostenrechnung, auf deren Basis die Krankenhäuser ihre Budgets kalkulieren (siehe Abschnitt C.2.2). Die Verhandlungen mit den Krankenhäusern über die Tagessätze sind freilich Angelegenheit der *kantonalen Krankenhausverbände*¹³².

In der VESKA sind sowohl private als auch öffentliche Kliniken vertreten, während in der "*Schweizerischen Vereinigung der Privatkliniken*" (SVPK) allein die privaten Krankenhäuser Mitglieder sind. Ihre zuletzt 108 Mitglieder (1989) sind größtenteils auch Mitglieder in der VESKA, und die enge Verflechtung zwischen beiden Organisationen findet ihren deutlichen Ausdruck in der Tatsache, daß der Generalsekretär der VESKA in Personalunion auch Generalsekretär der SVPK ist¹³³. Die Kostendiskussion in den letzten Jahren hat jedoch zur Folge, daß sich der Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten bzw. genauer zwischen subventionierten und kommerziellen, nicht subventionierten Kliniken verschärft. Eine Konsequenz dieser Situation wird die künftige Aufhebung der Personalunion zwischen den Sekretariaten sein, wodurch potentiellen Loyalitätskonflikten vorgebeugt werden soll.

8. Pflegepersonal

1987 waren 65.829 Krankenschwestern und -pfleger in schweizerischen Krankenhäusern tätig (siehe Tabelle 2.13). Die Zahl der in der Hauskranken-, Gemeindecranken- und Gesundheitspflege (Spitex) Beschäftigten wird von Gygi/ Frei (1988: 51) für 1986 auf ca. 2.250 geschätzt¹³⁴, das

132 Wo es aufgrund geringer Krankenhauszahlen in kleineren Kantonen keine eigenen Kantonalverbände gibt, sind die Krankenhäuser zu Regionalverbänden zusammengeschlossen.

133 Im Tätigkeitsbericht 1988/89 gibt die SVPK den durch sie vertretenen Bettenanteil denn auch als Anteil von 15% der insgesamt von der VESKA vertretenen Betten wieder (SVPK 1989).

134 Nach Auskunft der "Schweizerischen Vereinigung der Gemeindecranken- und Gesundheitspflegeorganisationen" (SVGO), dem "Arbeitgeberverband" in der Spitex, weiß vermutlich niemand genau, wieviele Pflegekräfte bei den Gemeinden oder Pflegevereinen ange-

sind ca. 3,5% des beschäftigten Pflegepersonals in dem entsprechenden Jahr. Dieser geringe Anteil macht deutlich, daß die viel diskutierte Verlagerung der Patienten aus dem stationären in den spitalexternen Bereich eine tiefgreifende Umschichtung, aber eher noch eine weitreichende Aufstockung des gesamten Pflegepersonals erfordert.

Für die Beurteilung der langfristigen Entwicklung des Pflegepersonals im stationären Sektor muß man wiederum auf zwei verschiedene Quellen zurückgreifen: die in Gilliland (1980) aufbereiteten Daten des schweizerischen Bundesamtes für Statistik und die Daten der Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (VESKA) (vgl. Abschnitt B.7). Danach hat sich die Anzahl der Krankenschwestern und -pfleger von 1945 bis 1987 fast versechsfacht, während sich ihr Anteil am gesamten Personalbestand demgegenüber in den letzten Jahren (1977-1987) nur leicht erhöht hat (siehe Tabelle 2.13)¹³⁵. Die größte Ausweitung erfolgte demgegenüber beim nicht-pflegerischen medizinischen Hilfspersonal, dessen Anteil sich von 1945: 5% auf 1987: 19,2% erhöht hat.

Zweifelsohne hat sich mit der Zunahme des Personalbestandes die Versorgungssituation in den Krankenhäusern gebessert. Denn während 1945 auf 1.000 Patienten nur 194 Pflegekräfte kamen, waren es 30 Jahre später mehr als dreimal so viele (638:1.000). Die Verbesserung der Pflegesituation wird durch diese Relation allerdings überzeichnet. Die hier wiedergegebenen Patientenzahlen beziehen sich offenkundig auf die belegten Betten, nicht aber auf die Zahl der tatsächlich eingewiesenen Patienten¹³⁶. Entsprechend lassen sie eine erhöhte Pflegeintensität infolge gestiegener Einweisungsraten und verringerter Verweildauer ebenso unberücksichtigt wie den erhöhten Personalbedarf infolge verkürzter Arbeitszeiten. Seit den 40er Jahren wurden die vertraglichen Wochenarbeitszeiten des

stellt sind. Auf nochmal 2.680 veranschlagen Gygí/ Frei die Beschäftigten in der Hauspflege, die die Hilfsbedürftigen bei der Führung des Haushalts unterstützen und die der Spitex, nicht aber dem Pflegepersonal zuzuordnen sind.

- 135 Die in der Tabelle 2.13 ausgewiesene große Ausweitung des Anteils von 1975a bis 1977 muß demgegenüber auf die veränderte Basis bei den VESKA-Werten, d.h. auf die Erweiterung der Krankenhauskategorie zurückgeführt werden und nicht auf einen Anstieg des Personals in den betroffenen Krankenhäusern selbst.
- 136 Vgl. Gilliland (1980: 50). Der Relation von 586 Pflegekräften auf 100.000 Einwohner steht hier das genannte Verhältnis der Pflegekräfte zu den Patienten von 638:1.000 gegenüber. Die von Koch (1984: 104) geschätzte Einweisungsrate für 1975 lag bei 130 Patienten pro 1.000 Einwohner. Die angegebene Relation von Pflegepersonal zu Patienten kann sich mithin nicht auf die eingewiesenen Patienten, sondern nur auf die ausgelasteten Betten beziehen.

Tabelle 2.13: Das Pflegepersonal in den schweizerischen Krankenhäusern, 1945-1987

Jahr	Personalbestand insg.	Pflegepersonal ^a		Medizinisches Hilfspersonal ^a	
	N	n	Anteil in % von N	n	Anteil in % von N
1945	26.618	11.387	42,8	1.344	5,0
1950	31.372	13.321	42,5	1.822	5,8
1960	42.431	18.153	42,8	4.248	10,0
1970	71.279	29.299	41,1	10.745	15,1
1975a	94.490	37.547	39,7	16.993	18,0
1975b	ca. 100.000 ^b				
1977	107.253	46.226	43,1	20.378	19,0
1982	126.320	55.076	43,6	23.748	18,8
1984	136.737	59.617	43,6	26.254	19,2
1986	143.098	62.820	43,9	27.332	19,1
1987	149.271	65.829	44,1	28.660	19,2

a Für 1945-1975a waren in der Quelle nur die absoluten und für 1975b-1987 nur die relativen Zahlen angegeben, die fehlenden Zahlen wurden entsprechend durch Eigenberechnung ergänzt.

b Bei den VESKA-Daten zum Personalbestand in den Krankenhäusern fehlten 1975 die Antworten von 13,5% der Mitglieder. Der hier ermittelte Wert von 86.191 Beschäftigten (davon 59,7% medizinisches Personal ohne Ärzte und Akademiker) wurde von Gygi/ Henny hochgerechnet auf einen Wert von 96.500 Beschäftigten in den Mitglieder-Krankenhäusern der VESKA und ca. 100.000 Beschäftigten in allen Krankenhäusern der Schweiz.

Quellen: Für 1975b: VESKA-Werte nach Gygi/ Henny (1977); für 1977: VESKA (1979); für 1984: VESKA-Werte nach Gygi/ Frei (1986); für 1982, 1986, 1987: VESKA (1989)

Pflegepersonals von über 60 auf derzeit 43-45 Stunden reduziert. Die Erreichung der 40-Stunden-Woche wird für die Zukunft anvisiert (Möri/ Däniken 1987: 8-12 und Anhang; Zweifel/ Pedroni 1987: 8, 14).

Das Thema "Personalmangel in den Pflegeberufen" wird heute in der Schweiz nicht weniger intensiv diskutiert als in der Bundesrepublik, wengleich nicht unter dem Schlagwort vom "Pflegenotstand". Neu ist das Thema auch in der Schweiz nicht. Diskutiert wurde es bereits in den 50er und 70er Jahren, doch erscheint die Situation heute ernster als zuvor angesichts der demographischen Entwicklung, d.h. der absehbaren Zunahme pflegebedürftiger alter Menschen und der Verringerung der Nachwuchskräfte für den Pflegeberuf. Bei der hohen Abwanderung längerjähriger Pflegekräfte aus dem Beruf ist ein Bestandsverlust zu erwarten, der in Zukunft vermutlich nicht mehr wie bisher durch ausländische Arbeits-

kräfte ausgeglichen werden kann¹³⁷. Die offenen Stellen werden derzeit auf ca. 1.100 geschätzt. Der Slogan: "Stell Dir vor, Du bist alt und keiner pflegt dich!" (Interview Nr. 3) zeigt allerdings, daß die schweizerische Variante des "Pflegerotstands" vor allem auf den Personalmangel in der Altenpflege abzieht.

Die Interessen des Pflegepersonals werden primär von dem "**Schweizerischen Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger**" (SBK) wahrgenommen, der mit rund 20.000 Mitgliedern knapp ein Drittel der berufstätigen Pflegekräfte organisiert. Gegründet 1910 als "Schweizerischer Krankenpflegebund" hat er lange Zeit im Schatten des Schweizerischen Roten Kreuzes gestanden, aus dem er sich seit der Organisationsreform von 1978 wahrnehmbar herausgelöst hat. Die drei bis dahin selbständigen Berufsverbände für die Allgemeine Krankenpflege, die psychiatrische Pflege und die Kinderkrankenpflege haben sich damals zusammengeschlossen zu einem gemeinsamen "Arbeitnehmerberufsverband" mit dem Ziel, die beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der Mitglieder zu fördern. Punktuell arbeitet der SBK mit dem "**Verband des Personals des öffentlichen Dienstes**" (VPOD) zusammen, der als Gewerkschaft ca. 2.000 Mitglieder aus dem Pflegebereich organisiert und einen grundsätzlich kämpferischeren Kurs fährt als der moderatere SBK. Geringer noch als im VPOD ist schließlich die Organisation des Pflegepersonals im gewerkschaftlichen Konkurrenzverband aus dem christlich-sozialen Lager, dem "**Verband der christlichen Arbeiter im öffentlichen Dienst**" (VCHP).

Wie die anderen Verbände der Leistungserbringer zählt auch der SBK die Regulierung und Organisation der Weiterbildung zu seinen wichtigsten Aufgaben¹³⁸. Gewerkschaftliche Ziele wie Lohnerhöhungen und bessere Arbeitszeiten treten in neuester Zeit verstärkt in den Vordergrund. Daß dies lange Zeit vernachlässigte Themen waren, dürfte nicht nur an dem fehlenden "gewerkschaftlichen Bewußtsein" in den karitativen Beru-

137 1970 waren 57,5% der gelernten Pflegekräfte berufstätig, davon 88,6% in der Altersklasse von bis zu 25 Jahren, jedoch nur 63,1% der 25-39-jährigen und 60,3% der 40-64-jährigen (Koch 1984: 48). 16,3% des Pflegepersonals sind derzeit Ausländer, wobei man befürchtet, daß sie infolge des gemeinsamen EG-Marktes und des zunehmenden Personalmangels in den Herkunftsländern als Personalreserve bald nicht mehr zur Verfügung stehen werden (Giacobino/ Moser/ Wolf 1988).

138 In diesem Bereich reguliert das Schweizerische Rote Kreuz die Weiterbildung zur Gesundheitsschwester, während der SBK die übrigen Felder wie z.B. in der Anästhesie oder der Intensivpflege besetzt hat, nachdem das SRK hier nicht aktiv geworden war.

fen liegen, sondern auch an der Tatsache, daß wie bei den Krankenhausärzten die Gehälter des Pflegepersonals im öffentlichen Dienst nicht Gegenstand von Tarifverhandlungen sind (siehe Abschnitt C.2). Zudem ist eine effektive gewerkschaftliche Interessenvertretung erst möglich geworden, nachdem vor 2-3 Jahren der Prozeß der internen Umstrukturierung abgeschlossen wurde und arbeitsfähige kantonale Sektionen entstanden sind.

9. Arzneimittelhersteller und -vertreiber

Die Schweiz gehörte 1982 zu den sieben Ländern, die 80% der Gesamtproduktion an Arzneimitteln innerhalb der OECD auf sich vereinigten. Die Arzneimittelproduktion der Schweiz trug mit 2,35% in einem stärkeren Maße zum Bruttosozialprodukt bei als in anderen Ländern¹³⁹, wobei 69% des Umsatzvolumens der schweizerischen Pharmaproduzenten über den Export erzielt wurden. Hierin zeigt sich deutlich die vergleichsweise große Abhängigkeit der wirtschaftlichen Entwicklung in der Schweiz von der Arzneimittelproduktion, die ihrerseits wiederum stark abhängt von der Entwicklung auf den Exportmärkten. Zugleich ist die Pharmaindustrie in der Schweiz selbst einer nicht unerheblichen Konkurrenz durch die ausländischen Importeure ausgesetzt, die 1983 50% des Inlandsmarktes beherrschten¹⁴⁰ (Chew/ Telling-Smith/ Wells 1985: 14-21; vgl. auch Hauser 1984: 218).

Üblicherweise geht man davon aus, daß die drei großen schweizerischen Pharmaunternehmen: Hoffmann-La Roche, Ciba-Geigy und Sandoz einen hohen Anteil des inländischen Arzneimittelmarktes auf sich konzentrieren. Der entsprechende Konzentrationsgrad läßt sich angesichts fehlender Angaben über den Umsatz der schweizerischen Pharmaindustrie nur schätzen, und zwar aufgrund der von der "Pharma-Information" (s.u.)

139 Die schweizerische Arzneimittelproduktion lag weit an der Spitze, noch weit vor Japan (1,50%), die Arzneimittelproduktion der Bundesrepublik Deutschland kam auf einen Wert von 1,05%.

140 Der Anteil der deutschen Arzneimittelproduzenten am heimischen Markt lag im gleichen Jahr bei 56%. Nach Angaben der Chemischen Industrie lag der Anteil der ausländischen Importeure am Inlandsmarkt 1987 bei 60% (SGCI 1988: 22). Offen bleibt, ob diese Steigerung gegenüber 1983 auf unterschiedliche Meßverfahren zurückzuführen ist oder tatsächlich ein Erstarren der Importeure signalisiert.

veröffentlichten Daten. Danach müßte der entsprechende Anteil am gesamten Inlandsmarkt bei ca. 23% liegen, wobei sich dieser Anteil verdoppelt, wenn man ihn allein auf den Markt der schweizerischen Produzenten bezieht¹⁴¹. Ca. 45%-50% der schweizerischen Produktion, die am Inlandsmarkt abgesetzt wird, entfällt damit auf die "großen Drei". Ihr Anteil dürfte sich nochmals um ca. 15% erhöhen, wenn man ihre schweizerischen Töchter einbezieht¹⁴².

Damit lassen die drei Großen den kleineren schweizerischen Pharma-Produzenten durchaus noch einen Spielraum am heimischen Markt, während sie selbst das Schwergewicht eindeutig auf den Export legen. Der schweizerische Umsatz der "großen Drei" macht mit 322 Mio. SF nur 2,4% und damit nicht einmal ein Drittel ihres Gesamtumsatzes an Arzneimitteln in Höhe von 13,3 Mrd. SF aus (Pharma-Information 1989). Selbst wenn man davon ausgeht, daß ein Teil dieses Umsatzes direkt durch Tochterfirmen im Ausland erzielt wird, zeigen diese Zahlen, daß die Exportabhängigkeit der pharmazeutischen Industrie in der Schweiz vor allem eine Exportabhängigkeit von Hoffmann La Roche, Ciba-Geigy und Sandoz ist.

Zur Vertretung ihrer Interessen sind diese drei nicht nur in der "*Schweizerischen Gesellschaft für Chemische Industrie*" (SGCI) als der Interessenvertreterin aller Chemieunternehmen organisiert, sondern sie haben sich mit der "*Interfarma*" außerdem eine eigene, von der SGCI unabhängige Organisation geschaffen. Muß die SGCI in ihrer Verbandspolitik einen gewissen Ausgleich zwischen den Interessen der großen und kleinen Produzenten sowie zwischen den inländischen und ausländischen Konzernen mit Schweizer Niederlassung schaffen, können die drei Großen mit der Interfarma gezielt ihre Interessen verfolgen. Das mit vier Personen besetzte Sekretariat rotiert dabei alle vier Jahre zugleich mit der Präsidentschaft unter den drei Konzernen. Während die Interfarma

141 Insgesamt wurden am schweizerischen Markt 1988 Medikamente in Höhe von 2,575 Mrd. SF verkauft. Bei einem durchschnittlichen Herstelleranteil von 55,2% des Verkaufspreises bedeutet das einen geschätzten Gesamtumsatz der Firmen am Schweizer Markt von 1,421 Mrd. SF. Ca. 23% (322 Mio. SF) entfallen davon auf die drei größten Schweizer Firmen (Pharma-Information 1989). Berücksichtigt man, daß 50% der Umsätze am schweizerischen Pharmamarkt durch ausländische Firmen erzielt werden, verdoppelt sich entsprechend der allein auf die schweizerischen Unternehmen bezogene Anteil am Umsatz. Der so ermittelte Wert wurde von der Pharma-Information bestätigt.

142 Unter Einbeziehung der Tochterfirmen Zyma, Santer und Wander wurde der Anteil am gesamten inländischen Markt (inkl. Importe) 1980/81 auf ca. 30% geschätzt, siehe Nord (1980: 18) und Brandt/ Grebmer (1985: 337).

für die geschäfts- und interessenpolitische Koordination zuständig ist, wurde die PR-Arbeit der "*Pharma Information*" übertragen. Als ständige Einrichtung mit festem Sitz veröffentlicht sie jährlich eine Kurzausgabe statistischer Daten, die trotz einer gewissen Dürftigkeit zu den Hauptquellen für Daten über den Arzneimittelmarkt gehört.

In der *Schweizerischen Gesellschaft für Chemische Industrie* (SGCI) sind demgegenüber 260 Firmen organisiert, unter denen die Fachgruppe Pharma mit 115 Mitgliedsfirmen die größte darstellt. Sie repräsentieren zwar nur ca. 1/4 der in der Schweiz ansässigen Pharmaunternehmen, auf die jedoch ein Anteil von ca. 80% des inländischen Arzneimittelumsatzes entfällt (Interview Nr. 13). Die große Zahl der kleinen, nicht in der SGCI organisierten Pharmaunternehmen weist nochmals auf den hohen Anteil an Kleinstproduzenten hin, die auf dem schweizerischen Markt auftreten.

Die Wege für den Absatz von Arzneimitteln sind in der Schweiz um zwei Varianten reicher als in der Bundesrepublik, indem neben Apotheken teilweise auch Drogerien und Ärzte zum Arzneimittelverkauf zugelassen sind. Gemessen an den Verkaufsumsätzen 1988 wurden 61,6% der Arzneimittel über Apotheken, 17,6% über selbstdispensierende Ärzte, 11,5% über Krankenhäuser und 9,3% über Drogerien abgegeben. Die Apotheken stehen damit in einem doppelten Konkurrenzverhältnis zu anderen Anbietergruppen, und zwar zu den Drogerien bei den nicht-rezeptpflichtigen und zu den selbstdispensierenden Ärzten bei den rezeptpflichtigen Arzneimitteln (siehe Tabelle 2.14).

Die Zahl der Apotheken ist im Laufe der letzten Jahre gestiegen und die Apothekendichte hat sich 1975 bis 1988 von durchschnittlich 5.522 auf 4.490 Einwohner je Apotheke erhöht (siehe Tabelle 2.15).

Angestiegen ist auch die Zahl der zum Arzneimittelverkauf zugelassenen ("selbstdispensierenden") Ärzte, und zwar seit Beginn der 1980er Jahre bis 1988 von ca. 2.200 auf 2.881 (Güntert/ Hofer 1983: 33, IHA 1990: 25, vgl. auch Abschnitt C.3.1). Apotheken und selbstdispensierende Ärzte zusammengenommen ergeben für 1988 eine Versorgungsdichte von 1.520 Einwohner je Verkaufsstelle und damit ein deutlich dichteres Vertriebsnetz für Arzneimittel als in der Bundesrepublik¹⁴³. Die Zahl der Drogerien ist demgegenüber zwar seit 1980 um 114 auf 1.013 Verkaufs-

143 In der Bundesrepublik Deutschland entfielen 1988 1.786 Einwohner je Apotheke (Statistisches Bundesamt 1988).

Tabelle 2.14: Die Vertriebskanäle im schweizerischen Arzneimittelmarkt

Jahr	Umsatz insg. in Mio. SF	Umsatzanteil in %			
		Apotheken	selbstdispens. Ärzte	Krankenhäuser	Drogerien
1980	1.795	62,5	17,3	10,4	9,5
1982	2.029	62,2	17,2	11,0	9,6
1984	2.241	61,9	17,3	10,3	10,0
1986	2.570	59,3	21,3	10,2	9,3
1988	2.575	61,6	17,6	11,5	9,3

Quelle: Pharma-Information (1989)

Tabelle 2.15: Zahl der Apotheken, 1975-1988

Jahr	Apotheken insgesamt	Einwohner je Apotheke
1975	1.160	5.522
1984	1.332	4.884
1986	1.399	4.698
1987	1.469	4.505
1988	1.473	4.490

Quellen: Für 1975-1986: Gygi/ Henny (1977), Gygi/ Frei (1986, 1988); für 1987-1988: SAV (1989).

stellen im Jahr 1988 zurückgegangen (Hutter 1988, IHA 1989: 24)¹⁴⁴. Insgesamt aber hat sich mit dem dichteren Vertriebsnetz der Zugang der Bevölkerung zu Arzneimitteln erheblich erleichtert.

Die Interessen der Apotheker werden auf nationaler Ebene durch den "**Schweizerischen Apothekerverein**" (SAV) vertreten. Mit einer Mitgliederzahl von 1.391 Apothekenbesitzern und -verwaltern weist der SAV unter den selbständigen Apothekern einen Organisationsgrad von 94% auf. Mitglieder sind außerdem auch abhängig beschäftigte Apotheker und Studenten, so daß der Verband 1988 insgesamt 4.317 direkte Mitglieder aufwies. Die abhängig beschäftigten Apotheker sind darüber hinaus, so-

144 Der gleichbleibende Umsatzanteil der Drogerien am Arzneimittelmarkt zeigt allerdings, daß der zahlenmäßige Rückgang durch einen Konzentrationsprozeß unter den Drogerien selbst verursacht worden ist (siehe Tabelle 2.14).

fern sie nicht direkte Mitglieder des SAV sind, über die Kollektivmitgliedschaft ihrer Fachverbände vertreten, und zwar durch die "**Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker**" (GSASA) und die "**Gesellschaft der Schweizerischen Industrie-Apotheker**" (GSIA). Zudem wird der Apothekernachwuchs indirekt auch über die Kollektivmitgliedschaft des "**Schweizerischen Pharmaziestudenten-Vereins**" (ASEP) integriert (vgl. SAV 1989). Damit stellt der SAV wie die Verbindung Schweizer Ärzte (FMH) eine Mischung aus Interessenorganisation und Selbstverwaltungsorgan ähnlich einer Apothekerkammer dar, die trotz freiwilliger Mitgliedschaft nahezu alle betroffenen Gruppierungen unter ihrem Dach zu vereinigen weiß.

Einen ebenso hohen Organisationsgrad weist der "**Schweizerische Drogisten-Verband**" (SDV) auf. Mit 957 angeschlossenen Drogerien werden 94% aller potentiellen Mitglieder von ihm auf nationaler Ebene vertreten (SDV 1990: 6), die kantonale Vertretung erfolgt durch die 17 Sektionen des Verbandes.

Der Arzneimittelgroßhandel liegt in den Händen von 7 Grossisten, deren gemeinsame Interessen vom "**Verband Schweizerischer Spezialitäten-Grossisten**" (VSSG) vertreten werden. Den größten Anteil am Grossistenmarkt besitzt mit 50%-60% die apothekereigene "Galenica" (Interview Nr. 13; Hauser 1984: 219).

Die nationalen Verbände der Apotheker (SAV), der Drogisten (SDV) und der Grossisten (VSSG) haben sich 1920 mit den Pharmaunternehmen zu einem Kartell zusammengeschlossen, dem "**Verband für Reglementation**" (kurz: "Reglementation"). Seine primäre Aufgabe ist eine einheitliche Regelung der Handelsspannen im schweizerischen Arzneimittelmarkt. Mit den hier getroffenen Abkommen werden ca. 80% aller verkauften Arzneimittelpackungen bzw. 90% des Pharma-Gesamtumsatzes erfaßt (Reglementation 1989: 9).

C. Leistungsbereiche und Regelungsmechanismen

1. Ambulanter Sektor

1.1 Infrastruktur

Im Zentrum der ambulanten Versorgung steht in der Schweiz wie in der Bundesrepublik der niedergelassene Arzt in freier Praxis. Ergänzt wird seine Tätigkeit durch ambulante Behandlungen im Krankenhaus und durch die Einrichtungen der spitalexternen Versorgung (Spitex) in der Kommune, die jedoch beide derzeit noch keinen großen Umfang haben¹⁴⁵.

Der Zugang zur Kassenarztpraxis steht im Prinzip jedem Schweizer Arzt offen. Die Kantone können die Niederlassung zwar von bestimmten Voraussetzungen, wie einem guten Leumund und dem Mindestaufenthalt im Kanton, abhängig machen (Arnold 1989: 32), was jedoch kaum ein Hindernis ist. Jeder niedergelassene Arzt kann ohne weiteres Kassenarzt werden, indem er dem bestehenden Vertrag zwischen der kantonalen Ärztesgesellschaft und dem kantonalen Krankenkassenverband beitrifft. Die Kassen können diesen Beitritt an die Bedingung koppeln, daß der betreffende Arzt bereits mindestens seit einem Jahr im Tätigkeitsgebiet der Kasse praktiziert (Art. 16 KUVG); auf die Voraussetzung dieses "Karenzjahres" wurde i.d.R. aber verzichtet. Erst seit 4-5 Jahren versuchen die Kassen in einigen Kantonen durch die Vorschrift des Karenzjahres den Zustrom neuer Ärzte einzudämmen. Sie stoßen damit auf die vehemente Kritik der Ärztesverbindung, die eine Lenkung der Niederlassung nur auf freiwilliger Basis durch die eigene Selbstverwaltung akzeptiert¹⁴⁶.

Von 1965 bis 1988 hat sich als Folge fehlender Zugangsbeschränkungen die Zahl der niedergelassenen Ärzte fast verdoppelt (siehe Tabelle 2.16). Das Wachstum der Bevölkerung ist hinter dieser Entwicklung zu-

145 Krankenhausambulatorien bzw. Polikliniken mit freien Zugangsmöglichkeiten für die Patienten bestehen nur an den Universitätskliniken, während an den normalen Krankenhäusern nur die Chefarzte auch ihre ambulante private Praxis führen können (vgl. Arnold 1989: 49).

146 Laut FMH diene das Karenzjahr einst zur Sicherung der Qualität und sei heute überflüssig angesichts der durchschnittlichen Weiterbildungszeiten von ca. 9 Jahren. Entsprechend drängt sie darauf, daß das Karenzjahr bei einer Revision aus dem KUVG gestrichen wird. Eine gewisse Lenkung der Niederlassung erfolgt heute durch die Standortberatung der kantonalen FMH-Sektionen. Eine vormals zentrale Beratung durch die FMH war aufgrund des Widerspruchs der Sektionen eingestellt worden.

Tabelle 2.16: Anzahl und Spezialisierung der niedergelassenen Ärzte, 1945-1988

Jahr	Anzahl der Ärzte absolut	Allgemeinmediziner in %	Fachärzte in %	Einwohner pro Arzt
1945	3.708	55,9	44,1	1.190
1950	4.041	53,7	46,3	1.163
1955	4.570	51,0	49,0	1.087
1960	4.908	46,3	53,7	1.075
1965	5.174	42,5	57,5	1.136
1970	5.508	40,3	59,7	1.136
1975	6.248	37,8	62,2	1.031
1980	7.473	(36,5)	(63,5) ^a	854
1985	9.299	37,7	62,3	704
1988	10.240	37,4	62,6	645 ^b

a Für die (ihrer Zeit vorausliegenden) Zahlen von 1980 konnte auch durch Nachfragen bei der FMH keine Erklärung gefunden werden.

b Zahl der Ärzte hier bezogen auf die mittlere Wohnbevölkerung von 1987

Quellen: FMH (1981 und 1989); Gygi/ Henny (1977); Arnold (1989)

rückgeblieben, so daß sich die Zahl der Einwohner pro Arzt beinahe halbiert hat. Ende der 80er Jahre entfielen knapp 650 Einwohner pro Arzt, und damit lag die Ärztedichte erheblich über derjenigen in der Bundesrepublik¹⁴⁷. Dieser Anstieg vermehrte vor allem das Angebot an Fachärzten, die heute mit knapp 63% die große Mehrheit unter den niedergelassenen Ärzten darstellen¹⁴⁸. Die allgemeinmedizinische Versorgung hat sich demgegenüber nur leicht verbessert¹⁴⁹. Dennoch sieht man keinen Versorgungsgap im allgemeinmedizinischen Bereich, da die Funktionen des Hausarztes faktisch vom Allgemeininternisten übernommen werden.

Die Zunahme der Ärztedichte hat allerdings nicht die kantonalen Differenzen beseitigt, die teilweise bis in die 1940er Jahre zurückzufolgen sind (siehe Tabelle 2.17). In 7 Kantonen liegt die Ärztedichte

147 Das Verhältnis von Einwohnerzahlen zu Kassenärzten lag 1987 bei 911:1 (berechnet nach den Angaben des Sachverständigenrates 1990).

148 Von den bundesdeutschen Kassenärzten waren 1987 58% Fachärzte (Sachverständigenrat 1990).

149 Die Zahl der Einwohner pro Allgemeinmediziner lag 1945 bei 2.129 und 1988 bei 1.719 (berechnet auf der Grundlage von Tabelle 2.16). Die Relation ist heute allerdings besser als in der Bundesrepublik, wo 2.147 Einwohner je Allgemeinmediziner bzw. praktischem Arzt entfallen (Sachverständigenrat 1990).

Tabelle 2.17: Ärztedichte in den Kantonen, 1945 und 1988

Kantone	Einwohner pro Arzt in freier Praxis	
	1945	1988
Basel-Stadt	752	368
Genf	633	431
Waadt	943	535
Zürich	901	578
Neuenburg	1.235	602
Bern	1.449	629
Schaffhausen	1.429	629
Wallis	1.961	690
Tessin	935	694
Graubünden	1.031	699
Jura	...	714
Zug	1.220	730
Solothurn	1.786	730
Basel-Land	1.408	746
Glarus	1.282	775
Freiburg	2.500	775
Luzern	1.351	800
St. Gallen	1.389	826
Appenzell (AR)	1.754	893
Aargau	1.818	943
Thurgau	1.563	971
Uri	2.381	1.020
Obwalden	1.786	1.087
Schwyz	2.041	1.099
Nidwalden	1.786	1.136
Appenzell (AI)	2.703	1.220
Schweiz	1.190	645

Quelle: Schweizerische Ärztezeitung (1989, Nr. 23)

heute über dem gesamtschweizerischen Mittel, angeführt von Basel-Stadt mit einer Ärztedichte von 368 Einwohnern je Arzt. Von den 19 Kantonen mit einer unterdurchschnittlichen Ärztedichte bleibt Appenzell Inner Rhoden mit 1.220 Einwohnern pro Arzt in der Schlußposition, die es bereits 1945 innehatte. Darin zeigt sich ein Stadt-Land-Gefälle ebenso wie ein West-Ost-Gefälle, d.h. die Ärztedichte ist besonders hoch in den städtischen Ballungsgebieten¹⁵⁰, und sie ist in der französischen Schweiz tendenziell höher als in der deutschen Schweiz. Diese Disparitäten werden

150 1980 bestand eine durchschnittliche Ärztedichte von 1:542 in Städten mit über 10.000 Einwohnern gegenüber einer Dichte von 1:1.536 in den übrigen Landesteilen (Koch 1984: 123).

jedoch nicht als Problem der Unterversorgung ländlicher Gebiete thematisiert, da die Kleinräumigkeit es möglich macht, ohne größere Probleme den Arzt im städtischen Nachbarkanton aufzusuchen. Problematisiert wird vielmehr sowohl von seiten der Kassen als auch der Ärzte die Überversorgung, die sogenannte "Ärzteplethora", durch die einerseits die Ausgaben der Kassen erhöht, andererseits die individuellen Einkommenschancen der Ärzte reduziert werden.

Ebensowenig wie die Niederlassung der Ärzte wird auch die Anschaffung medizinisch-technischer Geräte in der freien Praxis gesteuert. Jeder Arzt kann ohne weitere Voraussetzungen klein- und großtechnische Geräte anschaffen, und ein abgestimmter, medizinisch und ökonomisch rationaler Einsatz verschiedener Diagnosemethoden ist allein der individuellen Verantwortung des behandelnden Arztes anheimgestellt¹⁵¹.

Als Ergänzung der ambulanten ärztlichen Versorgung und Alternative zur Pflege im Krankenhaus wird der spitalexternen Versorgung eine zunehmend größere Bedeutung beigemessen. Im Kern dieser Versorgungsstruktur steht die Tätigkeit der Gemeindekrankenschwester. Legt man die Schätzwerte von Gygi/ Frei (1988: 51, siehe Abschnitt B.8) zugrunde, so ist, bei ca. 6,5 Millionen Einwohnern, eine Pflegerin zuständig für die Betreuung eines Einzugsgebietes von mehr als 2.800 Bewohnern. Der Mangel ist offenkundig, wenn man die Spitex als Alternative zum Krankenhaus oder Pflegeheim versteht. Die *"Schweizerische Vereinigung der Gemeindekranken- und Gesundheitspflegeorganisationen"* (SVGO) weist zudem darauf hin, daß der Ausbau der spitalexternen Krankenpflege die Integration verschiedener Versorgungsdienste zum Ziel hat, zu denen auch Hauspflege, Haushilfedienst, Mahlzeitendienst, Krankenmobile, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammen sowie sämtliche frei praktizierenden Ärzte und teilweise auch die Apotheker gehören. Die Realisierung eines solchen Konzeptes setzt damit nicht nur voraus, daß die entsprechenden Dienste aufeinander abgestimmt werden¹⁵², sondern daß sie dort überhaupt erst einmal aufgebaut werden müssen, wo es neben der Gemeindekran-

151 Sommer (1987: 65/66) beklagt, daß eine Ausbildung an den jeweiligen Geräten nicht Voraussetzung für die Vergütung durch die Kasse ist und ein rationeller Einsatz auch dadurch nicht gewährleistet sei, daß der überweisende Arzt über die tatsächlichen Möglichkeiten der von ihm verordneten Analyse nicht ausreichend Bescheid wisse. Der Geräteeinsatz wird infolgedessen nicht alternativ, sondern kumulativ praktiziert, Computer-Tomographen ersetzen nicht die Röntgenuntersuchungen, sondern bilden den Abschluß einer "Batterie" von Diagnoseverfahren.

152 Was insbesondere von den Ärzten ein verändertes Selbstverständnis verlangt.

kenschwester, dem niedergelassenen Arzt und der Apotheke an einer derartigen Infrastruktur fehlt.

1.2 Honorierung in der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Vergütung für die ambulante ärztliche Versorgung ist Gegenstand der Verhandlungen zwischen den kantonalen Krankenkassenverbänden und den kantonalen Ärztereinigungen. Verhandelt wird der Preis der einzelnen Leistung, während über die Menge in der Interaktion von Arzt und Patient entschieden wird. Das ärztliche Einkommen ist schließlich das Produkt aus Menge und Preis der Einzelleistungen; eine Vereinbarung über ein Limit der Gesamtvergütung für alle Kassenärzte wie in der Bundesrepublik gibt es nicht, so daß jede Mengenausweitung allein zu Lasten der Kassen bzw. der Beitragszahler geht.

Der Gegenstand der Honorarverhandlungen variiert dabei zwischen den einzelnen Kantonen. Das sogenannte "*Taxpunkt-System*" hat sich zwar weitgehend durchgesetzt, und die ärztlichen Leistungen werden meist nach einem, dem bundesdeutschen Honorierungsmodus vergleichbaren System vergütet. Jede einzelne Leistung ist dabei mit einer Anzahl von Punkten versehen, und in den Honorarverhandlungen wird lediglich der Punktwert bestimmt. Doch sowohl die Unterteilung der Leistungen als auch die Anzahl der Punkte für vergleichbare Leistungen kann von Kanton zu Kanton unterschiedlich sein. Zudem hält man in einigen Kantonen noch am "*Frankentarif*" fest, bei dem jede Leistung unmittelbar mit einem bestimmten Preis versehen ist und jeder Preis einzeln verhandelt werden muß. 26 kantonale Arzttarife bestimmen somit das Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung der Schweiz. Langfristiges Ziel des Konkordats der Krankenkassen (KSK) ist es, die Tarifstruktur so weit zu harmonisieren, daß die Nomenklatur der Leistungen und die Anzahl der Taxpunkte pro Leistungen in der gesamten Schweiz gleich sind. Die verbesserte Transparenz würde die Möglichkeiten zur Kontrolle des ärztlichen Leistungsgeschehens erheblich erhöhen. Unterstützt wird das Konkordat in seiner Forderung vor allem von den zentralisierten Kassen, die sich hiervon eine erhebliche Reduzierung des administrativen Aufwandes versprechen. Eher auf Widerstand stößt man jedoch bei den kantonalen Kassen und Kassenvereinigungen, für die das Festhal-

ten an der eigenen, herkömmlichen Tarifstruktur verbunden ist mit föderaler Selbstbehauptung gegenüber zentralistischen Tendenzen¹⁵³.

Minimalziel der Ärzte in den Tarifverhandlungen ist ein Ausgleich des Preisanstiegs¹⁵⁴, und alle sind hieran gleichermaßen interessiert, wodurch ihr Verband eine strukturell starke Verhandlungsposition innehat. Die Position der Kassen erscheint demgegenüber schwach, geht man mit Sommer (1987: 50) davon aus, daß im Gegensatz zu den Ärzten keine der beteiligten Kassen bei niedrigen Tarifabschlüssen einen Konkurrenzvorteil erwarten kann, da die niedrigen Abschlüsse allen Kassen zugute kommen. Das kollektive Gut "niedrige Taxpunktwerte" werde deshalb nicht realisiert, weil sich unter den Kassen kein Promotor dafür fände. Tatsächlich aber beklagen die Ärzte, daß eine Kompensation des Preisanstiegs über die Leistungsvergütung heute nicht mehr gewährleistet sei. War in den früheren Verträgen eine Art "scala mobile" eingebaut, über die die Tarife automatisch an die Entwicklung der Konsumentenpreise gekoppelt waren, so werden nunmehr statt dessen Neuverhandlungen anberaumt, deren Ergebnis mit dem Minimalziel der Ärzte keineswegs immer übereinstimmt¹⁵⁵. Mit anderen Worten, die Kassen versuchen zumindest in den letzten Jahren, die Kostenentwicklung über die Preiskomponente einzudämmen¹⁵⁶. Interessiert daran müssen vor allem die kleineren Kassen mit einer tendenziell prekäreren Risikostruktur sein¹⁵⁷.

Der Vertrag zwischen Ärzten und Kassenverbänden muß von der kantonalen Regierung genehmigt werden und gilt als "*Tarifschutz*" für alle Kassenpatienten. Ohne diesen Tarifschutz sind Privatpatienten und

153 Auf kantonaler Ebene können dann durchaus auch die angestellten Vertreter der zentralisierten Kassen Front gegen die Harmonisierungsbestrebungen ihrer Zentrale beziehen und mit den regionalen "Kassenfürsten" koalieren (Interview Nr. 2).

154 Wobei betont wird, daß der Anstieg der Betriebskosten einer Praxis die Entwicklung der Konsumentenpreise noch übersteigt.

155 (Interviews Nr. 2 und 8). Die Klausel in den meisten Verträgen lautet heute, daß Neuverhandlungen stattfinden, wenn der Index der Konsumentenpreise um 5% gestiegen ist. In den meisten Kantonen finden allerdings jährliche Verhandlungen statt, so daß die Indexierung der Neuverhandlungen vor allem für Zeiten mit hohen Inflationsraten relevant ist. Nur in einigen Kantonen gibt es einen zweijährigen und in Basel-Land einen dreijährigen Verhandlungsturnus.

156 Dabei achten die Kassen zunehmend auch auf Ausweitungen in der Leistungsmenge und sind bestrebt, die Mengenkompente zumindest teilweise bei den Vergütungsforderungen der Ärzte im Abzug zu bringen.

157 Bündnispartner in ihrem Bemühen um niedrige Abschlüsse dürften sie in den großen zentralisierten Kassen finden, die von einem hohen Tarifabschluß in einem Kanton Signalwirkungen auf Neuabschlüsse in anderen Kantonen befürchten müssen.

solche Kassenmitglieder, die in besonders guten wirtschaftlichen Verhältnissen leben¹⁵⁸. Wer zu der letzteren Gruppe gehört, legen die jeweiligen kantonalen Regierungen fest, und zwar in von Kanton zu Kanton recht unterschiedlicher Weise¹⁵⁹. Für Patienten dieser Gruppe können die Ärzte Beträge in Rechnung stellen, die über die vertraglich festgelegten Tarife hinausgehen, und die Differenz zwischen dem tarifgemäßen Erstattungsbeitrag der Kassen und dem Rechnungsbetrag ist von den Versicherten selbst zu tragen. Die Ausschöpfung dieser Regelung ist dabei von der Handhabung des einzelnen Arztes abhängig und wird keineswegs immer von ihm in Anspruch genommen¹⁶⁰.

Kommt ein Vertrag zwischen Kassen und Ärzten nicht zustande ("vertragsloser Zustand"), so gilt der alte Tarif zunächst für ein weiteres Jahr. Im zweiten vertragslosen Jahr tritt an seine Stelle ein Rahmentarif der Kantonsregierung, der den Tarifschutz der Kassenpatienten sicherstellt und dabei tendenziell die Kassen begünstigt. Aus der Verpflichtung dieses Rahmentarifs können sich die Ärzte mit einer "Kassenunabhängigkeits-Erklärung" gegenüber der Kantonsregierung lösen. Erfolgt dies durch die Mehrheit der Ärzte, bestimmt die Kantonsregierung den Kreis der "wirtschaftlich schwächeren Versicherten" und verpflichtet einen Teil oder alle Ärzte, diese Versicherten zu den Bedingungen des Rahmentarifs zu behandeln. Im Kanton Aargau wurden in einem solchen Fall ca. 85% der Bevölkerung unter Tarifschutz gestellt, so daß die Regierung auch hiermit die Position der Kassen begünstigte¹⁶¹. Insgesamt kommt ein "vertragsloser Zustand" selten vor, doch wenn er eintritt, ist er für die Ärzte eher mit negativen Konsequenzen verbunden. Die Bereitschaft der Ärzte, in den laufenden Verhandlungen die Ausgabenentwicklung der Kassen mit zu berücksichtigen, dürfte dadurch nur gefördert werden¹⁶².

158 Das KUVG ließ außerdem zu, daß auch der Vertrag zwischen Kassen und Ärzten die Versicherten nach ihren Einkommensverhältnissen in zwei Gruppen unterteilen konnte (Art. 22 KUVG), wovon heute jedoch kein Gebrauch mehr gemacht wird.

159 Im Kanton Basel-Stadt liegt die Einkommensgrenze für Alleinstehende bei 35.000 SF Jahreseinkommen und im Kanton Zug bei 100.000 SF, siehe Ebert (1987: 16).

160 Wobei Ärzte, die eine solche übertarifliche Rechnung ausschreiben wollen, darauf angewiesen sind, selbst das Einkommen ihres Patienten zu schätzen. Im Zweifelsfalle ist es dann Sache des Patienten nachzuweisen, daß er nicht zur Gruppe der Besserverdienenden gehört.

161 Allerdings hatte die Kantonsregierung einen die Ärzte begünstigenden Rahmentarif mit einem Spielraum von 20% ober- und unterhalb des kantonalen Behördentarifs festgelegt, der dann, nach Einspruch der Kassen, vom Bundesrat auf 5% begrenzt wurde.

162 Interview Nr. 2, vgl. auch FMH (1986: 125/126). Den längsten vertragslosen Zustand

In einigen Kantonen haben die Ärztevereinigungen mittlerweile selbst eine neue Tarifstruktur entwickelt, in der die Überbewertung der technischen zugunsten der intellektuellen Leistungen des Arztes abgebaut wurde. Eine solche Neuerung stellt der "Züricher Tarif" dar, der in immer mehr Kantonen Verbreitung findet¹⁶³. Innerhalb der Ärzteschaft stößt er jedoch auch auf die Kritik derer, die eigentlich seine Nutznießer sein sollten. Sie weisen darauf hin, daß die Konsultationen als wichtigste intellektuelle Leistung keinerlei Aufwertung erfahren habe und eine echte Umstrukturierung ausgeblieben sei¹⁶⁴. Die Umstrukturierung war einkommensneutral, so daß die Kassen hiervon keinen nennenswerten Vorteil haben konnten.

Neben der Bewertung der Einzelleistungen wird auch die Frage der Honorarschuldnerschaft vertraglich geregelt. Seit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes von 1964 ist mit dem "tiers garant" das Prinzip der Kostenerstattung als Regelfall vorgesehen (siehe Abschnitt A.2.2), doch abweichend hiervon kann der kantonale Vertrag zwischen Kassen und Ärzten den "tiers payant", d.h. die Honorarschuldnerschaft der Kassen, vorsehen. In dieser einst so umstrittenen Frage stoßen die Ärzte heute auf immer weniger Widerstand bei den Kassen in ihrem Bemühen, den "tiers garant" allgemein durchzusetzen. Das einst vorherrschende Direktleistungsprinzip gilt heute nur noch in 11 Kantonen. Offensichtlich hat im Zuge der Kostendiskussion das Argument des Patientenschutzes an Gewicht verloren. Statt dessen wird nunmehr auch von den Kassen stärker die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten betont und man hofft, daß das Kostenerstattungsprinzip zu einer verantwortlicheren Inanspruchnahme der Ärzte und damit zu einer Kostendämpfung führe.

Im Gegensatz zu den Arzttarifen werden die Tarife für die übrigen Leistungserbringer im ambulanten Bereich nicht auf kantonaler, sondern auf nationaler Ebene ausgehandelt bzw. auch administrativ festgelegt. Verhandelt werden die Tarife für **Chiropraktiker** und **Physiotherapeuten**

gab es in Zürich 1970-1980, in Aarau dauerte er von 1976-1981, im Tessin dauert er zur Zeit an.

163 Wobei laut FMH diese neue Tarifstruktur zuerst in Bern ausgearbeitet und in Kraft getreten sei, Zürich und Basel-Land folgten dann dem Beispiel (vgl. auch Aenishänslin 1987).

164 Mit dem "Züricher-Tarif" werden Laborleistungen niedriger und einige intellektuelle Leistungen wie der Krankenbesuch höher bewertet. Die Umbewertung wurde von einem Kritiker auch als Maßnahme interpretiert, angesichts der Automatisierung bei den technischen Leistungen aus standespolitischen Gründen die eigentlich professionellen Fähigkeiten wieder stärker in den Vordergrund zu stellen (Interviews Nr. 15 und 16).

zwischen dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen und der "Schweizerischen Chiropraktorengesellschaft" bzw. dem "Schweizerischen Physiotherapeuten-Verband" (Gygi/ Henny 1977: 79, Gygi/ Frei 1986: 48, 50). Die Pflgetaxen im Spitex-Bereich werden durch Erlaß oder aber durch die privatrechtlichen Träger selbst festgelegt¹⁶⁵. Die Leistungen der *privaten Laboratorien* werden hingegen vom Bundesamt für Sozialversicherung in einer "Analyseliste" für die gesamte Schweiz geregelt, während die Vergütung für Laborleistungen in der ärztlichen Praxis Bestandteil der kantonalen Verhandlungen zwischen Ärzten und Kassen ist und i.d.R. über den Tarifen der Analyseliste liegt¹⁶⁶. So wundert es nicht, daß über 50% des Aufwandes für Laborleistungen auf die Arztpraxen selbst entfallen und nur 15,4% auf die privaten medizinisch-analytischen Laboratorien (Gygi/ Frei 1988: 43). Und ebensowenig ist es verwunderlich, daß die Ärzte unter Druck geraten sind, die Vergütungsdifferenz zu den privaten Labors durch eine neue Tarifstruktur abzubauen.

Mittel zur *Kontrolle* der ärztlichen Tätigkeit ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Kassen, die bereits im Zusammenhang mit der Rolle der Justiz erörtert wurde (siehe Abschnitt B.2). Haben die Kassen den Verdacht auf "Überarztung", leiten sie das beschriebene Vermittlungsverfahren ein. In der ersten Stufe dieses Verfahrens wird die Prüfung des Kostendurchschnitts durch eine Einzelfallprüfung ergänzt, deren Durchführung Sache eines Vertrauensärztekollegiums ist. Der vertrauensärztliche Dienst ist bei den Krankenkassen angesiedelt und wird durch 20 angestellte und 100 nebenamtliche "*Vertrauensärzte*" ausgeübt. Neben den üblichen Aufgaben des Vertrauensarztes, die wie in der Bundesrepublik primär das Verhältnis von Kasse und Versicherten betreffen¹⁶⁷, hat ein Vertrauensärztekollegium die Aufgabe, anhand einer Auswahl von ca. 400-500 Krankenscheinen das Diagnose- und Verschreibungsverhalten des Arztes zu überprüfen, der der "Überarztung" verdächtigt wird (Interview Nr. 2). Im übrigen unterliegt die ärztliche Tätigkeit den Standesre-

165 Wobei die privat vom Patienten zu zahlenden Pflgetaxen nur ca. 20% der Kosten decken. Auf freiwilliger Basis erstatten die meisten Kassen die darin enthaltenen Kosten für die "Behandlungspflege" (z.B. Blutentnahme, Infusion), nicht aber die "Grundpflege" (z.B. waschen, Essen geben), die den größten Teil der Pflgetätigkeit ausmacht (Interview Nr. 15).

166 Zu den Einzelheiten der Ausarbeitung des Labortarifs vgl. L'Eplattenier (1987: 91).

167 Vgl. die "Grundsätze für Vertrauensärzte" der FMH, die sowohl eine Aufgabenbeschreibung als auch einen Verhaltenscodex für Vertrauensärzte darstellen (FMH 1986: 278-282).

geln der kantonalen Ärztegesellschaften, und Verstöße dagegen werden disziplinarisch durch die Gesellschaften selbst geahndet.

1.3 Die "Ärzteplethora" als Grundproblem der ambulanten Versorgung

Auf die ambulante ärztliche Versorgung entfiel 1986 ein Anteil von 18,1% der Ausgaben aller Finanzierungsträger. Wie in der Bundesrepublik lagen diese Ausgaben damit an zweiter Stelle hinter den Ausgaben für die stationäre Versorgung, die mit fast 50% den Spitzenplatz einnahmen (siehe Tabellen 2.18 und 2.19)¹⁶⁸.

Die Rangordnung ändert sich allerdings, sobald man nur die Ausgaben der anerkannten Krankenkassen betrachtet. Hier liegen die Pro-Kopf-Ausgaben je Versicherten für die ambulante ärztliche Behandlung mit einem Anteil von 39,7% an erster Stelle, gefolgt von den Ausgaben für den stationären Bereich¹⁶⁹. Die Relation verschiebt sich schließlich noch weiter zuungunsten des ambulanten Sektors, berücksichtigt man allein die Ausgaben in der Grundversicherung und damit nur den Bereich, auf den sich die derzeitige Diskussion um die Sicherstellung sozial tragbarer Prämien bezieht. Unter Einbeziehung der Arzneimittelausgaben belaufen sich die gesamten ambulanten Kosten in der Grundversicherung auf 670,08 SF pro Versicherten. Sie haben damit einen Anteil von knapp 66% der Gesamtausgaben in der Grundversicherung und liegen mit diesem Absolutwert beinahe doppelt so hoch wie die Ausgaben für den stationären Bereich.

Damit wird deutlich, daß die Finanzierungssituation und die Beitragsentwicklung der anerkannten Krankenkassen in der Schweiz in einem weit stärkeren Maße von der Kostenentwicklung im ambulanten Bereich abhängen, als das für die bundesdeutschen Krankenkassen der Fall ist. Zugleich haben die schweizerischen Kassen geringere Möglichkeiten, die Entwicklung der Ausgaben zu beeinflussen, da es Vereinbarungen zwischen Ärzten und Kassen über eine maximale Gesamtvergütung nicht

168 Nach Schneider (1989: 148) entfielen in der Bundesrepublik 1986 auf die ärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich 17,78%. Geringer als in der Schweiz war der Anteil der Ausgaben für Krankenhaus und Kuren mit 35,82%.

169 Begrenzt auf die Ausgaben der GKV verschiebt sich auch in der Bundesrepublik die Größenordnung, nicht aber die Reihenfolge der Ausgabenpositionen: 20,65% entfallen auf die ärztlichen Leistungen, 38,29% auf Krankenhaus und Kuren (Schneider 1989: 148).

Tabelle 2.18: Höhe und Struktur der Gesundheitsausgaben aller Finanzierungsträger in der Schweiz, 1980 und 1986

	1980		1986		Differenz zwischen 1980 u. 1986 in %
	in Mrd. SF	Anteil in %	in Mrd. SF	Anteil in %	
ärztliche Leistungen	2,0	17,1	3,2	18,1	+60
zahnärztliche Leistungen	1,2	10,3	1,7	9,6	+42
Arzneimittel	1,6	13,7	2,3	13,0	+44
Pflegeleistungen	0,1	0,9	0,2	1,1	+100
Krankenhausleistungen	5,7	48,7	8,8	49,7	+54
Heil- und Hilfsmittel	0,5	4,3	0,7	4,0	+40
sonstige Leistungen	0,6	5,0	0,8	4,5	+33
insgesamt	11,7	100,0	17,7	100,0	+51

Quelle: Schneider 1989

Tabelle 2.19: Ausgaben der Krankenkassen je Versicherten nach Leistungsarten

Leistungsarten	Ausgaben in SF pro Vers. 1987	Ausgabenanteil in %						
		1987	1986	1985	1980	1975	1970	1966
ärztl. Behandlung	430,75	39,7	40,0	39,9	40,3	45,0	46,0	47,6
Chiropraktik	4,96	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5
Arzneimittel	206,25	19,0	19,3	19,5	20,5	21,1	25,8	24,5
Krankenhaus	428,04	39,4	38,8	38,6	36,7	32,1	26,4	25,3
übrige Kosten	15,90	1,5	1,4	1,5	1,8	1,3	1,3	2,2
insgesamt	1.085,90	100	100	100	100	100	100	100

Quelle: BSV (1989b)

gibt. So mag es den Kassen zwar gelingen, die Preise der Einzelleistungen in den Verhandlungen unter den Anstieg der Konsumentenpreise zu drücken. Doch will der Arzt sein Realeinkommen beibehalten, kann er den niedrigeren Preis durch eine Ausweitung der Leistungsmenge kompensieren.

Hier verschärft nun vor allem die steigende Zahl niedergelassener Ärzte die Situation. Auf der Basis der voraussehbaren Studienabschlüsse im Fach Medizin wurde bereits zu Beginn der 1980er Jahre ein Anstieg der niedergelassenen Ärzte und eine zunehmende Arztdichte auf 1:420

Tabelle 2.20: Ausgaben der Krankenkassen je Versicherten in der Grund- und Krankenhaus-zusatzversicherung, 1983-1987

	Ausgaben je Versicherten in SF				
	1983	1984	1985	1986	1987
Grundversicherung					
ambulant	...	...	577,86	622,01	670,08
stationär	230,00	240,00	301,50	323,57	347,71
Zusatzversicherung					
Krankenhaus(tage)geld	33,00	49,00	66,06	62,76	66,56
Krankenhausbehandlung	107,00	123,00	142,11	162,75	163,47
kombinierte Krankenhausversicherung	147,00	157,00	187,88	198,84	228,48

Quelle: BSV (1989b)

im Jahr 2000 und 1:290 im Jahre 2030 geschätzt¹⁷⁰. Zwischen der Entwicklung der Arztdichte und den Behandlungs- und Medikamentenkosten besteht ein nachweislich positiver statistischer Zusammenhang, der, wie auch in der Bundesrepublik, durch das Verhalten von Ärzten und Patienten erklärt wird (Schmid u.a. 1985: 355; Sommer 1987: 63; Baumberger 1989). Einerseits seien es die Ärzte, die die Behandlungsintensität bei verringerter Patientenzahl steigerten, um ein bestimmtes Einkommensziel zu realisieren, andererseits nutzten die Patienten die verbesserte Verfügbarkeit der Ärzte, um auch mit geringfügigen Beschwerden oder nicht-medizinischen Problemen in seine Praxis zu kommen. Die vergrößerte Konkurrenz zwänge wiederum den Arzt dazu, den Ansprüchen der Patienten auch dann entgegenzukommen, wenn sie medizinisch nicht gerechtfertigt seien¹⁷¹.

Tendenziell kostenexpansiv wirkt schließlich für die Krankenversicherung auch die Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, sei es durch einen Ausbau der Spitex oder durch eine ver-

170 Siehe Sommer/ Gutzwiller (1986: 90), die hier die Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8 zusammenfassen. Vgl. auch die frühere Prognose von Koch (1984: 160), die in der Tendenz zu ähnlichen, in den absoluten Werten jedoch zu anderen Ergebnissen führt.

171 Vgl. Sommer (1987: 60), der sich hier auf eine Studie im Rahmen des nationalen Forschungsprogramms Nr. 8 stützt, die sich allerdings allein auf eine Umfrage in Basel-Stadt bezieht, wobei die hohe Arztdichte dort in den kommenden Jahren eben für die gesamte Schweiz zu erwarten ist.

besserte Ausrüstung der Privatpraxen mit neuen medizintechnologischen Geräten. Letztere Entwicklung erlaubt es, ambulant Diagnosen und Behandlungen durchzuführen, die eine Krankenhausbehandlung überflüssig oder aber weniger aufwendig machen¹⁷². Aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive führt eine derartige Leistungsverlagerung somit zu Einsparungen, für die Kassen jedoch zu Ausgabensteigerungen. D.h., bei Beibehaltung der derzeitigen Subventionierungsmodalitäten (vgl. Abschnitt C.2.2) sind solche gesamtwirtschaftlichen Rationalisierungsgewinne mit der absurden Konsequenz steigender Kassenausgaben und damit steigender Krankenkassenbeiträge verbunden. Tatsächlich liegen bereits heute die Zuwächse der Ausgaben im ambulanten Bereich über denjenigen des stationären Bereichs, was als erster Hinweis auf eine solche Leistungsverlagerung gewertet werden kann¹⁷³.

Die Krankenkassen befinden sich folglich in einem Teufelskreis. Sinkende Patientenzahlen pro Arzt führen zur Ausweitung der Leistungsmenge und damit der Ausgaben der Kassen; qualitative Verbesserungen der Behandlung und Pflege im ambulanten Bereich unterstützen die expansive Tendenz. Versuchen die Kassen, die Ausgabensteigerungen durch Preissenkungen zu begrenzen, werden die Ärzte hierauf mit neuen Mengenausweitungen reagieren müssen, wenn sie ihre Realeinkommen halten wollen.

Zur Lösung des Problems diskutiert man die Erhöhung des Selbstbehalts als Mittel zur Mäßigung des "Anspruchsverhaltens" der Patienten, während das Versuchsmodell der Züricher "Gesundheitskasse", der schweizerischen Variante einer HMO (Health Maintenance Organization), das Leistungsverhalten der Ärzte aus den ökonomischen Sachzwängen lösen soll. Das Problem der Leistungsverlagerung vom ambulanten zum stationären Bereich verlangt demgegenüber eine grundlegende Diskussion der unterschiedlichen Finanzierungsweisen in beiden Bereichen. Der Vorschlag von Hauser (1989), die Krankenhaussubventionen völlig abzuschaffen und die Kantone statt dessen zu einer einkommensabhängigen Sub-

172 Siehe Zweifel (1984), der sich hier auf die Daten einer Krankenkasse bezieht. Wenn dies tatsächlich für die Schweiz zutrifft, heißt das, daß hier eine Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung stattfindet, die die in der Bundesrepublik vielfach beklagten Doppeluntersuchungen zumindest teilweise vermeidet.

173 Siehe Tabelle 2.18. Bei einer anderen Abgrenzung der Ausgabekategorien und einer längerfristigen Betrachtung von 1975-1986 ermitteln Gygi/ Frei (1988: 90) eine geringere, aber doch wahrnehmbare Differenz von durchschnittlich 92,3% Wachstum der Ausgaben für Krankenhäuser und 94,3% der Ausgaben für Ärzte.

ventionierung der Krankenkassenbeiträge heranzuziehen, setzt an der Lösung dieses Grundproblems an¹⁷⁴.

2. Stationärer Bereich

2.1 Infrastrukturentscheidungen in den Kantonen

Für die Eröffnung neuer Krankenhäuser gilt, wie für die Niederlassung der Ärzte, der Grundsatz der Gewerbefreiheit. Private Kliniken unterliegen keiner Beschränkung, vorausgesetzt sie verfügen über die notwendigen finanziellen Mittel, die sie von öffentlichen Geldgebern unabhängig machen. Der größte Teil der privaten Krankenhäuser finanziert sich heutzutage jedoch aus kantonalen und z.T. auch kommunalen Subventionen und unterliegt daher gemeinsam mit den öffentlichen Krankenhäusern der kantonalen Krankenhausplanung.

Eine solche Krankenhausplanung besteht in den meisten Kantonen, und zwar bereits seit ca. 30-40 Jahren. Die Qualität der Planung ist in den Kantonen unterschiedlich¹⁷⁵, und in einigen kleineren ostschweizerischen Bergkantonen, in denen es nur wenige Krankenhäuser gibt, erscheint eine solche Planung überhaupt überflüssig. Planungsziel war seit Anbeginn eine rationale Verteilung der Investitionsmittel und eine Kontrolle der Folgekosten. An letzterem müssen die Kantone interessiert sein, da sie im Gegensatz zu den deutschen Bundesländern auch die Betriebskosten der Krankenhäuser subventionieren. Grundlage der Planung bildet in allen Kantonen die Festschreibung des spezifischen Leistungsauftrages jedes einzelnen Krankenhauses sowie eine Analyse der demographischen Entwicklung und der Morbidität in der Region. Der kantonale Krankenhausplan wird innerhalb der Regierungsbürokratie und teilweise unter Mitwirkung externer professioneller Beratungsfirmen entwickelt und häufig dem Parlament zur Verabschiedung vorgelegt.

174 Diskutiert wird ferner, die Selbstbeteiligung vom ambulanten auf den stationären Bereich auszudehnen, vgl. dazu auch Kapitel 6, Abschnitt 2.2.

175 Interview Nr. 1. Ein wichtiger Unterschied bestand und besteht vor allem darin, daß die Planungen nur z.T. auf eigenen Erhebungen und Berechnungen beruhen und die Werte von Nachbar- oder Referenzkantonen als Grundlage übernommen werden, vgl. Konsultative Kommission für Spitalfragen (1976: 58).

Die Planungsimulation erfolgt im Zuge der jährlichen Aufstellung des Krankenhausbudgets. Zur Jahresmitte verschickt die kantonale Gesundheitsdirektion standardisierte Formulare an die öffentlichen und subventionierten privaten Krankenhäuser, begleitet von Richtwerten zu den maximal realisierbaren Eingängen in den verschiedenen Haushaltspositionen. Diese Richtwerte orientieren sich am Landesindex für die Konsumentenpreise; die letztendlich realisierten Zuwächse liegen jedoch i.d.R. über dem Preisanstieg (Glaser 1987: 144). Neben der Kalkulation der Betriebskosten enthält das Budget einen Haushaltstitel für kleinere Einzelinvestitionen, deren maximale Höhe vorab von der Kantonsregierung festgelegt wird. Überschreitet das entsprechende Vorhaben diesen Betrag, so muß das betroffene Krankenhaus hierfür ein separates "Investitionsge-such" einreichen¹⁷⁶.

Allerdings werden nur die Investitionen der kantonseigenen Krankenhäuser vollständig über den kantonalen Haushalt finanziert, die Investitionen der übrigen öffentlichen, durch Gemeinden oder Zweckverbände getragenen Krankenhäuser hingegen nur zu einem bestimmten Prozentsatz. In einigen Kantonen schließt diese Investitionshilfe diejenigen privaten Krankenhäuser ein, die einen öffentlichen Auftrag im Sinne der Spitalplanung erfüllen. Die kantonalen Fördersätze unterscheiden sich erheblich, die jeweiligen Differenzen sind von den Krankenhausträgern zu decken, das sind bei den nicht-kantonalen öffentlichen Krankenhäusern i.d.R. die Gemeinden oder Gemeindeverbände. So übernimmt der Kanton Bern einen Beitrag von 53-68% der Investitionen in Regional- und Bezirksspitäler¹⁷⁷, der Kanton Zürich finanziert 35-90%¹⁷⁸ und der Kanton Aargau 100% der von der Regierung zuvor genehmigten Investitionen der öffentlichen und privaten Krankenhäuser (Zweifel/ Pedroni 1987: 34). Finanziert werden diese öffentlichen Investitionshilfen meist über allgemeine Steuergelder, wobei Vorhaben ab einer bestimmten Größe häufig der

176 In Bern waren hiervor beispielsweise Bauvorhaben in großen Krankenhäusern mit einem Wert von über 25.000 SF und Neuanschaffungen von über 15.000 SF betroffen (Glaser 1987: 228).

177 Laut dem "Gesetz über Spitäler und Schulen für Spitalberufe" sollten allerdings durchschnittlich 70% finanziert werden (vgl. auch Glaser 1987: 228). Hier werden dennoch die abweichenden Zahlen von Zweifel/ Pedroni wiedergegeben in der Annahme, daß sie als Schweizer Experten den besseren Einblick in die tatsächliche finanzpolitische Praxis haben.

178 Neben den Investitionen der kantonseigenen Krankenhäuser werden hier auch die der Krankenhäuser ohne eigene Mittel übernommen, siehe Zweifel/ Pedroni (1987: 29).

Zustimmung der Bevölkerung bedürfen¹⁷⁹, die i.d.R. nicht versagt wird. Erleichtert werden Investitionsvorhaben in einigen Kantonen außerdem durch eine zweckgebundene "Spitalsteuer", deren Aufkommen eine expansive Investitionspolitik begünstigt¹⁸⁰.

Werden Investitionsgesuche von der Kantonsregierung bzw. dem Gesundheitsdirektor abgelehnt, steht es dem privaten Krankenhausträger frei, seine Pläne mit Hilfe anderweitiger Finanzierungsmittel, wie Spenden, Stiftungen oder Kredite, zu finanzieren. Allerdings dürfen die Folgekosten dann prinzipiell nicht in das prospektive Budget aufgenommen werden, auf dessen Grundlage man die Tagessätze berechnet, welche von den Kassen bezahlt und von Kantonen subventioniert werden. Nach Glaser (1987: 229) kommt es allerdings vor, daß eine zunächst unrechtmäßige Einfügung solcher Betriebskosten dadurch nachträglich legalisiert wird, daß ein zweites Investitionsgesuch gestellt und schließlich genehmigt wird.

Von dem geschilderten Muster der exekutiven Infrastrukturplanung und -entscheidung weichen einige Kantone in der französischen Schweiz ab. Sie haben eine spezielle Kommission gebildet, in der die relevanten Akteure des kantonalen Gesundheitssystems vertreten sind, d.h. neben der Regierung auch die kantonalen Organisationen der Krankenkassen, der Ärzte und der Krankenhäuser. Im Kanton Waadt hat diese Kommission seit dem Krankenhausgesetz von 1980 die Kompetenz, die Krankenhausplanung aufzustellen und über Investitionsanträge zu entscheiden, wobei die Investitionen vollständig vom Kanton finanziert werden (Frei/Karasek/ Wolf 1986: 90). Im Wallis und in Neuenburg berät die Kommission zwar lediglich die Kantonsregierung, welche aber i.d.R. nur im Einvernehmen mit der Kommission entscheidet (Glaser 1987: 229).

Eine offene Flanke in der Krankenhausplanung ist freilich ihre kantonale Beschränkung ebenso wie die fehlende Einbeziehung der nicht subventionierten, kommerziellen Kliniken. Folge dieser kantonal begrenzten Krankenhausplanung ist ein über die Jahre fortbestehendes Ungleichgewicht der regionalen Bettenverteilung. Der Ausbau der Bettenkapazitäten

179 Und zwar als sogenannte "Kreditvorlage", was allerdings nicht heißt, daß die zur Abstimmung stehenden Vorhaben tatsächlich über einen Kredit finanziert werden.

180 In Bern ist dies der "Spitalsteuerzehntel", im Kanton Solothurn ein Aufschlag von 7%, der bei Bedarf ebenfalls auf 10% aufgestockt werden kann (Zweifel/ Pedroni 1987: 32, 36).

hat diese Versorgungsdisparitäten nicht beseitigt¹⁸¹. Die Spannweite der Bettendichte reichte 1975 von 23,4 Betten pro 1.000 Einwohner in Graubünden bis zu 4,2 Betten im Kanton Schwyz (Gilliand 1980: 140). Aktuelle Zahlen liegen für den Bereich der Akutbetten vor. Hier lag 1988 der Kanton Appenzell Ausser Rhoden noch vor Basel-Stadt an der Spitze mit einer Akutbettendichte von 13 Betten je 10.000 Einwohner. Die niedrigste Versorgungsdichte zeigt hingegen der Kanton Schwyz mit 3,9 Betten je 10.000 Einwohner (siehe Tabelle 2.21)¹⁸². Doch wie schon im ambulanten Sektor werden die regionalen Disparitäten nicht als Versorgungsproblem diskutiert, da die geringen räumlichen Entfernungen es ohne weiteres zulassen, die fehlenden Kapazitäten im eigenen Kanton mit den Überkapazitäten im Nachbarkanton auszugleichen, allerdings nicht ohne Nachteil für die zahlenden Krankenkassen (siehe Abschnitt C.2.2).

Erheblich verändert hat sich die strukturelle Zusammensetzung des Bettenangebots. Hier zeigt sich, daß die Ausweitung der Kapazitäten ausschließlich auf den Ausbau der Betten in der Langzeitpflege zurückzuführen ist, die den Rückgang der Betten in der Psychiatrie weit überkompensiert hat. Demgegenüber blieb die Bettenzahl im Akutbereich nahezu konstant (siehe Tabelle 2.22)¹⁸³. Darin zeigt sich, daß mit Hilfe der Krankenhausplanung bzw. ihrer Implementation kein Bettenabbau im Akutbereich, wohl aber der notwendige Ausbau der Betten in der Langzeitpflege eingeleitet worden ist.

Neben der mangelnden interkantonalen Koordination des Bettenbedarfs bildet die fehlende Koordination zwischen öffentlichen und rein privaten Krankenhäusern bei der Anschaffung großtechnischer Geräte die zweite offene Flanke der Krankenhausplanung (Glaser 1987: 143). Jede Standortplanung des Kantons wird durchkreuzt, wenn eine Privatklinik (oder auch eine Privatpraxis), die nicht an die Planung gebunden ist, gleichzeitig in dieselben Geräte investiert wie die öffentlichen Krankenhäuser. Für Aufregung sorgten hier in den 1980er Jahren die AMI-Klini-

181 Wobei das Dichte-Muster in der Krankenversorgung nicht unerheblich abweicht von der Verteilung der niedergelassenen Ärzte zwischen den Kantonen, vgl. Tabellen 2.17 und 2.21.

182 Die überdurchschnittliche Bettendichte in Appenzell geht dabei einher mit einer unterdurchschnittlichen Ärztedichte, genau umgekehrt verhält es sich im Kanton Genf (vgl. Tabelle 2.17). D.h., der Versorgungsstatus der Kantone ist keineswegs einheitlich in den verschiedenen Versorgungsdimensionen.

183 Das starke Wachstum in der Rubrik "andere Krankenhäuser" fällt bei dem geringen Bettenbestand hingegen kaum ins Gewicht.

Tabelle 2.21: Akutbettendichte in den Kantonen, 1988

	Akutbetten insg.	Betten je 1.000 Einwohner
Appenzell (AR)	655	12,95
Basel-Stadt	2.163	11,20
Jura	672	10,31
Appenzell (AI)	131	9,73
Graubünden	1.513	8,59
Zug	679	8,08
Oberwalden	209	7,34
Tessin	2.071	7,28
Neuenburg	1.103	6,95
Bern	6.468	6,89
Freiburg	1.334	6,66
Wallis	1.605	6,54
Zürich	7.328	6,38
Uri	211	6,25
Waadt	3.430	6,03
St. Gallen	2.432	5,89
Glarus	214	5,73
Aargau	2.756	5,69
Solothurn	1.262	5,68
Schaffhausen	391	5,53
Basel-Land	1.051	4,60
Niederwalden	143	4,47
Genf	1.635	4,35
Thurgau	856	4,31
Luzern	1.286	4,11
Schwyz	413	3,87
insgesamt	42.011	6,30

Quelle: VESKA (1988)

Tabelle 2.22: Struktur der Krankenhausbetten, 1977 und 1987

	1977		1987		Differenz zw. 1977 u. 1987 in %
	abs.	in %	abs.	in %	
Akutbereich	42.205	52,2	42.577	48,7	+ 0,9
Langzeitpflege	18.342	22,7	26.457	30,3	+44,2
Psychiatrie	17.962	22,2	14.830	17,0	- 17,4
andere Krankenhäuser ^a	2.408	3,0	3.547	4,1	+47,3
Betten insgesamt	80.917	100,0	87.407	100,0	+ 8,0

a z.B. Rehabilitationskliniken, Kurhäuser und Spezialkliniken wie Schlaf- oder Schmerzkliniken.

Quellen: Für 1977: VESKA (1979); für 1987: VESKA (1989a)

ken, eine amerikanische, kommerzielle Krankenhauskette, die Komfort und einen hohen Technologiestandard anboten¹⁸⁴. Die Wellen der Unruhe sind mittlerweile abgeebbt, und die AMI-Kliniken wurden 1990 an eine von einer Schweizer Investorengruppe angeführte Investorengruppe verkauft, weil sie die hochgesteckten Ertragserwartungen der AMI-Aktionäre nicht erfüllten. Zur Vorbeugung gegen eine künftige preistreibende Entwicklung im privaten Krankenhaussektor wurden zuletzt Rahmenvereinbarungen zwischen dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen und der VESKA getroffen (s.u.).

2.2 Tarifbildung und Kostenkontrolle

Die Betriebskosten der schweizerischen Krankenhäuser werden durch vier verschiedene Kostenträger finanziert: die öffentliche Hand, die Krankenkassen, die Sozialversicherungen des Bundes und die Selbstzahler bzw. die Privatversicherungen. Die Kantone subventionieren die Betriebskosten¹⁸⁵ und decken die ex-post entstehenden Defizite derjenigen Krankenhäuser, die einen öffentlichen Leistungsauftrag erfüllen. Die Krankenkassen übernehmen in der Grundversicherung den Teil der Kosten in der allgemeinen Abteilung, der i.d.R. als Tagespauschale zwischen dem kantonalen Kassenverband und den einzelnen Krankenhäusern bzw. dem kantonalen Krankenhausverband ausgehandelt worden ist. Der kantonale Krankenhausverband verhandelt dabei i.d.R. für die kleinen Anbieter, während die größeren Krankenhäuser sich selbst vertreten¹⁸⁶. Die Selbstzahler bzw. ihre privaten Zusatzversicherungen finanzieren die in Rech-

184 Die damit verbundenen Ausgabensteigerungen waren zwar zunächst ein Problem der privaten Zusatzversicherung. Doch die Abwanderung von Privatpatienten in die reinen Privatkliniken verschlechtert auch die Finanzierungssituation der öffentlichen Krankenhäuser, wo die höheren Tagessätze für Privatpatienten zur Deckung der Defizite in der allgemeinen Abteilung beitragen (s.u. Abschnitt C.2.2). Die 1987 gescheiterte Teilrevision sah vor, daß die Kassen künftig nur noch mit solchen Kliniken kontrahieren sollten, die als private Krankenhäuser auch in den kantonalen Bedarfsplan aufgenommen worden sind (SKI 1986: 29).

185 Wobei Abschreibungen und Zinszahlungen nicht in die Betriebskostenrechnung aufgenommen werden.

186 Anders als die Krankenkassen vergüten die Sozialversicherungen des Bundes die Leistungen für ihre Versicherten auf der Basis einer nationalen Tarifordnung, des sogenannten MTK-Tarifs, der auf einer Rahmenvereinbarung zwischen der Medizinaltarif-Kommission (Unfallversicherer) und der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz beruht (Spitaltaxmodell SDK/MTK).

nung gestellten Leistungen in der privaten und halbprivaten Abteilung, die durch die Grundversicherung nicht gedeckt sind. Die Tarife der Privatabteilungen wurden bislang einseitig vom Krankenhausträger festgelegt.

Grundlage für die Verhandlung zwischen Kassen und Krankenhäusern sind die letztjährigen Rechnungsergebnisse des jeweiligen Krankenhauses (Interview Nr. 2). Die subventionierten Krankenhäuser müssen dem Kanton außerdem jährlich ein prospektives Budget zur Genehmigung vorlegen. Erstellt wird dieses Budget nach einem Kontenrahmen der VESKA, der nach 1975 von der VESKA selbst zur Kostenstellenrechnung weiterentwickelt worden ist. Aufgrund des freiwilligen, frühen Engagements der VESKA bei der Standardisierung des Krankenhausbudgets gehörte die Schweiz hier zu den ersten Ländern, in denen moderne Formen der Kostenrechnung eingeführt wurden. Damit sorgte der Verband selbst für mehr Transparenz im Leistungsgeschehen, womit er zugleich dem "Wunsch" der Kantone nach größerer Vergleichbarkeit der Krankenhauskosten entgegenkam (Glaser 1987: 29). Erarbeitet wurden und werden die jeweiligen Methoden innerhalb der VESKA durch Kommissionen, deren nebenamtliche Mitglieder hauptberuflich in den Krankenhäusern arbeiten (Milizsystem).

Dieses freiwillige Engagement des schweizerischen Krankenhausverbandes ist bemerkenswert, trägt doch die VESKA als Interessenvertretung der Krankenhäuser damit zur verbesserten externen Kontrolle ihrer Mitglieder bei¹⁸⁷. Diese Art der Selbstregulierung zeigt einmal mehr die vergleichsweise hohe Responsivität der schweizerischen Verbände auf öffentlichen bzw. politischen Druck¹⁸⁸. Maßnahmen, deren Durchsetzung in der Bundesrepublik vielfach einer gesetzlichen Grundlage bedürfen, werden in der Schweiz nicht selten durch freiwillige Vereinbarungen zwischen den relevanten Akteuren erzielt, d.h. zwischen Staat bzw. staatlicher Bürokratie und den privaten Verbänden. Damit aber steht dem speziell auf bundespolitischer Ebene zu beobachtenden politischen Immobilismus eine erhöhte Beweglichkeit auf verbandspolitischer Ebene gegen-

187 In der Bundesrepublik Deutschland wurde eine entsprechende Maßnahme zur Erhöhung der Transparenz in der Kostenrechnung per Gesetz vorgeschrieben, und zwar mit der Krankenhausbuchführungsverordnung v. 10.4.1978 als Ausführungsverordnung zum Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972, vgl. Jung (1985).

188 Ein weiteres, oben bereits aufgeführtes Beispiel ist die freiwillige Umstrukturierung der Arzttarife zugunsten der intellektuellen Leistungen in einigen Kantonen.

über¹⁸⁹. So ist es denn auch die VESKA und nicht der staatliche (kantonale) Regulierer, die Effektivitätssteigerungen über verbesserte Leistungsvergleiche realisieren will und die die Entwicklung von Fallkostenstandards nach dem Vorbild der US-amerikanischen "Diagnosis related groups" (DRGs) zu einem ihrer nächsten Ziele erklärt. Anders als in den USA sollen diese DRGs jedoch nicht als Vergütungsgrundlage, sondern lediglich als Instrument des Leistungsvergleichs dienen (Interview Nr. 10). Für das einzelne Krankenhaus bedeutet die erhöhte Transparenz einerseits eine stärkere Außenkontrolle, andererseits aber auch ein Instrument der Betriebsführung und eine bessere Legitimationsgrundlage für die Forderung nach höheren Subventionen oder Pflegesätzen.

Die Pflegesätze ("Spitaltaxen") werden zwischen den Kassen und den Krankenhäusern ausgehandelt, nachdem der Kanton erklärt, in welcher maximalen Höhe er zur Betriebskostendeckung beitragen wird. Der Kanton ist somit bei den Verhandlungen stets präsent, sei es indirekt, indem er den Verhandlungsrahmen über die noch zu deckenden Betriebskosten absteckt, sei es direkt, indem der kantonale Gesundheitsminister (Sanitätsdirektor) teilweise selbst die Verhandlungen für die kantonalen Krankenhäuser führt¹⁹⁰. Zugleich muß die Kantonsregierung bzw. der Sanitätsdirektor den Vertrag zwischen Kassen und Krankenhäusern genehmigen, und im Falle der Nichteinigung ("vertragsloser Zustand") setzt er einseitig die Spitaltaxen fest. Der Kanton hat somit eine günstige Verhandlungsposition inne, die noch verstärkt wird durch die Unterschiede in der personellen Besetzung. Dem Gesundheitsdirektor als meist hauptberuflichem Politiker steht auch hier verschiedentlich ein nebenamtlicher Funktionär auf der Kassenseite gegenüber. Riskieren allerdings die Kassen den vertragslosen Zustand und damit den "Makel" fehlender Kompromißbereitschaft, so kann sich die strukturelle Benachteiligung in einen Vorteil verwandeln. Denn im vertragslosen Zustand geraten die Kantone zum einen unter Druck des Bundes, der als letzte Schiedsinstanz tendenziell auf seiten der Kassen steht, an deren Solvenz er als Aufsichtsorgan und

189 Wobei allerdings anzunehmen ist, daß sich auch die Schweizer Verbände hier nach dem viel zitierten Ausspruch des sizilianischen Fürsten in Lampedusa Roman "Der Leopard" verhalten, wonach sich alles ändern müsse, damit alles beim alten bleiben könne, d.h., daß derartige Konzessionen eben auch den Zweck haben, die politische Position der Verbände zu festigen.

190 Letzteres ist abhängig von der kantonalen Krankenhausgesetzgebung oder von den Statuten des Krankenhausträgers und der Organisation der Krankenhausverwaltung.

Subventionsträger interessiert sein muß¹⁹¹. Zum anderen stehen die Kantone im vertragslosen Zustand unter dem Druck ihrer Wähler, die statt des normalerweise zwischen Kassen und Krankenhäusern vereinbarten "tiers payant" nun unter der Bedingung des "tiers garant" im Krankenhaus behandelt werden und damit bei den zumeist hohen Krankenhausrechnungen in Vorleistung treten müssen.

Die von den Krankenkassen zu tragende Spitaltaxe wird als "Vollpauschale" bezeichnet, weil sie sämtliche in der allgemeinen Abteilung entstehenden Aufwendungen deckt, wenn auch nur bis zur Höhe der nicht vom Kanton subventionierten Kosten¹⁹². Je nach dem Beitrag der Kantone werden 40-90% der Betriebskosten durch die Spitaltaxe der Kassen finanziert bzw. ca. 50% im schweizerischen Mittel (Frei/ Karasek/ Wolf 1986: 23). Die ausgehandelten Spitaltaxen gelten auch hier als "Tarifschutz" für die Mitglieder der anerkannten Krankenkassen, allerdings nur, soweit sie Einwohner des betreffenden Kantons sind. Patienten aus Nachbarkantonen werden höhere Tagessätze in Rechnung gestellt, wenn es zwischen den betroffenen Kantonen keine bilateralen Abkommen gibt¹⁹³. Die schwache Krankenhausinfrastruktur einzelner Kantone geht in diesem Fall allein zu Lasten der Krankenkassen, die die vollen Kosten übernehmen müssen, wenn die notwendige stationäre Versorgung innerhalb des Wohnkantons nicht möglich ist¹⁹⁴.

Grundtyp der Leistungsvergütung im stationären Bereich ist wie in der Bundesrepublik eine für alle Behandlungstage gleiche Tagespauschale, deren Höhe je nach Krankenhaus unterschiedlich ist. Dieser Vergütungstyp veranlaßt die Krankenhäuser nun bekanntermaßen dazu, die Verweildauer der Patienten tendenziell auszudehnen, um die kostenintensiven Tage zu Anfang der Behandlung durch die kostengünstigeren Folgetage

191 Im derzeit bestehenden vertragslosen Zustand in Bern hatte der Sanitätsdirektor die Spitaltaxe auf eine Höhe angesetzt, gegen die die Kassen beim Bundesrat Beschwerde einlegten. Die Spitaltaxe wurde daraufhin vom Bundesrat zugunsten der Kassen korrigiert (Interview Nr. 2).

192 Diese Vollpauschale enthält auch die "Hotelkosten", die die Krankenkassen von den Versicherten zurückverlangen können (siehe Abschnitt A.4.2).

193 Diese erhöhten Tagessätze für kantonsexterne Patienten werden durch den kantonalen Krankenhausverband in einer speziellen Taxordnung festgelegt, welche auch für die Behandlung von Ausländern gilt. Mit dem bilateralen Abkommen zwischen den Kantonen sind entsprechende Ausgleichszahlungen des Kantons verbunden, der Patienten "exportiert" (Interview Nr. 10).

194 Steht hingegen das Leistungsangebot im eigenen Kanton zur Verfügung, gehen die Mehrkosten einer außerkantonalen Krankenhausleistung zu Lasten des Patienten.

auszugleichen. Um diesem Anreiz entgegenzuwirken, wurden in einigen Kantonen abweichende Vergütungsarten vereinbart. Eine erste Variation des Grundtyps stellt dabei die degressive Abstufung der Tagespauschale in Abhängigkeit vom Krankenhausaufenthalt dar¹⁹⁵, eine zweite die Begrenzung der Vollpauschale auf die Grundversorgung, kombiniert mit einer ergänzenden Vergütung für Spezialleistungen¹⁹⁶. Eine völlig neue Form der Vergütung wird im Kanton Waadt praktiziert, wo Ende 1978 das System der Globalbudgetierung nach kanadischem Muster eingeführt wurde. Kanton und Krankenkassen zahlen hier ihre Finanzierungsbeiträge zu 53% bzw. 47% in einen gemeinsamen Fonds, der entweder als "Zentrale Krankenkasse" oder als Globalbudget bezeichnet wird¹⁹⁷. Auf der Grundlage der Krankenhausstruktur im Kanton, der Budgeterwartungen der einzelnen Krankenhäuser und der Kostenbegrenzungserwartungen der an der Budgetverwaltung beteiligten Akteure wird der konkrete Anteil eines einzelnen Krankenhauses innerhalb einer Kommission verhandelt. Diese Kommission besteht aus der kantonalen Regierung, den Krankenkassen, der Ärztevereinigung und der kantonalen Krankenhausorganisation¹⁹⁸. Entstehen Defizite, werden diese ggf. von den Gemeinden des Einzugsgebietes auf freiwilliger Basis übernommen, nicht aber automatisch gedeckt. Gewinne verbleiben als Rückstellungen bei den Krankenhäusern (Zweifel/ Pedroni 1987: 39-42, Frei/ Karasek/ Wolf 1986: 87-92)¹⁹⁹.

Für die *privaten und halbprivaten Abteilungen* der Krankenhäuser gelten hingegen keine Tarifbindungen. Die Krankenhäuser stellen den Patienten in den Zwei- und Einbettzimmern i.d.R. die Hotel- und Pflege-

195 Zu nennen sind hier die jeweils voneinander abweichenden Regelungen im Kanton Basel-Stadt, in Zürich und in den größeren Berner Krankenhäusern (vgl. Undritz 1987b: 116; Zweifel/ Pedroni 1987: 30; Glaser 1987: 51).

196 Vgl. Undritz 1987b: 116. In eine ähnliche Richtung geht man in der Bundesrepublik mit der im § 6 der Bundespflegesatzverordnung eingeräumten Möglichkeit, Sonderentgelte für bestimmte, spezialisierte Eingriffe zu vereinbaren, wobei diese Leistungen dann außerhalb des Krankenhausbudgets kalkuliert werden, vgl. Jung (1985: 4).

197 Die Einzahlungen der Krankenkassen richten sich dabei allerdings wiederum nach Tagespauschalen für die von ihren Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen.

198 Die Verwaltung des Globalbudgets obliegt damit derselben Kommission, die auch über die Investitionen entscheidet, vgl. Abschnitt C.2.1.

199 Die Erfahrungen mit diesem Modell werden von den Betroffenen überwiegend positiv bewertet, und im Kanton Neuenburg soll es demnächst übernommen werden (Interview Nr. 10). Lt. Zweifel/ Pedroni (1986: 50) kann man hier im Vergleich zu den Kantonen mit der traditionellen Vergütung eine Wachstumsbremsung vermerken, wobei diese Bremsung allerdings auf einem vergleichsweise hohen Ausgangsniveau erfolgte.

kosten mit einer Pauschale in Rechnung, die deutlich über dem Satz der Allgemeinabteilung liegt und die zugleich hilft, das Defizit der Allgemeinabteilung zu decken. Die mit dem Angebot neuerer Privatkliniken drohende "Entmischung" von Privat- und allgemeinstationären Patienten hat bei größerem Umfang somit auch zur Folge, daß sich die Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser vergrößern, die ihren Schwerpunkt in der allgemeinstationären Versorgung haben.

Für die Abrechnung der ärztlichen und medizinisch-technischen Leistungen in der Privatabteilung liegt die "VESKA-Taxpunkttable" zur Orientierung vor, und seit ca. 5 Jahren empfehlen die kantonalen Ärztevereinigungen ihren Mitgliedern, sich bei der Verrechnung der ärztlichen Honorare hieran zu halten. Die zunehmende Verbreitung der privaten Zusatzversicherung ging in den letzten Jahren allerdings mit einem derart starken Kostenanstieg einher, daß nunmehr auch hier die Versicherungen unter dem Druck zur Kostenbegrenzung stehen. Vor diesem Hintergrund wurden im Februar 1989 die "Empfehlungen für Vereinbarungen zur Verrechnung von Leistungen der Spitäler gegenüber Patienten einer Halbprivatabteilung" von dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK) und der VESKA unterzeichnet, die als Rahmenvertrag vor allem zu mehr Kostentransparenz im Bereich der privaten Leistungserbringung führen soll²⁰⁰.

Ein eigenständiges Vergütungssystem besteht außerdem für die *ambulant* **Krankenhausleistungen**. Ein Tarif für diese Leistungen wird auf nationaler Ebene zwischen den Leistungserbringern und den Trägern der Unfallversicherung ausgehandelt (SLK-Tarif), und zwar auf der Basis sowohl der Betriebs- als auch der Investitionskosten. Dieser Tarif liegt auch der Rechnungstellung für die Versicherten der Krankenkassen zugrunde. Doch der endgültige Rechnungsbetrag wird zum einen um die im SLK-Tarif (SLK = Spitalleistungskatalog) enthaltenen Investitionskostenanteile reduziert, zum anderen um einen Rabatt, der zwischen den Krankenkassen und dem Kanton ausgehandelt wird und den Betrag nochmals um ca. 20% reduzieren kann. Der Endbetrag liegt zumeist unterhalb der Vergütung für eine vergleichbare Leistung des niedergelassenen Arztes, doch Patient und Kasse werden stärker belastet als bei einer stationären Erbringung derselben Leistung (Interview Nr. 10).

200 Nachfolgend sind das Konkordat und die "Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken" in Verhandlung getreten, um analoge, auf den Bereich der Privatkliniken zugeschnittene Vereinbarungen zu treffen (SVPK 1989: 28-31).

2.3 Vergütung des Personals im Krankenhaus

Wie in den übrigen Ländern gehen die steigenden Krankenhauskosten auch in der Schweiz einher mit einem steigenden Aufwand für das Personal. In den zehn Jahren von 1977-1987 hat sich der Personalbestand um über 39% erhöht (siehe Tabelle 2.13), und der Krankenhausesektor gehört damit unter Beschäftigungsgesichtspunkten zu den Wachstumsbranchen in der Schweiz. Der Anteil der Personalkosten an Nettobetriebsaufwendungen der Krankenhäuser ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen und belief sich 1987 auf durchschnittlich 78,8%, 1988 auf 80%²⁰¹. Bezogen auf den Bruttobetriebsaufwand (d.h. unter Einbeziehung der Anlagekosten) verringert sich dieser Anteil jedoch erheblich und lag 1988 bei lediglich 72,7% (berechnet nach VESKA 1989b: Tabelle 1.03.8). Beide Werte liegen über dem Anteil von 67,4%, der 1987 in den bundesdeutschen Krankenhäusern für die laufenden Personalkosten aufgewendet wurde (DKG 1989).

Die Ursachen für die steigenden Personalausgaben sind offenkundig vielfältig. Gilliland (1980) schätzt für den Zeitraum 1950-1977, daß, bezogen auf die durchschnittliche Zunahme der Krankenhausaufgaben insgesamt, ca. 3/4 des Wachstums auf die Personalkosten entfiel. Dieser Wachstumsanteil von 3/4 läßt sich zu ca. 1/4 durch Bevölkerungswachstum und Inflation erklären und etwa zur Hälfte (48%) durch die eigentliche Personalkomponente. Das Wachstum der Personalkomponente ist seinerseits auf die Steigerung der Reallöhne (13%), die Erhöhung der Personaldichte (25%) und durch einen "qualitativen Saldo" (10%) zu erklären²⁰². Den speziellen Einfluß der quantitativen und qualitativen Veränderung des Krankenhauspersonals auf die Entwicklung der Lohnkosten untersuchte das Interdisziplinäre Forschungszentrum für die Gesundheit (IFZ) in St. Gallen. Die Steigerung der Lohnkosten wurde hier vor allem auf die allgemein zunehmende Anzahl der Ärzte und auf die zunehmende Anzahl des medizinisch-technischen Personals in den Kliniken zurückgeführt, während die vielfach als Grund angeführte Arbeitszeit-

201 Siehe VESKA (1990b). Die von Gilliland (1980: 85) zitierten frühen VESKA-Zahlen zeigen den starken Anstieg der Personalkosten von 1950 bis 1977: 1950 = 44,3%, 1960 = 56,5%, 1970 = 64,9%, 1975 = 70,8%, 1977 = 71,2%. Auch diese Anteile dürften sich auf den Nettobetriebsaufwand beziehen.

202 Wobei dieser "qualitative Saldo" quasi den durch die anderen Faktoren nicht erklärbaren Rest beinhaltet und nach Gilliland (1980: 91, 363) neben der Verbesserung der Personalqualifikation auch die Aufwertung der Frauenlöhne enthält.

verkürzung beim Pflegepersonal als Ursache eher sekundäre Bedeutung gehabt hat (Gessner/ Huwiler/ Horisberger 1982: 98 f., zit. nach Möri/von Däniken 1987: 10).

Die **Planung der Personalentwicklung** ist kein Bestandteil der kantonalen Krankenhausplanung, sondern Sache der einzelnen Krankenhäuser. Dennoch üben die Kantone auch hier einen maßgeblichen Einfluß aus, denn die öffentlichen und öffentlich subventionierten Krankenhäuser können ihren Stellenetat nicht ausweiten, ohne sich zuvor die Zustimmung des Kantons einzuholen. Dies geschieht entweder im Rahmen des jährlichen Budgetantrages, häufiger aber noch werden entsprechende Anträge vorab separat gestellt und mit dem Kanton verhandelt (Interview Nr. 17).

Unter unmittelbarem Einfluß der Kantonsregierung steht die Entwicklung der **Löhne- und Gehälter** in den öffentlichen Krankenhäusern. Anders als in der Bundesrepublik werden die Gehälter im öffentlichen Dienst i.d.R. jedoch nicht in bilateralen Tarifverhandlungen zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern ausgehandelt²⁰³.

Die allgemeine Anpassung der Löhne und Gehälter im öffentlichen Dienst an die Preisentwicklung erfolgt im Zuge eines routinisierten Verfahrens innerhalb der kantonalen Regierungsbürokratie, bei dem zum Ende eines jeden Jahres die Teuerung durch eine Anhebung der Löhne und Gehälter ausgeglichen wird. Vorstöße zur Reallohnerhöhung oder Arbeitszeitverbesserung werden demgegenüber von den Vertretern der Gewerkschaften oder Berufsgruppen über Eingaben an das jeweilige Exekutivorgan²⁰⁴ gestartet. In diesem Zusammenhang haben sich Gewerkschaften und Berufsverbände in verschiedenen Kantonen zusammenschlossen, um gemeinsame Eingaben einzureichen und diese mit der Exekutive zu verhandeln. Die Bildung solcher "Personalkommissionen"²⁰⁵, ihr Anhörungsrecht und ihre Konsultationspflicht sind z.T. in den Personalgesetzen der Kantone verankert; teilweise handelt es sich jedoch um

203 Allein in drei Kantonen, Genf, Wallis und Tessin, werden zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern Gesamtarbeitsverträge bilateral verhandelt, wobei im Wallis und im Tessin auf der Seite der Arbeitgeber neben den öffentlich rechtlichen auch die privatrechtlichen Krankenhausträger vertreten sind. Das Verhandlungsergebnis muß in diesen letzteren beiden Kantonen vom Parlament gebilligt werden (Interviews Nr. 3 und 18).

204 Bei kantonalen Angestellten ist dies die Kantonsregierung; sofern die Beschäftigten im Gesundheitssektor bei der Kommune angestellt sind, ist dies der Gemeinderat.

205 Der Name dieser Vereinigungen ist in den verschiedenen Kantonen wiederum unterschiedlich.

freiwillige und informelle Vereinigungen, die je nach politischer Ausrichtung des Kantons und seiner Regierung ein mehr oder weniger großes Gewicht in Personalfragen haben. In Kantonen mit einer starken gewerkschaftlichen Vertretung²⁰⁶ üben diese Kommissionen faktisch die Funktion des Tarifpartners aus, und der Regierungsbeschluß weicht i.d.R. nicht vom formellen oder informellen Verhandlungsergebnis ab. In konservativen Kantonen mit schwacher gewerkschaftlicher Vertretung werden die Personalverbände zwar angehört, doch der Regierungsbeschluß hat auch faktisch den Charakter einer einseitigen Verfügung. Beide Arten des Beschlusses müssen schließlich in ihren haushaltswirksamen Bestandteilen vom Parlament gebilligt werden²⁰⁷. In einigen Kantonen kann das Referendum gegen den Beschluß des Parlaments ergriffen werden, so daß schließlich auch die Bevölkerung über die Lohn- und Gehaltsentwicklung im Gesundheitswesen mitentscheidet.

Unter diesen Bedingungen ist es nicht einfach, Verbesserungen allein für eine bestimmte Beschäftigtengruppe zu realisieren, hängt doch der Erfolg einer Eingabe nicht zuletzt von der Unterstützung aller Berufsgruppen des öffentlichen Dienstes ab. In einigen Kantonen gibt es spezielle Fachkommissionen für das Gesundheitswesen, über die es insbesondere den Vertretern des Pflegepersonals offensichtlich leichter fällt, ihren Forderungen Gehör zu verschaffen. Zudem überprüfen die Kantone selbst ca. alle 8-10 Jahre die bestehende Besoldungsstruktur, und die derzeitige Personalknappheit in den Pflegeberufen ist nunmehr in einigen Kantonen Anlaß, über Verbesserungen speziell für das Pflegepersonal zu beraten.

Die beschlossenen arbeitsvertraglichen Richtlinien eines Kantons gelten unmittelbar für die kantonseigenen und kommunalen Krankenhäuser. Die Krankenhauseinrichtungen ohne öffentlich-rechtlichen Status übernehmen die Richtlinien i.d.R. automatisch in den Arbeitsverträgen für die Gruppe der *Assistenz- und Oberärzte*. Diese weitgehende Angleichung der Arbeitsbedingungen gilt allerdings vorrangig für die finanzielle

206 Wobei diese "gewerkschaftliche" Vertretung in diesem Fall auch von den berufsständischen Organisationen mit gewerkschaftlicher Orientierung ausgehen kann.

207 Die "Motion" eines Parlamentariers kann dabei das Verfahren hinauszögern oder gar zu einem Scheitern der erzielten Einigung führen, zumal wenn die Regierung über keine sichere parlamentarische Mehrheit verfügt. Ein solcher Konflikt bestand zuletzt in Bern anläßlich der "Nachtzeitkompensation" für das Pflegepersonal. Hier stand der per Volkswahl bestimmten rot-grünen Regierung eine bürgerliche Mehrheit im Parlament gegenüber (Interview Nr. 3). Wichtig wird in diesem Zusammenhang auch das zwischen den Verbänden koordinierte Vorgehen zur Einflußnahme auf die Parlamentsabgeordneten.

Seite, nicht jedoch für die Arbeitszeiten. Insbesondere die kleineren Krankenhäuser fordern hier oft weit höhere Arbeitszeiten von ihren Assistenzärzten, als dies in den kantonalen Richtlinien vorgeschrieben und in den größeren öffentlichen Krankenhäusern üblich ist²⁰⁸. Für den durch kantonales Recht nicht geregelten, privaten arbeitsvertraglichen Bereich gilt substitutiv der "Normalarbeitsvertrag", mit dem die schweizerische Bundesregierung die grundlegenden Normen für den Bereich der privaten Arbeitsverträge vorschreibt. Dieser wurde zuletzt 1971 revidiert und enthält Bestimmungen über Sozialleistungen, Ferienanspruch und Militärdienst, nicht jedoch über die Arbeitszeit²⁰⁹.

Während sich die angestellten Krankenhausärzte dennoch in einer vergleichsweise homogenen, weitgehend durch die kantonalen Richtlinien regulierten arbeitsvertraglichen Situation befinden, ist die Vertragssituation des *Pflegepersonals* ungleich heterogener. Nach Schätzung von SBK ("Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger") und VPOD ("Verband des Personals öffentlicher Dienste") arbeiten ca. 50% des Pflegepersonals auf der Basis eines privatrechtlichen Angestelltenvertrages. Allein wenn unmittelbar der Kanton oder die Kommune Träger ist, sind öffentlich-rechtliche Arbeitsverträge die Regel; bei allen abweichenden Rechtsformen wird das Pflegepersonal tendenziell auf der Basis eines privatrechtlichen Einzelvertrages angestellt. Die subventionierten Krankenhäuser sind zwar auch hier weitgehend an die kantonalen Richtlinien gebunden, doch in der Frage der Entlohnung gelten diese Richtlinien nur als Obergrenze. Niedrigere Löhne sind nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich. Die im Vergleich zu den Krankenhausärzten ungleich schlechtere Vertragssituation des Pflegepersonals erklärt sich nicht nur dadurch, daß es der ärztlichen Profession im allgemeinen besser gelingt, die Interessen ihres Berufsstandes zu wahren. Vielmehr spielt hier auch die unterschiedliche Verteilung der beiden Berufsgruppen auf die Krankenhausarten eine Rolle. Während die Ärzte, zumal die Assistenzärzte, sich vor allem auf die großen, städtischen Krankenhäuser

208 Wobei auch hier die Verbindlichkeit der kantonalen Bestimmungen wieder sehr unterschiedlich ist. So kann z.B. in Zürich der Kanton per Weisungsrecht neue Richtlinien auch den übrigen subventionierten Krankenhäusern vorschreiben, in Bern besteht diese Möglichkeit jedoch nicht (Interview Nr. 17).

209 Hier gilt derzeit vielmehr die dehnbare Vorschrift, daß sich die Arbeits- und Präsenzzeiten nach den Bedürfnissen der Anstalt richten sollen, ohne den Assistenten übermäßig zu beanspruchen (VSAO 1987).

konzentrieren, ist ein erheblicher Teil des Pflegepersonals in kleineren, ländlichen Einrichtungen mit schwacher gewerkschaftlicher Präsenz tätig.

2.4 Steigender Pflegebedarf versus Kostenreduktion - der gordische Knoten in der stationären Versorgung

Stand in der Schweiz in den 1980er Jahren ähnlich wie in der Bundesrepublik das Thema Bettenabbau im Vordergrund (vgl. Gilliland 1980; Sommer/ Gutzwiller 1986), so ist eine dominante Ausrichtung der Krankenhauspolitik an diesem Ziel weder damals noch heute zu erkennen. Dabei hat sich der Kostenanstieg auch in den Folgejahren weiter fortgesetzt; eine Abflachung der Kostenkurve, wie sie Gilliland noch 1980 erwartet hatte, wurde nicht realisiert²¹⁰. Vielmehr lag der Anteil der Krankenhausaussgaben an den gesamten (direkten) Gesundheitsausgaben in der Schweiz 1980 mit 48,7% deutlich über dem vergleichbaren Ausgabenanteil in der Bundesrepublik (35,2%), woran sich in den folgenden Jahren nichts änderte²¹¹. Die Gründe für die ununterbrochene Ausgabenexpansion sind neben dem anhaltenden Ausbau der Bettenkapazitäten und der Zunahme des Personals auch in den steigenden Investitionen in neue Technologien und Großgeräte zu sehen, über deren Kostenwirkung allerdings keine Gesamtschätzung vorliegt²¹². Der Ausbau der Betten ging einher mit einer leicht steigenden Belegungsrate (1983: 84,9%, 1988: 85,9%, VESKA 1990b), so daß die quantitative Inanspruchnahme der stationären Leistungen insgesamt gestiegen ist. Anhaltend hoch blieb auch die Auslastung der Betten im Akutbereich²¹³. Vielfach geht man nun

210 Gilliland (1980: 198) ging davon aus, daß 1965-70 ein "Aufholbedarf" im Krankenhausesektor bestanden hatte, der Ende der 1970er Jahre ausgelaufen sei. Die starke Abflachung des jährlichen Ausgabenzuwachses bis 1978 unterstützte diese These (ähnlich Kleiber 1986: 110). Die Zahlen von Gygi/ Frei (1988: 90) bestätigen den Trend bis 1978, dem aber erneut ein starker Anstieg (1982-1983: +10,3%) und dann mittlere Zuwachsraten von +5-6% folgten.

211 Vgl. Tabelle 2.18 für die Schweiz. In der Bundesrepublik lag der Anteil der Krankenhausaussgaben 1986 bei 35,82%, vgl. Schneider (1989).

212 Einer Studie des SKI über den Betrieb von Computertomographen ist zu entnehmen, daß die CT-Dichte in der Schweiz mit 1:130.000 Einwohnern 1983 über der in der Bundesrepublik lag (1:170.000), so daß hier ein vergleichsweise höherer Investitionsaufwand notwendig war (SKI 1986: 10).

213 1983: 80%, 1988: 80,7%. Zurückgegangen ist hier die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 1983: 14,6 auf 1988: 13,7 Tagen (VESKA 1990b). Die vergleichbare Aufenthaltsdauer im Akutbereich lag in der Bundesrepublik 1987 bei einer höheren Bet-

davon aus, daß hinter der hohen Bettenauslastung eine unnötige Verlängerung der Aufenthaltsdauer zur Einnahmeverbesserung steht. Fehlbelegungen sind zwar nicht systematisch nachweisbar, doch einzelne Untersuchungen geben einen deutlichen Hinweis darauf. Neben dem Motiv der Einnahmeerzielung steht jedoch auch hier wiederum die mangelnde Kapazität im Bereich der Langzeitpflege im Vordergrund, die zur Folge hat, daß insbesondere die zunehmende Zahl alter Patienten nach abgeschlossener Akutversorgung nicht an andere geeignete Pflegeeinrichtungen weitergeleitet werden kann²¹⁴. Laut Sommer/ Gutzwiller (1986: 179) gingen Planungsexperten Anfang der 1980er Jahre von einem Überschuß von 12.000 Akutbetten aus. Doch die Möglichkeiten zum Abbau von Akutbetten scheinen blockiert, solange der Mangel in den Anschlußbereichen nicht behoben ist. Hinzu kommt der politische Druck von seiten der Bewohner bzw. Wähler, die sich stets gegen eine Schließung "ihres" Krankenhauses wehren. Sofern es daher zu Schließungen von meist nur einzelnen Krankenhausabteilungen kommt, geschieht dies eher aus Personalmangel als aufgrund einer politischen Entscheidung.

Nicht Bettenschließung, sondern Bettenumwidmung bei parallelem Ausbau der Kapazitäten in der Langzeitpflege ist daher das naheliegendere Ziel der Krankenhauspolitik²¹⁵. Die Krankenkassen sind unter Kostengesichtspunkten allerdings froh, wenn der derzeitige Personalmangel einen solchen Ausbau der Kapazitäten in der Langzeitpflege bremst²¹⁶. Das Kostenproblem der Kassen wird zudem dadurch verschärft, daß die politische Diskussion des Personalmangels einhergeht mit einer stärkeren gewerkschaftlichen Ausrichtung des maßgeblichen Berufsverbandes (SBK), der nunmehr in Kooperation mit den relevanten Gewerkschaften die Situation dazu nutzen kann, Verbesserungen für das Pflegepersonal zu realisieren²¹⁷. Eine Bremsung der Kostenentwicklung im Krankenhausbe-

tenauslastung (85,7%) mit 13,1 Tagen etwas niedriger als in der Schweiz (DKG 1989).

- 214 Sommer (1983: 159-176) kam anhand einer Befragung der zuständigen Oberärzte in Basel-Stadt zu dem Ergebnis, daß 22,4% der Betten fehlbelegt sind, davon 16,3% in der Akutabteilung. Dabei bedeutete Fehlbelegung hier i.d.R. die Behandlung in einer jeweils zu pflegeintensiven Abteilung.
- 215 Hier geht man davon aus, daß ein besseres Angebot an Pflegekapazitäten auch die Inanspruchnahme und damit die Kosten für die Kassen steigern wird.
- 216 Allerdings zeigt die Erfahrung, daß auch eine solche Bettenumwidmung vor allem wegen der Schwierigkeiten bei der Anpassung der Infrastruktur nicht unproblematisch ist (Arnold 1989: 56).
- 217 Themen sind hier: die Verkürzung der Arbeitszeit auf 40 Stunden, die im Vergleich zu Berufen mit ähnlicher Qualifikation schlechte Bezahlung und die schlechten Auf-

reich ist somit auch künftig nicht absehbar, was aber zur Folge haben dürfte, daß sich der bereits bestehende Konflikt zwischen Kantonen und Kassen um die Lastenverteilung weiter zuspitzen wird. Die Kassen werden damit auch vom stationären Sektor her weiter unter Kostendruck stehen, bedingt sowohl von der Entwicklung der Preis- als auch der Mengenkomponeute. Dieser Druck wird in dem Maße steigen, wie es den Kantonen gelingt, ihre strukturell günstigere Verhandlungsposition dahingehend zu nutzen, einen zunehmend größeren Anteil der Kostenzuwächse auf die Kassen abzuwälzen²¹⁸. Für die Versicherten hätte dies einen weiteren überproportionalen Prämienanstieg zur Folge.

3. Arzneimittelbereich

3.1 Die Zulassung von Arzneimitteln und Arzneimittelvertreibern

Während die Apotheken in der Bundesrepublik das Monopol in der *Arzneimittelabgabe* innehaben, müssen sie in der Schweiz mit Ärzten und Drogerien konkurrieren. Die Beteiligung von Ärzten und Drogerien half in der Vergangenheit, Versorgungsengpässe vor allem in ländlichen Gebieten zu vermeiden, und die im Vergleich zur Bundesrepublik geringe Apothekendichte zeigt, daß sie teilweise auch heute noch diese Funktion hat (siehe Abschnitt B.9). Mit der steigenden Zahl niedergelassener, selbstdispensierender Ärzte bei einem gleichzeitigen Anstieg der Apothekerzahlen hat sich aber das einstmals komplementäre Verhältnis in eine zunehmend schärfere Konkurrenzbeziehung verwandelt, die mit einem nicht zu übersehenden Konkurrenzvorteil der Ärzte verbunden ist. Sie können "uno acto" Patientenbehandlung und Arzneimittelverkauf miteinander verbinden. Geraten somit im Marktsegment der rezeptpflichtigen Arzneimittel die Apotheker unter den Druck der Ärzte, so setzt sich dieser Druck bei den nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln in einer verschärften Konkurrenz zwischen Apotheken und Drogerien fort.

stiegschancen insbesondere in der mittleren Führungsebene, in der mit der beruflichen Unzufriedenheit die höchsten Ausstiegsraten aus dem Beruf anzutreffen sind (Interview Nr. 3).

218 Was bisher häufig zu beobachten war, weshalb auch der jüngste Reformvorschlag einen kantonalen Mindestbeitrag zur Finanzierung der Betriebskosten festschreiben will (vgl. Kapitel 6, Abschnitt 2.2.2, vgl. auch Sommer/ Gutzwiller 1986: 183).

Die Ausprägung dieser Konkurrenz hängt mit der Regulierung in zwei Bereichen zusammen: der Regulierung von Rezept- und Apothekenpflicht bei der Medikamentenzulassung und der Zulassung von Ärzten, Apotheken und Drogerien zum Vertrieb dieser Medikamente. In beiden Bereichen haben die Kantone die Regulierungskompetenz, im letzteren wurde sie an die "Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel" (IKS) delegiert (siehe Abschnitt B.1).

Große Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen vor allem bei der Zulassung der Ärzte zur Selbstdispensation. Erlaubt ist sie nach Gygi/Henny (1977: 51/52) in 16 Kantonen, und in 6 unterliegt sie der Bewilligungspflicht, die nur bei Apothekenmangel erteilt werden sollte. Traditionell verankert ist dieses Recht in den deutsch-schweizerischen Kantonen, weitgehend unbekannt und teilweise sogar von den Ärzten selbst abgelehnt wird die Selbstdispensation hingegen in der Westschweiz. Mit zunehmender Ärztedichte wuchs der Kampf der Apotheker gegen die Selbstdispensation, den sie teilweise unter Einschaltung der Gerichte ausfechten²¹⁹. Ungeachtet dessen hat sich die Zahl der selbstdispensierenden Ärzte in den letzten Jahren ständig erhöht (siehe Abschnitt B.9).

Für die Eröffnung einer Apotheke gilt grundsätzlich die Gewerbefreiheit. D.h., jeder Inhaber des eidgenössischen Apothekerdiploms kann eine Apotheke eröffnen, sofern er die zwischen den Kantonen unterschiedlichen Auflagen von Gesundheitsbehörde und Gewerbepolizei erfüllt. Die Einhaltung der gesundheitsbehördlichen Auflagen wird i.d.R. durch den "Kantonsapotheker" überprüft und ist nur im Tessin einer kantonalen Apothekerkammer ("Ordine dei Farmacisti") übertragen worden²²⁰.

Gewerbefreiheit gilt ebenfalls für die Eröffnung einer Drogerie. Die näheren fachlichen Voraussetzungen sind in den kantonalen Heilmittelgesetzen geregelt, wobei die Befähigung zur Leitung einer Drogerie an den erfolgreichen Abschluß der "Schweizerischen Drogistenschule" gebunden

219 Das Bundesgericht bildet dabei die letzte Instanz, die die Vereinbarkeit zwischen den Regelungen des kantonalen Gesundheitsgesetzes mit dem Bundesgesetz über Handels- und Gewerbefreiheit überprüft, vgl. SAV (1989: 11).

220 In Abweichung von den übrigen Kantonen besteht hier für die Apotheker die Pflicht zur Mitgliedschaft in der Kammer. Der Tessin hat damit bei den Apothekern die staatskorporatistische Struktur beibehalten, die sich hier in Anlehnung an das italienische Nachbarland herausgebildet hatte.

ist²²¹. Kantonale Drogerieverordnungen regeln die Auflagen sowie ihre Überwachung durch ein spezielles Kontrollorgan.

In der regionalen Verteilung von Drogerien und selbstdispensierenden Ärzten zeigt sich nun, daß der Arzneimittelvertrieb in der französischen und italienischen Schweiz weitgehend in den Händen der Apotheker verblieben ist, während eine in der Inner-Schweiz besonders niedrige Apothekendichte einhergeht mit einem hohen Anteil an selbstdispensierenden Ärzten und einer hohen Drogeriedichte (Pharma-Information 1989).

Für die **Zulassung der Medikamente zum Markt** ist die "Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel (IKS)" zuständig. Die produzierende Firma reicht ihr Gesuch mit einer Dokumentation bei der IKS ein²²² und bekommt nach ca. 4 Wochen Bescheid, ob ihre Unterlagen vollständig oder Ergänzungen notwendig sind. Die vollständige Dokumentation wird innerhalb der IKS an die "Triagestelle" geleitet, die sich aus Vertretern des "Registrierungsdienstes", des "medizinischen Dienstes" und des "analytischen Dienstes" zusammensetzt. Parallel werden nun in allen drei Diensten die fachlichen Überprüfungen eingeleitet, wobei die Prüfung der pharmakologischen und toxikologischen Voraussetzungen durch den medizinischen Dienst eine Schlüsselrolle innehat. Hier tritt neben den hauptamtlichen Mitarbeitern wieder einmal das "Milizsystem" an entscheidender Stelle in Erscheinung: 10 Hochschulprofessoren aus den relevanten Fachdisziplinen sind darüber nebenamtlich in die Arbeit der IKS eingebunden²²³. Diese bilden das ständige "Begutachterkollegium", das bei Neuzulassungen vom medizinischen Dienst hinzugezogen wird. Das Votum des Kollegiums hat formal den Charakter eines Antrags an die IKS, faktisch aber werden diese Voten als wesentlicher Bestandteil des medizinischen Gutachtens übernommen und geben bei der Entscheidung über Zulassung oder Ablehnung eines Heilmittels den Ausschlag²²⁴. Für den Fall, daß das Votum aller drei Dienste positiv ausfällt, wird die betreffende Firma mit einer Voranzeige über die Begutachtung und die ggf. noch

221 Der Abschluß ist vergleichbar mit einer Meisterprüfung. Allein im Kanton Waadt wird er nicht zwingend vorausgesetzt.

222 Maßgebend für die Zusammenstellung der Dokumentation sind die zuletzt 1985 überarbeiteten Registrierungsrichtlinien.

223 Wobei diese Tätigkeit mit einem Jahresbetrag von 36.000 SF honoriert wird.

224 Bei der Zulassung neuer Wirkstoffe bzw. Indikationen wird das "große Kollegium" aus allen zehn Mitgliedern eingeschaltet, bei bekannten Wirkstoffen hingegen nur das "kleine Kollegium". Zudem können weitere externe Berater hinzugezogen werden, wenn z.B. eine betroffene Fachdisziplin nicht innerhalb des großen Kollegiums selbst vertreten ist.

zu erfüllenden Auflagen informiert. Sobald diesen Auflagen nachgekommen worden ist, wird die Registrierungsurkunde ausgestellt und an die Firma sowie ihren Domizilkanton übersandt. Diese Registrierungsurkunde ersetzt heute in den meisten Kantonen die kantonale Vertriebsbewilligung (vgl. Abschnitt B.1.2) (Interview Nr. 6). Nach der Vorlage der vollständigen Unterlagen durch die Firma vergeht ein Zeitraum von ca. 6 Monaten bis zur Voranzeige durch die IKS²²⁵.

Das Medikament selbst wird mit Registriernummer und Vignette der IKS versehen, wobei die Vignette auch die Verkaufsabgrenzung kenntlich macht. Für die Vignette ist eine Gebühr an die IKS zu entrichten²²⁶. Die Registrierung hat ihre Gültigkeit für fünf Jahre; danach ist das Heilmittel bei der IKS zur Revision einzureichen²²⁷. 1989 waren insgesamt 10.780 Heilmittel bei der IKS registriert²²⁸.

Die medizinische Begutachtung im Zulassungsverfahren umfaßt neben den Fragen der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit auch die Fragen der Verkaufsabgrenzung, und diese Abgrenzung ist Bestandteil der endgültigen Registrierung. Jedes Arzneimittel wird einer der 6 Verkaufskategorien A bis E und SP zugeteilt und damit zugleich einem bestimmten Teilmarkt zugeordnet (Hauser 1984: 231):

- Kategorie A schreibt die Abgabe des Arzneimittels durch Apotheker vor, und zwar bei verschärfter Rezeptpflicht, wodurch eine erneute Abgabe ohne Bewilligung des Arztes nicht zulässig ist,
- Kategorie B sieht die Abgabe durch Apotheken gegen ärztliches Rezept vor und

225 Für die Erfüllung der Auflagen, die sich meist auf die Gestaltung der Verpackung und der Beipackzettel beziehen, brauchen die Firmen unterschiedlich lange Zeit, mindestens aber 4-6 Wochen.

226 Mit dieser und anderen, durch die Arzneimittelindustrie an die IKS zu zahlenden Gebühren werden ca. 2/3 des Finanzierungsbedarfs der IKS gedeckt, der Rest wird durch die Beiträge der Kantone aufgebracht. Zur Kritik der Pharmaindustrie an dieser Finanzierungsweise vgl. Grauer (1987).

227 Bis Anfang der 1960er Jahre war die Registrierung unbefristet, ab 1963/64 wurde sie auf 10 und ab 1971 auf 5 Jahre herabgesetzt. Zur Rationalisierung des Verfahrens plant die IKS eine Neuregelung. Abgelaufene Zulassungen sollen ohne eingehende Prüfung administrativ verlängert und unabhängig davon sollen alle Medikamente einer Wirkstoff- oder Indikationsgruppe gemeinsam in bestimmten Zeitabständen einer Überprüfung unterzogen werden.

228 Die Zahl der Löschungen ist seit 1987 größer als die der Neuzulassungen, so daß sich der Bestand an registrierten Arzneimitteln zuletzt verringert hat (1987: 11.254), insgesamt aber seit 1978 (10.293) angestiegen ist (Zahlen für 1987 und 1989 nach Angaben der IKS, Zahl für 1978 nach Pharma-Information 1989).

- Kategorie C die Abgabe durch Apotheken ohne ärztliches Rezept.
- In Kategorie D kann das Arzneimittel durch Apotheke oder Drogerie vertrieben werden und
- in Kategorie E durch alle Geschäfte,
- Kategorie SP erfaßt die Heilvorrichtungen bzw. Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Blutdruckmesser), die nur durch Spezialgeschäfte verkauft werden dürfen.

1988 gehörten die bis dahin eingestufteten Heil- und Hilfsmittel zu 10% der Kategorie A, 38% der Kategorie B, 18% der Kategorie C, 27% der Kategorie D, 5% der Kategorie E und zu 2% der Kategorie SP an. D.h., 66% der Heilmittel durften allein durch Apotheken und selbstdispensierende Ärzte vertrieben werden. Dabei hat sich in den letzten Jahren die Verteilung zwischen den Kategorien C und D zugunsten der letzteren verschoben, wodurch ein größerer Anteil Heilmittel in Drogerien verkauft werden konnte²²⁹.

Die Verkaufsabgrenzung ist zentral für die Unternehmen, die ihr Produkt auf ein bestimmtes Marktsegment hin konzipieren. Zum anderen entscheidet die Grenzziehung zwischen den Kategorien C und D darüber, wie weit Drogerien am Arzneimittelvertrieb teilnehmen können. Hier gelang es den Drogerien in den letzten Jahren, über ihre politischen Einflußmöglichkeiten auf die Kantonsregierungen, eine Aufweichung der IKS-Abgrenzung zu ihren Gunsten zu erreichen²³⁰ (vgl. Abschnitt B.1.2). Zur Lösung des Konfliktes zwischen Apothekern und Drogisten wurden 1985/86 beide Parteien von der IKS zusammengerufen, um einen Kompromiß auszuarbeiten²³¹. Künftig sollen derartige Konflikte im Vorfeld der IKS-Entscheidungen durch eine 20-köpfige, beratende "Fachkommission für Abgrenzungsfragen" bereinigt werden. Vertreter der Kantone und

229 1978 entfiel auf die Kategorie C ein Anteil von 22% und 1988 nur noch 18%, zugleich stieg der Anteil in der Kategorie D von 24% (1978) auf 27% (1988) (Pharma-Information 1989).

230 Die im Vergleich zur Apothekendichte höhere Drogeriedichte in den deutsch-schweizerischen Kantonen geht mit einem entsprechend stärkeren politischen Gewicht der Drogisten auf kantonaler Ebene einher. Die Apotheker befürworten im Gegenzug die Ablösung der IKS und der kantonalen Zuständigkeit bei der Heilmittelzulassung durch eine zentrale Bundesbehörde, nicht zuletzt auch in der Erwartung, so ihre Durchsetzungschancen zu verbessern (Interview Nr. 6).

231 Im Laufe der vergangenen fünf Jahre wurde in ca. 80% der strittigen Punkte ein Kompromiß erzielt, und bei der IKS geht man davon aus, daß die endgültige Lösung in zwei Jahren steht.

Gesundheitsbehörden, der Industrie, der Fach- und Berufsverbände sowie der Konsumenten- und Patientenorganisationen sollen eine für alle Beteiligten tragbare Lösung ausarbeiten.

Nach der Zulassung zum Markt entscheidet die Zulassung zur *Erstattungsfähigkeit durch die Kassen* über die Absatzchancen eines Medikaments. Eine Schlüsselrolle hat hier das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) inne. Auf Antrag der "Eidgenössischen Arzneimittelkommission" (vgl. Abschnitt B.1.1) gibt das BSV zwei Listen heraus: die "Arzneimittelliste mit Tarif" (ALT) und die "Spezialitätenliste" (SL). Die Arzneimittelliste mit Tarif enthält die Medikamente und Verbandsmaterialien, die von den Krankenkassen als Pflichtleistungen übernommen werden müssen. Bei diesen Mitteln handelt es sich um die Medikamente, die vom Arzt oder Apotheker selbst hergestellt werden (Offizinpräparate). Faktisch hat diese Liste nur eine geringe Bedeutung, da die Medikamente heute i.d.R. konfektioniert abgegeben werden (Hauser 1984: 217; Gygi/Henny 1977: 116).

Die Spezialitätenliste (SL) umfaßt alle pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel, die den Krankenkassen zwar nur zur Übernahme empfohlen sind, aber heute von allen Kassen erstattet werden. Neben der Arzneimittelliste mit Tarif hat somit auch die Spezialitätenliste faktisch die Bedeutung einer Positivliste. Auf die in der Spezialitätenliste enthaltenen Produkte entfällt ein Marktanteil von 50% (Pharma-Information 1989), und das bedeutet, daß ca. 50% des schweizerischen Pharmamarktes über die Krankenkassen finanziert werden. Die Anzahl der registrierten Spezialitäten belief sich 1988 auf insgesamt 2.666 und hat sich innerhalb von fünf Jahren um nahezu 300 verringert²³². 1989 gehörten 76,6% der Spezialitäten in der Liste den Verkaufskategorien A und B an, 15% der umstrittenen Kategorie C und 5,7% der Kategorie D²³³.

Medikamente der Arzneimittelliste mit Tarif und der Spezialitätenliste werden, bis auf die 10%ige Selbstbeteiligung, direkt zwischen dem Vertreter und der Krankenkasse abgerechnet. Ergänzend zu den beiden Listen haben das Konkordat der Krankenkassen (KSK) und der Schweizerische Apothekenverband (SAV) eine "Negativliste" ausgehandelt. Sie

232 Wobei diese Verringerung in erster Linie auf eine, von den Produzenten selbst ausgehende Marktberreinigung zurückzuführen ist (Interview Nr. 9).

233 2,7% waren ohne spezifische Verkaufsangaben (BSV 1989c). Ende der 70er Jahre standen den 2.600 Spezialitäten der Liste 35.000 pharmazeutische Spezialitäten auf dem schweizerischen Markt gegenüber, und zwar inkl. nicht registrierungspflichtiger Darreichungs-, Dosierungs- und Verpackungsformen (Hauser 1984: 218).

enthält alle Medikamente, die von den Kassen nicht übernommen und die der Apotheker dem Versicherten direkt in Rechnung stellen muß.

Im Zwischenbereich von Spezialitätenliste und Negativliste verbleibt ein breites Arzneimittelangebot, bei dem es den Kassen überlassen ist, die Kosten eines Medikaments auf freiwilliger Basis zu übernehmen (Nichtpflichtmedikamente). In der Regel übernimmt die Kasse ca. 50% der Kosten (Interview Nr. 2), doch der Wettbewerb unter den Kassen führt zu recht unterschiedlichen Verfahren, so daß es auch den Apotheken Mühe macht, hier einen Überblick zu bewahren.²³⁴

3.2 Preisbildung

Die Preisbildung im Arzneimittelbereich ist prinzipiell Sache der Produzenten. Im Rahmen der Arzneimittelzulassung begutachtet die Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) lediglich, ob der Preis eines Medikamentes "übersetzt" ist, wobei man sich hier am Preis vergleichbarer Präparate auf dem schweizerischen Markt orientiert. Als übersetzt gilt ein Preis, wenn er um ca. 50% über dem Vergleichspreis liegt (Gygi/Henny 1977: 115; Brandt/von Grebmer 1985: 326). Diese Spanne beläßt den Produzenten offensichtlich einen genügend großen Spielraum, und die Praxis der IKS wird von den Produzentenvertretern selbst als "sehr zurückhaltend" charakterisiert (Interview Nr. 13).

Einschneidender hingegen ist die Rolle des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV). Mit der Aufnahme eines Medikaments in die Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) wird der Preis einheitlich für die gesamte Schweiz geregelt²³⁵, wobei ein Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Apotheker und der Krankenkassen Abweichungen von bis zu 10% vorsehen kann. Anders als bei den Heilmitteln der ALT fehlt dem BSV zwar bei den Medikamenten der Spezialitätenliste (SL) eine unmittelbar preissetzende Kompetenz, doch überprüft das BSV bei der Aufnahme eines neuen Mittels neben den medizinischen Erfordernissen auch die Wirtschaftlichkeit und kann hierüber den Preis eines Medikamentes beanstanden. Die Überprüfung des Preises erfolgt wiederum auf der Basis von Preisvergleichen mit ähnlichen Präparaten. Die Wirtschaftlichkeitsprü-

234 Allein im Kanton Genf sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, 100% der Kosten abzüglich der Selbstbeteiligung der Patienten zu übernehmen.

235 Die Festlegung erfolgt nach Anhörung der Beteiligten.

fung des BSV zielt aber, anders als der Preisvergleich der IKS, darauf ab, auch die Effizienz des Präparates zu bewerten²³⁶. Bei Nachahmerpräparaten muß der Preis mindestens um 25% unter dem des Originalpräparates liegen. Importpräparate dürfen den Preis im Ursprungsland maximal um 25% übersteigen.

Einmal in die Spezialitätenliste aufgenommene Preise können ferner nur mit Zustimmung des BSV erhöht werden. Die Grundsätze der Preis-anpassung werden im "Ausschuß für Grundsatzfragen", einem Unterausschuß der Eidgenössischen Arzneimittelkommission, unter Beteiligung der Pharmaindustrie ausgehandelt. Die Preis-anpassung erfolgt seit 1980 alle zwei Jahre nach dem sogenannten "Lutz-Modell". Es berücksichtigt als preissteigernde Faktoren den Anstieg der Konsumentenpreise (80%) und der Großhandelspreise (20%) ebenso wie den preismindernden Effekt der geschätzten Kostendegression und des Produktivitätszuwachses. Schließlich wird das Preiserhöhungsgesuch der Industrie mit der Preisentwicklung bei Substitutionspräparaten verglichen (Brandt/ von Grebmer 1985: 329).

Reguliert wird auf diese Weise der Ladenabgabepreis. Die Entscheidung über die Handelsspannen bleibt demgegenüber dem Kartell der Arzneimittelproduzenten und -vertreiber, der "Reglementation", überlassen (siehe Abschnitt B.9). Bis 1986 wurden hier verschiedene "Distributionsvereinbarungen" getroffen, deren Durchsetzung zuletzt jedoch an den Herstellern scheiterte, die vor allem mit "Warenboni" in immer größerem Umfang um die Gunst der Arzneimittelvertreiber wetteiferten²³⁷ (Interview Nr. 19). Von der Reglementation wurde daraufhin die neue "Marktordnung (MO)" ausgehandelt, die Anfang 1987 in Kraft trat. Die Gewährung von Warenboni wird hier generell untersagt.

Auch die neuen Handelsspannen richten sich grundsätzlich nach dem Medikamentenpreis. Die Marktordnung kennt insgesamt sieben Preisstufen, und in jeder Stufe wird, bezogen auf den Ladenabgabepreis, der

236 Beurteilt werden die Wirksamkeit des Präparats sowie die Tagestherapiekosten im Verhältnis zu Arzneimitteln mit gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise (Brandt/ von Grebmer: 329).

237 Die letzte Distributionsvereinbarung sah bei Direktbezug vom Hersteller einen Rabatt von 20% für Apotheker und Ärzte vor. In Absolutbeträgen fiel die Handelsspanne für die im Vergleich zu den Originalpräparaten billigeren Generika entsprechend niedrig aus. Die Generika-Hersteller räumten ihren Abnehmern zum Ausgleich "Warenboni" von bis zu 100% ein. Die übrigen Hersteller zogen nach, und es begann ein unkontrollierter Wettbewerb mit Boni und Rabatten, durch den die Distributionsvereinbarung faktisch außer Kraft gesetzt wurde.

Anteil ausgewiesen, der jeweils auf den Hersteller, den Großhändler, den Fachhändler und den selbstdispensierenden Arzt entfällt. Dabei sinken die Handelsmargen für Apotheker und Ärzte mit steigenden Preisen, während parallel der Herstelleranteil wächst. So entfällt in der untersten Preisklasse (Stufe 1: 0 bis 19,95 SF) ein Anteil von 53,125% auf den Hersteller, von 9,375% auf den Großhändler, von 37,5% auf den Fachhändler und 33% auf den Arzt. In der obersten Preisklasse (Stufe 7: 633,35 SF und mehr) ist die Handelsmarge für die Großhändler nur wenig gesunken (8,075%), während die der Apotheker nur noch 15% und die der Ärzte 11,5% beträgt. Der Herstelleranteil ist demgegenüber auf 76,925% angestiegen²³⁸.

Die neue Marktordnung stieß allerdings auf den Protest der Generika-Hersteller, die sich aus diesem Anlaß zum "Verband Mittelständischer Arzneimittelfirmen (VMA)" zusammenschlossen und deren Mitglieder teilweise aus der Reglementation austraten²³⁹. Sie sahen ihre Wettbewerbsposition durch die, an den Verkaufspreis gekoppelten prozentualen Handelsspannen erheblich beeinträchtigt und führten ihren schwachen Marktanteil von 5% darauf zurück, daß Apotheker und selbstdispensierende Ärzte die um 25%-70% teureren Markenprodukte vorzögen, um höhere Einkommen zu realisieren²⁴⁰. Die Kartellkommission gab ihrer Klage statt (Müller 1989), lehnte jedoch ihren Vorschlag ab, Warenboni für Generika wieder zuzulassen. Mittlerweile wurde zwischen den Akteuren ein Kompromiß in Form einer besonderen Margenordnung für Generika ausgearbeitet. Die Handelsmargen für Apotheker und Ärzte wurden hier zu Lasten des Grossisten- und speziell des Herstelleranteils heraufgesetzt²⁴¹.

Neben der Regulierung der Gewinnspannen und der Kontrolle ihrer Einhaltung übernimmt die Reglementation auch Vollzugsaufgaben für die IKS, indem sie die Vignettentaxen eintreibt und zugleich die Einhal-

238 Reglementation (1990). Zwischen den Preisklassen bestehen zudem Pufferzonen, in denen statt der prozentualen Margen Fixbeträge gelten.

239 Der VMA zählte in dieser Phase 12 Mitglieder, darunter drei große Generika-Hersteller. Heute besteht er nur noch aus ca. 4 Mitgliedern (Interview Nr. 19).

240 Im Vergleich dazu beträgt der Marktanteil der Generika an dem von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Arzneimittelmarkt 1987: 13,2% und stieg bis 1989 auf 16,3% an (vgl. Schwabe/ Paftrath 1990: Tabelle 45.6). Bezogen auf den gesamten bundesdeutschen Arzneimittelmarkt dürfte der Generika-Anteil in der Bundesrepublik kaum höher sein als in der Schweiz.

241 Beschränkt ist diese Regelung auf die Generika in der Spezialitätenliste des BSV, deren Preis tatsächlich um 25% unter dem des Originalpräparates liegt.

zung der Rezeptpflicht und der Verkaufsabgrenzung überwacht. Erneut zeigt sich hier die enge Verflechtung zwischen staatlichen und privaten verbandlichen Akteuren bei der Regulierung des schweizerischen Gesundheitssystems.

3.3 Kostenverursacher oder Wachstumsträger - die Ambivalenz im schweizerischen Arzneimittelsektor

Der Anteil der Krankenkassenausgaben für Medikamente ist in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen (siehe Tabelle 2.19), und der Preisindex für Arzneimittel liegt seit ca. 10 Jahren unterhalb des Indexes für Konsumentenpreise (SGCI 1988: 19). Für die pharmazeutische Industrie der Schweiz ist dies Anlaß zur Besorgnis. Zwei Argumentationslinien stehen dabei im Vordergrund, und beide münden in eine Kritik an der Preispolitik des BSV. Zum einen verschlechterte der Druck des BSV auf die Preise für Spezialitäten die Chancen, gute Preise auf dem Weltmarkt zu realisieren, da der schweizerische Inlandspreis bei der Zulassung der Medikamente im Ausland als Referenzpreis gelte. Zum anderen habe man die unzureichend angepaßte Fortschreibung der Arzneimittelpreise in der Schweiz bislang zwar durch ein stetiges Mengenwachstum ausgleichen können, doch nunmehr ginge eben auch dieses Mengenwachstum zurück. Die dadurch verschlechterten Ertragsaussichten gefährdeten langfristig aber Investitionen und Innovationen und damit die führende Stellung der schweizerischen Arzneimittel auf dem Weltmarkt. Betroffen davon wären aber auch die 30.000 Arbeitsplätze in der schweizerischen Pharmaproduktion. Um den Interessen der Pharmaindustrie einen stärkeren Einfluß auf die Politik des BSV zu verschaffen, zielt man seit einiger Zeit darauf ab, künftig einen Sitz in der "Eidgenössischen Arzneimittelkommission" zu bekommen. Ein entsprechender Antrag liegt dem Innenminister vor und ist bislang noch nicht entschieden worden.

Die Kostenentwicklung bei den Krankenkassen zeigt nun allerdings, daß trotz des sinkenden Anteils an den Gesamtausgaben auch die Arzneimittelausgaben ihren Beitrag zur angespannten Finanzlage der Kassen geleistet haben. Die Arzneimittelkosten je Versicherten sind zwar, indiziert auf 1966, geringer gestiegen als die übrigen Kostenkomponenten, doch lag auch ihr Anstieg deutlich über dem der Konsumentenpreise, der Löhne und der Gehälter (siehe Abbildung 2.2). Bei dem verlangsamten Preisanstieg für Arzneimittel bedeutet dies, daß sich entweder das

Volumen der erstattungsfähigen Verschreibungen erhöht oder aber daß diese sich in ihrer Zusammensetzung zugunsten der teureren Arzneimittel verändert haben²⁴².

Damit erklärt sich, warum die Diskussion um die Arzneimittelpreise in der Schweiz trotz eines verlangsamten Preisanstiegs heute unvermindert fortgesetzt wird. Die Tatsache, daß die schweizerischen Preise im internationalen Vergleich an der Spitze liegen²⁴³, war Anlaß für die Konsumentenorganisationen, sich an den "Eidgenössischen Preisüberwacher" zu wenden. Dieser hat das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) veranlaßt, von der pharmazeutischen Industrie eine Stellungnahme zu diesem Problem anzufordern (Interview Nr. 13)²⁴⁴. Zu der Diskussion um die Kosten gesellt sich, wie in der Bundesrepublik, die Kritik am Umgang mit Arzneimitteln und an der mangelnden Kontrolle der Nebenwirkungen. Ferner gibt es Zweifel, ob eine kleine Behörde wie die IKS mit ihren nebenamtlichen Experten überhaupt eine wirksame Kontrolle ausüben kann²⁴⁵ (vgl. Erklärung von Bern 1989). Als Reaktion auf die lang kritisierte, unzureichende Erfassung der Nebenwirkungen plant die IKS nunmehr, eine eigene Nebenwirkungsstelle im Hause einzurichten und damit der "Schweizerischen Arzneimittelnebenwirkungsstelle" (SANZ), die von

242 Gygi/ Henni (1976: 70, zit. nach Nord 1980: 21) schätzten den Anteil der Gesamtaufwendungen der Kassen für die Arzneimittelversorgung im ambulanten Bereich auf 1961: 33%, 1971: 37% und 1976: 45%. D.h., der von den Krankenkassen finanzierte Anteil des schweizerischen Pharmamarktes hat sich kontinuierlich erhöht. Laut Pharmainformation (1989) haben die in der Spezialitätenliste aufgenommenen erstattungsfähigen Arzneimittel heute einen Marktanteil von 50%.

243 Vgl. GPI (1990: 36). Nach einem hier inhaltlich kurz wiedergegebenen Ergebnis der Zeitschrift "Test" lag das Preisniveau des schweizerischen Medikamentenmarktes mit 281 Indexpunkten an 1. Stelle vor der Bundesrepublik Deutschland (235 Indexpunkte). Basis dieses Index (100 Punkte) bildete Portugal als Land mit den niedrigsten Arzneimittelpreisen.

244 Die Pharmaindustrie verweist als Gegenargument auf die unterschiedlichen Inflationsraten, die unterschiedlichen Einkommensniveaus und Handelsspannen in den Vergleichsländern, wodurch die wiedergegebenen Preisrelationen verzerrt wären (vgl. GPI 1990: 37).

245 Im Dezember 1986 wurde öffentlich bekannt, daß die nebenamtlichen Gutachter zugleich als Berater von Herstellerfirmen tätig waren (vgl. Sieber 1986, Preisig 1986). Im Anschluß daran bestimmte die IKS, daß Mitglieder des wissenschaftlichen Kollegiums keine persönlichen Beraterverträge eingehen dürfen (vgl. IKS 1988a: 13). Die von den Kollegiumsmitgliedern erhobenen Vorwürfe über die schlechte Personalausstattung und Effizienz der IKS wurde mit einer Aufstockung der Planstellen von 60 auf ca. 100 beantwortet.

Pharmaindustrie und Ärzten unterhalten wird, eine neutrale Einrichtung gegenüberzustellen²⁴⁶.

4. Zahnbereich

4.1 Infrastruktur

Die Zulassung zur zahnärztlichen Praxis ist ebensowenig begrenzt wie die Zulassung zur ambulanten ärztlichen Praxis. Jedem Zahnarzt mit eidgenössischem Diplom und schweizerischer Staatsbürgerschaft ist die Niederlassung an einem Ort seiner Wahl möglich²⁴⁷, wobei diese Niederlassungsfreiheit zu erheblichen Unterschieden in der Praxisdichte führt. Die höchste Dichte wies 1987 die Region Basel-Land/ Basel-Stadt mit 1.649 Einwohnern je Praxis auf; die geringste Praxisdichte zeigte die Ostschweiz mit nahezu doppelt so vielen Einwohnern (3.209) je Zahnarztpraxis²⁴⁸. Durch gezielte Beratung der jungen Assistenzärzte versucht die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (SSO), bei Neueröffnungen auf eine Verminderung der regionalen Disparitäten hinzuwirken. Eine Liste der Praxisstandorte informiert die Zahnärzte über die Gebiete, die bevorzugt zu besetzen sind, und tatsächlich haben sich die Differenzen zwischen den Regionen seit 1962 merklich verringert²⁴⁹. Die Zahnärzte bzw. ihr Verband sind an einer Verbesserung der Situation in relativ "unterversorgten" Gebieten nicht zuletzt auch deswegen interessiert, weil die schlechtere Versorgungssituation hier dazu geführt hat, daß ausnahmsweise auch ausländische Zahnärzte zur Führung einer eigenen Praxis zugelas-

246 Von der Weltgesundheitsorganisation ist die SANZ bisher nicht anerkannt worden. Betrieben wird sie von einem teilzeitbeschäftigten, emeritierten Professor. Den betroffenen Firmen bleibt es bislang selbst überlassen, ob sie bei der SANZ gemeldete Nebenwirkungen an die IKS weiterleiten. Künftig werden neben der SANZ dezentral die Abteilungen für klinische Pharmakologie an den 5 Universitäten als Meldestellen dienen. Zudem sind die Firmen ab dem 1.7.90 verpflichtet, Meldungen über Nebenwirkungen an die IKS weiterzuleiten.

247 Der Erwerb des Eidgenössischen Diploms setzt die schweizerische Staatsbürgerschaft voraus.

248 Siehe Feldmann/ Marthaler (1989), die die Schweiz in acht große Regionen aufteilen und zur "Region Ost" die Kantone Turgau, St. Gallen, Appenzell Außer Rhoden und Inner Rhoden sowie Graubünden zählen.

249 1962 standen niedrigste und höchste regionale Praxisdichte in einem Verhältnis von 1:2,6. 1987 verringerte sich dieses Verhältnis auf 1:2 (vgl. Feldmann/ Marthaler 1989).

sen wurden. Angesichts einer steigenden Zahl schweizerischer Absolventen in der Zahnmedizin befürchtet man, daß dadurch langfristig Positionen besetzt und die ökonomischen Aussichten für die eigenen Landsleute geschmälert werden²⁵⁰.

Die zahnärztliche Versorgung findet nahezu ausschließlich in der privaten Praxis statt. In einigen wenigen Kantonen stehen außerdem öffentliche Volkszahnkliniken und Schulzahnkliniken bereit, die der Versorgung von Kindern und einkommensschwachen Bevölkerungskreisen dienen. Diese spezifischen Aufgaben werden jedoch zunehmend von den Zahnärzten in freier Praxis übernommen, so auch die Funktionen des Schulzahnarztes. Entsprechend verringert sich laufend die Zahl der angestellten Schulzahnärzte ebenso wie der Schul- und Volkszahnkliniken. Begründet wird dieser Abbau der öffentlichen Versorgungseinrichtungen bei Politikern und Zahnärzten damit, daß der Unterhalt der öffentlichen Einrichtungen teurer sei als eine gezielte öffentliche (Bei-)Hilfe zur Finanzierung der Leistungen eines privaten Zahnarztes (Interview Nr. 7, vgl. auch NZZ, 8.6.1988 und 6.2.88). Die Übernahme der Schulzahnpflege durch die niedergelassenen Zahnärzte wird in speziellen Vereinbarungen mit der zuständigen Behörde geregelt, wobei i.d.R. alle interessierten Zahnärzte des betroffenen Gebietes in die Vereinbarung eingeschlossen werden.

4.2 Tarifbildung

Über 90% der zahnärztlichen Leistungen werden an Privatpatienten erbracht und nur ca. 6-7% gehen zu Lasten der Kranken-, Unfall- oder Invalidenversicherung²⁵¹. Der Tarif für die drei Sparten der Sozialversicherung wird gemeinsam auf nationaler Basis zwischen den relevanten

250 Eine weitere Ausnahme von den allgemein üblichen Zulassungsvoraussetzungen gibt es zudem im Kanton Appenzell, in dem noch der alte Dentistenstand zugelassen ist, der offensichtlich eine dominierende Rolle in der Versorgung spielt.

251 Die Unfallversicherung deckt Schäden auch außerhalb des Berufsbereiches, sofern sie Ergebnis eines nicht voraussehbaren Ereignisses sind. Die Invalidenversicherung übernimmt u.a. Leistungen, die notwendig werden infolge eines Geburtsgebrechens, z.B. bei einer Gaumenspalte oder einer Kieferdeformation.

Verbänden ausgehandelt²⁵². Grundlage der Verhandlungen ist eine für alle Sozialversicherungsträger einheitliche Tarifstruktur.

Die heute geltende Tarifstruktur wurde Mitte der 1970er Jahre gemeinsam von der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO) mit den betroffenen Sozialversicherern als "betriebswirtschaftlich fundierter Tarif" auf der Basis einer Modellpraxis erarbeitet. Eingang in dieses Modell fanden drei Komponenten: (1) die laufenden Kosten und Abschreibungen einer modellhaften Zahnarztpraxis, (2) das Einkommen eines beamteten Zahnarztes als Bezugsgröße für das vom frei praktizierenden Zahnarzt zu erwartende Einkommen und (3) die Leistungsstruktur einer durchschnittlichen Praxis. Aus Vergleichseinkommen und Praxiskosten wurde der zu erwartende Jahresumsatz ermittelt und schließlich auf die Leistungsstruktur der Modellpraxis umgelegt, woraus sich der "Taxpunkt-tarif" für jede einzelne Leistung ergab. 1976 wurde diese Tarifstruktur in Kraft gesetzt, und seitdem werden in regelmäßigen Abständen die "Taxpunkt-werte" verhandelt (Hug 1987). Eine Neuverhandlung wird anberaumt, sobald der Index für die Konsumentenpreise die 5%-Marke überschreitet. Seit ca. 5 Jahren wird zudem die Tarifstruktur neu verhandelt. Die Kosten der Modellpraxis sollen der Entwicklung der letzten Jahre angepaßt und bis 1991 soll ein neuer Taxpunkt-tarif beschlossen werden.

Die geltende Tarifstruktur liegt allen Rechnungstellungen eines frei praktizierenden Zahnarztes zugrunde, doch die verrechneten Taxpunkt-werte unterscheiden sich je nach Versicherungsträger bzw. Funktionsbereich. Seit Mai 1990 hat der Taxpunkt für die Krankenkassen den Wert von 4,10 SF, für die Schulzahn-pflege und die Fürsorge von 4,40 SF und für die Unfallversicherten von 4,60 SF²⁵³. Die Rechnungstellung für die Privatpatienten lehnt sich an den Tarif der Unfallversicherten an. Er bildet den mittleren Wert, den die privaten Rechnungen mit einem Spielraum von 25-30% unter- oder überschreiten können. Die derzeitige Tarifmarge für die Privatpatienten liegt bei 4,40-6,00 SF je Taxpunkt. Die Mitglieder der SSO sind verpflichtet, sich bei der Rechnungstellung für Privatpatienten an diese Marge zu halten. Die Einhaltung der Selbstverpflichtung wird von einer "Honorarprüfungskommission" überwacht, welche in jeder

252 Vertragspartner für die Krankenkassen ist formal die "Union Schweizerischer Krankenkassenverbände", faktisch das "Konkordat schweizerischer Krankenkassen" (siehe FN 110).

253 Der vorherige Tarif galt von Juli 1987 bis April 1990 mit den Taxpunkt-werten von: 3,75 SF für die Krankenkassen, 4,05 SF für die Schulzahn-pflege und 4,25 SF für die Unfallversicherten.

der 20 SSO-Sektionen als Schlichtungsstelle für Konflikte zwischen Zahnarzt und Patient besteht. Hier werden beanstandete Rechnungen ebenso begutachtet wie die Qualität der Behandlung, und laut Auskunft der SSO werden 70-80% der Fälle mit einem Vergleich abgeschlossen.

4.3 Bilanz der zahnärztlichen Versorgung: Erfolge in der Prävention, aber Probleme der individuellen Finanzierung

Die Zahngesundheit der schweizerischen Bevölkerung gilt als vorbildlich. Der Anteil der Schüler mit Zahnschäden im Alter von 14 Jahren ist innerhalb von 2 Jahrzehnten deutlich zurückgegangen, und zwar von 20% auf ca. 6% zwischen den frühen 1960er und den frühen 1980er Jahren (vgl. Arnold 1989: 58), und heute geht man davon aus, daß insgesamt 80% der Jugendlichen kariesfrei sind (Interview Nr. 7). Die Zahnärzte sehen hierin einen eindeutigen Erfolg ihrer auf Prävention ausgerichteten Arbeit, wobei die private Finanzierung ihrer Meinung nach eine notwendige Bedingung des Erfolges ist. Denn die Furcht vor den später privat zu tragenden hohen Kosten für Zahnersatz schaffe erst den Anreiz, die eigenen Zähne zu pflegen und an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, um derartige Kosten möglichst zu vermeiden. Mit dieser schlagkräftigen Begründung wenden sich die Zahnärzte vehement gegen eine generelle Einbeziehung zahnärztlicher Leistungen in den Pflichtleistungskatalog der Krankenkassen. Denn logischerweise müßte der Anreiz zur Prävention in dem Moment entfallen, in dem der einzelne Patient nicht mehr selbst die Kosten zu tragen hätte, sondern sie von seiner Krankenkasse übernommen würden. Ergebnis wäre eine generelle Verschlechterung der Zahngesundheit und ein Anstieg der Ausgaben im Zahnbereich weit über das derzeitige Maß hinaus (zu den derzeitigen Aufwendungen vgl. Tabelle 2.18).

Die Logik dieser Argumentation ist kaum von der Hand zu weisen, bedarf jedoch einer wesentlichen Ergänzung. Denn der Erfolg der Prophylaxe ist nicht nur auf das System der privaten Finanzierung zurückzuführen, sondern auch und vor allem auf die in diesem System anders gesetzten ökonomischen Anreize für die Zahnärzte selbst. Denn als "freie Unternehmer" sind sie darauf angewiesen, in Konkurrenz zu anderen Zahnärzten einen Kunden- bzw. Patientenstamm an sich zu binden, und hier bildet die Kariesvorsorge bei Kindern einen entscheidenden Einstieg. Sie ist die Behandlungsart, mit der die Patienten in jungen Jahren als

"Stammkunden" gewonnen werden können, und die Übernahme des schulzahnärztlichen Dienstes durch den frei praktizierenden Zahnarzt ist somit in seinem eigenen ökonomischen Interesse, selbst wenn er hier seine Leistungen zu einem Vorzugstarif anbietet. Gleichermassen werden die Erwachsenen über das Angebot prophylaktischer Maßnahmen in Verbindung mit einem "Recall-System" regelmäßig in die Praxis ihres Zahnarztes bestellt. Auf die Zahngesundheit haben derartige Vorsorgemaßnahmen, wie auch die regelmäßige Entfernung von Zahnbelag, eine durchaus günstige Wirkung. Doch auch für den Zahnarzt sind diese Arbeiten ökonomisch reizvoll, kann er doch auf diese Weise für seinen gesamten Patientenstamm ständig einige Leistungen in bestimmten Zeiträumen abrechnen. Lohnend sind diese Leistungen für ihn zumal dann, wenn er sie an seine weniger qualifizierten Mitarbeiterinnen, wie etwa die Dentalhygienikerin, delegieren kann. Die regelmäßige prophylaktische Betreuung der Patienten stellt nicht zuletzt sicher, daß ein Patient dann, wenn schließlich doch ein kostspieliger Zahnersatz notwendig sein sollte, diesen bei "seinem" Zahnarzt anfertigen läßt.

Ergebnis dieser im Vergleich zur Bundesrepublik anderen Anreizstrukturen ist eine bessere Zahngesundheit der Bevölkerung und eine kostengünstigere Versorgung, wobei sich dieser Kostenvorteil dennoch in Grenzen hält. Denn der Anteil der zahnärztlichen Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag in der Schweiz 1985 im Vergleich mit anderen westeuropäischen Ländern an zweiter Stelle hinter der Bundesrepublik, wobei für die Pro-Kopf-Ausgaben die gleiche Rangordnung galt²⁵⁴. Somit hat auch eine auf umfassende Prophylaxe ausgerichtete Versorgungsstrategie Ausgaben in einer Höhe zur Folge, die nur begrenzt hinter denen in der Bundesrepublik zurückbleiben, wo die Zahnärzte primär eine kurativ prothetische und damit teure Zahnmedizin praktizieren²⁵⁵. Doch während die Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik beitragswirksam und infolgedessen ein Politikum sind, bleiben sie in der Schweiz ein privates Problem des einzelnen Patienten. Ausgenommen

254 Vgl. Schneider (1989: 55-57 und Übersicht F.4.12). Danach betrug der Anteil der zahnärztlichen Ausgaben am BIP in der Bundesrepublik Deutschland 1985 1,06%, in der Schweiz 0,73%. Die Rangordnung bleibt erhalten beim Vergleich der zahnärztlichen Ausgaben in Prozent der Gesundheitsausgaben (D: 13,6%, CH: 10,0%). Die Pro-Kopf-Ausgaben, gemessen in D-Mark, lagen in der Bundesrepublik 1985 bei 317 DM, in der Schweiz bei 221 DM.

255 Das hohe Niveau der schweizerischen Ausgaben wird dabei wesentlich auch durch die zunehmenden, teureren kieferorthopädischen Behandlungen bestimmt.

sind die Sozialhilfeempfänger und Rentner mit Anspruch auf Ergänzungsleistungen. Nur diese beiden Gruppen können mit öffentlichen Zuschüssen bzw. einer Kostenübernahme durch Dritte rechnen. Von den übrigen Bevölkerungsgruppen werden diejenigen besonders durch die privaten Zahnarztausgaben belastet, die bereits unter dem ökonomischen Druck hoher Krankenkassenprämien stehen, nämlich die Versicherten und Familien mit einem Einkommen, das unterhalb des schweizerischen Mittels liegt. So muß eine Familie mit vergleichsweise geringem Pro-Kopf-Einkommen auch die Schulzahnpflege ihrer Kinder finanzieren²⁵⁶. Und für Einkommensempfänger, deren Einkommen zwar oberhalb der Sozialhilfe liegt, aber doch keine größeren Ersparnisse zuläßt, wird ein notwendiger Zahnersatz zu einem Luxusartikel, dessen Anschaffung eine längere Zeit gezielten Sparens voraussetzt, die notgedrungen mit einer Zahnücke überbrückt werden muß²⁵⁷.

256 Die Beteiligung der Kantone an den hier entstehenden Kosten ist unterschiedlich und beschränkt sich nicht selten auf einen Teilbetrag.

257 Eine private Versicherung bietet hier kaum einen Ausweg, da der Versicherer vor dem Abschluß i.d.R. die Sanierung des Gebisses auf Kosten des Versicherungsnehmers voraussetzt.

Interviewpartner

- Jürgen Baumberger*, Interessengemeinschaft für Alternative Krankenversicherungsmodelle (IGAK), Oesingen
- Dr. Peter Eschmann*, Schweizerische Vereinigung der Gemeindekranken- und Gesundheitspflegeorganisationen (SVGO), Illnau
- Dr. Dieter Grauer*, Schweizerische Gesellschaft für Chemische Industrie (SGCI), Zürich
- Charlotte Häni*, Schweizerische Patientenorganisation, Zürich
- Michael Herber*, Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen (SKI), Aarau
- Ernst Hutter*, Schweizerischer Drogisten-Verband, Biel
- Alfred Jost*, Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel (IKS), Bern
- Walter Krähenmann*, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte (VSAO), Bern
- Dr. Gerhard Kocher*, Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Horgen
- Dr. Heinz Locher*, ehemals Gesundheitsdirektion des Kantons Bern, jetzt Health Management Institute (HMI), Bern
- Dr. Markus Moser*, Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Bern
- Ueli Müller*, Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK), Solothurn
- P. Neuhaus*, Schweizerischer Apothekerverein, Bern-Liebefeld
- Dr. Hans-Rudolf Sahli*, Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH), Bern
- Dr. Alex Schwank*, Schweizerische Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (SGSG), Basel
- Nils Undritz*, Vereinigung schweizerischer Krankenhäuser (VESKA), Aarau
- Dr. Alexander Weber*, Schweizerische Zahnärztesgesellschaft, Bern
- Urs Weyermann*, Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK), Bern
- Urs Wütrich*, Schweizerischer Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD), Zürich
- Franz Wyss*, Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), Bern

Literatur

- Aenishänslin, H.W., 1987: Revision eines kantonalen Krankenkassentarifs. In: Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen (Hrsg.), *Tarifgestaltung im schweizerischen Gesundheitswesen*. Aarau: SKI, 101-108.
- Andersen, Hanfried H./ J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg, 1990: *Konkurrenz und Kollegialität, Ärzte im Wettbewerb*. Berlin: Sigma.

- Arnold, Michael, 1989: *Das Gesundheitssystem der Schweiz*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Bandi, Till, 1982: *Soziale Sicherung in der Schweiz. Institutionelle Grundlagen - volkswirtschaftliche Probleme*. Diessenhofen: Rüeegger.
- Baumberger, Jürg, 1989: Ärztezah und Kassenprämien. Fallkosten und Krankenkassenprämien oder die Folgen der Ärzteschwemme. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 18.9.1989.
- Bartelt, Guido/ Remo Molinaro, 1984: Wettbewerb unter Kranken- und Unfallversicherern: Eine Analyse in der Region St. Gallen. In: Heinz Hauser (Hrsg.), *Mehr Wettbewerb in der Krankenversicherung*. Brunnenwiesli: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, 81-119.
- Biedermann, Paul, 1955: *Die Entwicklung der Krankenversicherung in der Schweiz*. Diss. Zürich.
- Brandt, Arno/ Klaus v. Grebmer, 1985: Der Arzneimittelmarkt in der Schweiz. In: Christian v. Ferber u.a. (Hrsg.): *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*. München: Oldenbourg, 321-339.
- BSV - Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.), 1979: *Bericht über die Entwicklung der Einkommensverhältnisse der Medizinalpersonen und der Medikamentenpreise*. Bern.
- BSV - Bundesamt für Sozialversicherung, 1989a: *Statistik über die Krankenversicherung vom Bunde anerkannter Versicherungsträger, 1987*. Bern: Selbstverlag, April 1989.
- BSV - Bundesamt für Sozialversicherung, 1989b: *Statistik über die Krankenversicherung vom Bunde anerkannter Versicherungsträger: Einnahmen, Ausgaben und Krankenpflegekosten 1966-1988*. Bern: Selbstverlag, Dezember 1989.
- BSV - Bundesamt für Sozialversicherung, 1989c: *Zusammenstellung der aufgenommenen Spezialitäten*. Unveröff. Liste. Bern, 1.3.1989.
- BSV - Bundesamt für Sozialversicherung, 1990a: *Die Versicherungsprämien ausgewählter Krankenkassen*. Unveröff. Zusammenstellung. Bern, März 1990.
- BSV - Bundesamt für Sozialversicherung, 1990b: *Statistik über die Krankenversicherung vom Bunde anerkannter Versicherungsträger, 1988*. Bern: Selbstverlag, April 1990.
- BSV - Bundesamt für Sozialversicherung, 1990c: *Erhebung über den von einem kantonalen oder kommunalen Versicherungsobligatorium erfassten Bevölkerungsanteil*. Unveröff. Bericht der Expertenkommission Revision der Krankenversicherung. Bern, 16.3.1990.
- Chew, Robert/ George Teeling-Smith/ Nicholas Wells, 1985: *Arzneimittel in 7 OECD Ländern*. Mainz: Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft.
- DKG - Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1989: *Zahlen, Daten, Fakten*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Ebert, Brigitte, 1987: Überblick über die gegenwärtigen Zuständigkeiten und Verfahren bei der Tarifbildung und Tarifierung im schweizerischen

- Gesundheitswesen. In: *Tarifgestaltung im schweizerischen Gesundheitswesen - eine aktuelle Rundschau*. Aarau: SKI, 9-25.
- Eidgenössische Finanzverwaltung, 1989: *Öffentliche Finanzen der Schweiz 1987*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- L'Eplattenier, J.R., 1987: Die Analyseliste. In: Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen (Hrsg.), *Tarifgestaltung im schweizerischen Gesundheitswesen*. Aarau: SKI, 91-95.
- Erklärung von Bern (Hrsg.), 1989: *Pharma Paradies Schweiz. Registrierung und Export - welche Verantwortung?* Zürich: Selbstverlag.
- Erni, Tony, 1980: *Die Entwicklung des schweizerischen Kranken- und Unfallversicherungswesens*. Freiburg i.d. Schweiz: Universitätsverlag.
- Eschmann, Peter, 1987: Spitex - Grundrechte für Gesunde und Kranke. In: Peter Eschmann, Gerhard Kocher (Hrsg.): *Spitex-Kongress 1987, Kongress-Band*. Thun: SVGO Schweizerische Vereinigung der Gemeindekranken- und Gesundheitspflegorganisationen, 43-52.
- Feldmann, Daniel/ Thoma Marthaler, 1989: Praxisdichte. In: *Schweizerische Monatszeitschrift für Zahnmedizin* 99, 246.
- Flora, Peter/ Peter Kraus/ Winfried Pfennig, 1987: *State, Economy, and Society in Western Europe 1815-1975, Vol. II*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Flury, W., 1985: 175 Jahre Bernische Ärztesgesellschaft, in: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (Hrsg.), *175 Jahre Ärztesgesellschaft des Kantons Bern*. Bern: Huber, 9-11.
- FMH - Verbindung der Schweizer Ärzte, 1981: Ärztestatistik 1980. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 62, 2723-2824.
- FMH - Verbindung der Schweizer Ärzte, 1986: *Vademecum für den Schweizer Arzt*. Thun: Ott Verlag.
- FMH - Verbindung der Schweizer Ärzte, 1989: Mitglieder-Statistik 1988 der Verbindung der Schweizer Ärzte. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 70, 983-992.
- FMH - Verbindung der Schweizer Ärzte, 1990: Mitglieder-Statistik 1989 der Verbindung der Schweizer Ärzte. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 71, 916-929.
- Frei, Andreas/ J.-P. Karasek/ R. Wolf, 1986: *Finanzierungs- und Entschädigungssysteme im Spitalsektor*. Aarau: SKI.
- Gessner, U./ B. Huwiler/ B. Horisberger, 1982: *Entwicklung und Wandlung der schweizerischen Akutspitäler*. St. Gallen: Interdisziplinäres Forschungszentrum für die Gesundheit (IFZ).
- Giacobino, Hélène/ Janine Moser/ Regula Wolf, 1988: *Personalmangel in den Pflege- und paramedizinischen Berufen*. Aarau: SKI.
- Gilliand, Pierre, 1980: *Das Krankenhauswesen in der Schweiz, Statistiken 1936-1978. Zukunftsaussichten*. Aarau: SKI.
- Gilliand, Pierre, 1989: Reform der sozialen Krankenversicherung (SKV): Finanzierung nach Funktionen und Zielen im Gesundheitswesen. In: *Schweizeri-*

- scher Verband der Sozialversicherungsangestellten - SVS-Heft 1989(13), 23-29.*
- Glaser, William A., 1987: *Paying the Hospital*. San Francisco: Jossey-Bass.
- GPI - Gesundheitspolitische Informationen, 1990: Jg. 13(1).
- Grauer, Dieter, 1987: Vorstoss an die Grenzen des Konkordatsrechts, In: *Neue Zürcher Zeitung*, 5.4.1987.
- Güntert, Bernhard/ Marianne Hofer, 1983: *Die Institutionen des schweizerischen Gesundheitswesens*. Aarau: SKI.
- Gygi, Pierre/ Andreas Frei, 1988: *Das schweizerische Gesundheitswesen*. Basel: Krebs.
- Gygi, Pierre/ Heiner Henny, 1976: *Das Schweizerische Gesundheitswesen*, 1. Aufl. Bern: Huber.
- Gygi, Pierre/ Heiner Henny, 1977: *Das Schweizerische Gesundheitswesen*, 2. überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Häfliger, Kurt, 1983: *Die Teilrevision der Krankenversicherung*. Aarau: SKI.
- Häusel, Urs, 1990: Das modernste Gesetz der Schweiz. In: *Basler Zeitung*, 2.4.1990.
- Hart, Dieter u.a., 1987: *Arzneimittelregulierung in der Bundesrepublik*. Bremen: Zentrum für Europäische Rechtspolitik.
- Hauser, Heinz, 1984: Schweiz. In: Johann-Magnus v. Stackelberg (Hrsg.), *Der europäische Arzneimittelmarkt*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.
- Hauser, Heinz, 1989: Zusammenfassung des Vorschlages für ein Bundesgesetz über die Kranken-Versicherung. In: *Schweizerischer Verband der Sozialversicherungsangestellten - SVS-Heft 1989(13)*, 32.
- His, Eduard, 1938: *Geschichte des neueren schweizerischen Staatsrechts*, Bd. 3. Basel: Helbing u. Lichtenhahn.
- Hug, Bruno N., 1987: Der Zahnarzt-Tarif, Grundlagen und Strukturen. In: SKI - Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen (Hrsg.): *Tarifgestaltung im schweizerischen Gesundheitswesen - eine aktuelle Rundschau*. Aarau: SKI, 97-100.
- Hutter, E., 1988: *Die wirtschaftliche Stellung der Schweizer Drogerien*, Kurzreferat, Pressekonferenz des Schweizerischen Drogistenverbandes. Biel, 18.10.1988.
- IHA - Institut für Marktanalysen, 1990: *Vademecum 1990*, 14. Jg. Hergiswil: Selbstverlag.
- IKS - Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel, 1988a: *Jahresbericht*. Bern: Selbstverlag.
- IKS - Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel, 1988b: *Konkordat über die Kontrolle der Heilmittel (Heilmittelkonkordat) vom 19. Mai 1988*. Bern: Selbstverlag.
- Immergut, Ellen, 1987: *The Political Construction of Interest: National Health Insurance Politics in Sweden, France, Switzerland, 1930-1970*. Dissertation,

- Cambridge, MA (Erscheint 1992 als *The Political Construction of Interests*. Cambridge: Cambridge University Press).
- Jost, A., 1989: *Einleitung zur Vortragsreihe "Staatliche Heilmittelkontrolle in der Schweiz" v. 10.5.89 an der Universität Bern*. Unveröff. Manuskript. Bern: Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel.
- Jung, Karl, 1985: *Bundespflegesatzverordnung '86*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kantonale Volksabstimmung vom 30., 31. März und 1. April 1990*. Basel: Stadt Basel, Ressort Wahlen und Abstimmung.
- Koch, Gottfried, 1984: *Entwicklungsanalyse und Entwicklungsperspektive von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen der Schweiz*. Diessenhofen: Rüeegger.
- Koehler, Gerhard, 1972: *Verbandseinfluß auf die Gesetzgebung*, 2. Auflage. Bern: Francke.
- KSK - Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, 1989a: *Versicherungspflichtobligatorien der Kantone, Stand: Juni 1989*. Unveröff. Dokumentation. Solothurn, Juli 1989.
- KSK - Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, 1989b: *Kantonsbeiträge an die Krankenkassen, Stand: Juni 1989*. Unveröff. Dokumentation. Solothurn, Juli 1989.
- KSK - Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (Hrsg.), 1990a: *Schweizerischer Krankenkassen-Kalender*. [Solothurn]: Selbstverlag.
- KSK - Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, 1990b: *Tätigkeitsbericht 1988-1989*. Solothurn: Selbstverlag.
- Konsultative Kommission für Spitalfragen, 1976: *Bericht über die Vergütung der Spitäler und über die Gesundheits- und Spitalplanung*. Aarau: SKI.
- Lehmann, Philippe/ Felix Gutzwiller/ Jean F. Martin, 1989: The Swiss health system: the paradox of ungovernability and efficacy. In: Mark G. Field (Hrsg.), *Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach*. New York: Routledge, 25-48.
- Leutenegger Oberholzer, Susanne, 1989: Nationalrat lehnt Gleichstellung bei den Krankenkassenprämien erneut ab: Ein Schlag ins Gesicht der Frauen. In: *Soziale Medizin* 16(1+2), 3/4.
- Manes, Alfred, 1909: Arbeiterversicherung in der Schweiz. In: *Handwörterbuch der Staatswissenschaften*, 3. Auflage, Bd. 1, 882-894.
- Marmor, Theodore R./ Mark Schlesinger/ Richard W. Smithey, 1983: A New Look of Nonprofits: Health Care Policy in a Competitive Age. In: *Yale Journal on Regulation* 3, 313-349.
- Marthaler, T.M./ G. Menghini, 1985: Anzahl der zahnärztlichen Praxen und der berufstätigen Zahnärzte in der Schweiz in den Jahren 1962, 1971 und 1979, samt Ausblick bis 1992. In: *Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin* 94, 1156-1167.

- Maurer, Alfred, 1981a: Landesbericht Schweiz. In: Peter A. Köhler/ Hans F. Zacher (Hrsg.), *Ein Jahrhundert Sozialversicherung*. Berlin: Duncker u. Humblot, 731-833.
- Maurer, Alfred, 1981b: *Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bd. 2*. Bern: Stämpfli.
- Möri, T./ D. von Däniken, 1987: *Arbeitszeitverkürzung in Schweizer Spitälern, Erhebung und Dokumentation*. Aarau: Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen.
- Müller, Ueli, 1987: *Stand und Probleme der schweizerischen Krankenversicherung*. Unveröff. Manuskript. Solothurn: Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen.
- Müller, Robert, 1989: Arzneimittelmarkt: Für einen freieren Wettbewerb. In: *Basler Zeitung*, 11.3.1989.
- Niederer, Eduard, 1914: *Das Krankenkassenwesen in der Schweiz und das Bundesgesetz von 1911*. Zürich: Rascher.
- Nord, Dietrich, 1980: *Modell Schweiz? Arzneimittelmarkt und Arzneimittelversorgung*. Mainz: Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft.
- Nüssli, Kurt, 1987: *Neokorporatismus in der Schweiz*. Zürich: Forschungsstelle für Politische Wissenschaft.
- OECD, 1989: *Labour Force Statistics 1967-1987*. Paris: OECD.
- Patientenstelle Zürich (Hrsg.), 1989: *10 Jahre Patientenstelle Zürich*. Zürich: Selbstverlag.
- Pharma Information, 1989: *Das Gesundheitswesen in der Schweiz, Leistungen, Kosten, Preise*. Basel: Selbstverlag.
- Preisig, Rudolf, 1986: Professor Preisig zur Cilag-Affäre. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 20./22.12.1986.
- Reglementation, 1989: *Reglementation - Verband für eine sichere und geordnete Versorgung mit Arzneimitteln*. Genf: Selbstverlag.
- Reglementation, 1990: *Reglement über die Marktordnung im Arzneimittelhandel*. Genf: Selbstverlag.
- Reinhart, Regula, 1982: *Die Rechtsgrundlagen der Ausbildung in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen*. Bern: Stämpfli.
- Rosewitz, Bernd/ Douglas Webber, 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1990: *Jahresgutachten 1990. Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung*. Baden-Baden: Nomos.
- SAV - Schweizerischer Apothekenverein, 1989: *Jahresbericht 1988*. Bern: Selbstverlag.
- Schenker, Philipp, 1986: *Ökonomische Analyse der "Nationalen Sparkonferenz" im Gesundheitswesen*. Horgen: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

- Schläppi, Peter, 1988: *Die ärztliche Ausbildung in der Schweiz*. Bern: Institut für Ausbildungs- und Examensforschung.
- Schmid, Heinz u.a., 1985: *Datenanalyse in der Krankenversicherung, Teil I*. Aarau: SKI.
- Schneider, Markus u.a., 1989: *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*. Laufende Berichterstattung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Augsburg: Basys GmbH.
- Schuler, Thomas/ Andreas Frei, 1987: *Die Teilrevision der Krankenversicherung III*. Aarau: SKI.
- Schumann, Klaus, 1971: *Das Regierungssystem der Schweiz*. Köln: Heymanns.
- Schwabe, Ulrich/ Dieter Paffrath, 1990: *Arzneiverordnungsreport '90*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- SDK - Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, 1989: *Communiqué: Errichtung der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung*. 23.11.1989. [Bern].
- SDK - Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, 1990: Die Sanitätsdirektorenkonferenz SDK: zentraler Partner im Gesundheitswesen. Ein Gespräch mit Regierungsrat Burkhard Vetsch, Präsident der schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK. In: *Inter-View* 1990(19), 5-8.
- SDK/ SRK - Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz/ Schweizerisches Rotes Kreuz, 1976: *Vereinbarung zwischen den Kantonen und dem Schweizerischen Roten Kreuz betreffend die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen und des medizinisch-therapeutischen Personals*, ergänzt durch Anhang zu Ziff. 1.1 am 1.9.1985.
- SDV - Schweizerischer Drogisten-Verband, 1990: *Der Schweizerische Drogisten-Verband*. Eine Präsentation des Informationsdienstes des SDV. Unveröff. Manuskript. Biel, März 1990.
- SGCI - Schweizerische Gesellschaft für Chemische Industrie, 1988: *Medikamente und pharmazeutische Industrie in der Schweiz*. Zürich: Selbstverlag.
- Sieber, Hugo, 1986: Neue Vorwürfe im Fall Cilag/Preisig. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 13/14.12.1986.
- SKI - Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen, 1986: *Teilrevision*. Aarau: SKI.
- SKI - Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen, 1987: *Das SKI - Drehscheibe im schweizerischen Gesundheitswesen*. Aarau: SKI.
- Sommer, Jürg H., 1978: *Das Ringen um soziale Sicherheit in der Schweiz*. Diessenhofen: Rüeegger.
- Sommer, Jürg H., 1987: *Das Malaise im Gesundheitswesen. Diagnose und Therapievorschlage*. Zürich: Orell Füssli.
- Sommer, Jürg H./ Felix Gutzwiller, 1986: *Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen*. Bern: Huber.
- Sommer, Jürg H./ Robert E. Leu, 1984: *Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung als Kostenbremse?* Diessenhofen: Rüeegger.

- Sommer, Jürg H. u.a., 1983: *Strukturanalyse des Gesundheitswesens von Basel-Stadt*. Diessenhofen: Rüegger.
- SSO - Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft, 1979: *Pflichtleistungen der Krankenkassen: Hinweise zum Vertrag der SSO - Union Schweizerischer Krankenkassenverbände*. Bern: Selbstverlag.
- Statistisches Bundesamt, 1988: Berufe des Gesundheitswesens. In: Reihe 5 der Fachserie 12: *Gesundheitswesen*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Stöckli, Jakob, 1982: *Sozialpaket Schweiz*. Bern: Haupt.
- SVPK - Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken, 1989: *15. Tätigkeitsbericht, September 1988 - August 1989*. Aarau: Selbstverlag.
- SVS - Schweizerischer Verband der Sozialversicherungsangestellten, 1989: Revision der Krankenversicherung. In: *Schweizerischer Verband der Sozialversicherungsangestellten - SVS-Heft 1989(13)*.
- Tschudi, Hans Peter, 1986: *Sozialverfassung der Schweiz (Der Sozialstaat)*. Bern: Schweizerischer Gewerkschaftsbund.
- Undritz, Nils, 1987a: *Gesundheitswesen in der Schweiz*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Undritz, Nils, 1987b: Die Spitaltarifszene. In: Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen (Hrsg.), *Tarifgestaltung im schweizerischen Gesundheitswesen*. Aarau: SKI, 109-117.
- Undritz, Nils, 1988: *Vortrag auf dem "European Congress of Private Hospitalization"*. Unveröff. Manuskript. Madrid, 8.-11.11.1988.
- Undritz, Nils, 1989: Le système de santé suisse - un exemple pour l'Europe? In: *Acta Hospitalia 1989(4)*, 19-25.
- VESKA - Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser, 1979: *Jahresbericht 1978*. Aarau: Selbstverlag.
- VESKA - Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser, 1988: *Bettenbestand nach Fachdisziplinen und Abteilungen und nach Kantonen im Jahre 1988*. Unveröff. Spezialauswertung. Aarau.
- VESKA - Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser, 1989a: *Panorama, Das schweizerische Krankenhauswesen in Zahlen*. Aarau: Selbstverlag.
- VESKA - Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser, 1989b: *Das schweizerische Krankenhauswesen im Spiegel der Statistik 1988*. Aarau: Selbstverlag.
- VESKA - Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser, 1990a: *Das schweizerische Krankenhauswesen im Spiegel der Statistik 1989*. Aarau: Selbstverlag.
- VESKA - Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser, 1990b: *Panorama. Das schweizerische Krankenhauswesen 1988 in Zahlen*. Aarau: Selbstverlag.
- VSAO - Verband schweizerischer Assistenz- und Oberärzte, 1987: *Revision des Normalarbeitsvertrages für Assistenzärzte*, Eingabe an das Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit. [Bern], 7.10.1987.
- Webber, Douglas, 1988: Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. In: *Leviathan 16*, 175-203.

- Webber, Douglas, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreform in Deutschland - II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: *Leviathan* 17, 262-300.
- Würgler, Hans u.a., 1988: Die schweizerische Volkswirtschaft. In: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hrsg.), *Die Schweiz*. Stuttgart: Kohlhammer, 218-250.
- Wyss, Franz, 1988: Die Rolle der Kantone im Gesundheitswesen. In: *Der Staatsbürger* 1988(6), 22-24.
- Zweifel, Peter/ Gabriella Pedroni, 1987: *Die Spitalfinanzierung in der Schweiz*. Basel: Pharma Information.

Zeitungsartikel ohne Verfasser

- NZZ - Neue Zürcher Zeitung, 18.6.1988: 1987 mehr als eine Million Spitalaufenthalte.
- NZZ - Neue Zürcher Zeitung, 8.6.1988: Abstimmung über Schulzahnklinik, EDV und Berufsfeuerwehr.
- NZZ - Neue Zürcher Zeitung, 3.2.1988: Freie Zahnarztwahl für Dielsdorfer Schüler.

Gesetze und Verordnungen

- Gesetz über Spitäler und Schulen für Spitalberufe, Kanton Bern, RRB Nr. 4580 v. 20. Dezember 1973.
- KUV - Bundesgesetz über die Krankenversicherung v. 13. Juni 1911 - 13. März 1964.
- VO II - Verordnung II über die Krankenversicherung betreffend die Kollektivversicherung bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen v. 22. Dezember 1964.
- VO III - Verordnung III über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände v. Januar 1965.
- VO V - Verordnung über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Kassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit v. 2. Februar 1965/21. Dezember 1970.
- VO VI - Verordnung VI über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von medizinischen Hilfspersonen zur Betätigung für die Krankenversicherung. 11. März 1966/25. August 1971.
- VO VIII - Verordnung VIII über die Krankenversicherung betreffend die Auswahl von Arzneimitteln und Analysen. 30. Oktober 1968/26. September 1988.

Kapitel 3

Frankreich

Jens Alber

A. Grundzüge

1. Nationale Grundcharakteristika

Das Gesundheitswesen Frankreichs ist ähnlich wie in Deutschland primär auf die Institution der gesetzlichen Krankenversicherung zugeschnitten, die in starkem Maße berufsständisch und regional zersplittert ist. Praktisch die gesamte Bevölkerung ist heute einem der diversen Systeme der Pflichtversicherung angeschlossen, die für rund drei Viertel aller Gesundheitskosten aufkommt (Sandier/ Stephan 1983: 72; Schneider u.a. 1989: 7, 174). Genau wie für die Bundesrepublik ist auch für Frankreich der Dualismus von öffentlicher Finanzierung - in Form der Pflichtversicherung - und privat kontrollierter medizinischer Versorgung (*médecine libérale*) strukturbestimmend. Eine weitere Gemeinsamkeit liegt in der starken Trennung des ambulanten und des stationären Bereichs (Rodwin 1982: 317). Allerdings gibt es in Frankreich auch einige Gemeindeambulatorien, die sog. "*Dispensaires*", die von den Kommunen oder freien Verbänden unterhalten werden (Lacronique 1982: 282; vgl. unten Abschnitt C.1). Für die Patienten besteht entsprechend dem von der Ärz-

Für Auskünfte, zur Verfügung gestellte Informationen und/oder kritische Kommentare zu früheren Entwürfen dieses Kapitels bin ich zu besonderem Dank verpflichtet: Françoise Acker, Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications, Paris; Christa Altenstetter, City University of New York, New York; Agnès Bague, Laboratoire d'Economie Sociale, Paris; Anne-Marie Catrice-Lorey, Centre de Recherches en Sciences Sociales du Travail, Paris; Jeremy Hurst, OECD, Paris; Ellen Immergut, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA; Gérard de Pourville, Centre de Recherche en Gestion de l'Ecole Polytechnique, Paris; Chantal de Singley, Ecole nationale de la Santé Publique, Rennes; Monika Steffen, Centre de Recherche sur le Politique L'Administration et le Territoire, Grenoble.

teschaft hochgehaltenen Prinzip der "*médecine libérale*" freier, durch keinerlei "*gatekeepers*" beschränkter Zugang zu allen Einrichtungen der medizinischen Versorgung.

Die 1930 eingeführte **obligatorische Krankenversicherung** galt zunächst nur für Arbeiter bis zu einer Einkommensgrenze. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Pflichtversicherung dann sukzessive auf zusätzliche Bevölkerungsgruppen einschließlich der Selbständigen ausgedehnt. Trotz des mittlerweile ausgedehnten Versicherungsschutzes läßt die französische Krankenversicherung der privaten Vorsorge nach wie vor viel Raum. Das hängt zum einen mit der Tatsache zusammen, daß die gesetzliche Krankenversicherung auf dem Prinzip der **partiellen Kostenerstattung** mit nicht unbeträchtlicher privater Selbstbeteiligung beruht, zum anderen mit der historisch gewachsenen starken Rolle der als **mutuelles** bezeichneten freiwilligen Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit. Etwa zwei Drittel der Franzosen verfügen über eine freiwillige Zusatzversicherung bei derartigen Hilfsvereinen oder bei einer privaten Krankenversicherung. Über ein Fünftel der gesamten Gesundheitsausgaben entfällt daher auf private Ausgaben im Sinne freiwilliger Versicherungsbeiträge, Zuzahlungen im Rahmen der Kostenbeteiligung oder selbständiger Käufe der Privathaushalte (Schneider u.a. 1989: 69, 169, 174).

Die medizinische **Versorgung** liegt zu einem großen Teil in den Händen **privater Anbieter**. Der ambulante Sektor wird von frei niedergelassenen Ärzten beherrscht, die durch eine vergleichsweise hohe professionelle Autonomie gekennzeichnet sind. Die Grundsätze der freiberuflichen Stellung der Ärzte sind im sog. "*Code de Déontologie Médicale*" verankert, der 1955 als Dekret erlassen wurde. Darin werden den Ärzten die "vier Freiheiten" der "*médecine libérale*" garantiert, nämlich uneingeschränkte Niederlassungsfreiheit, freie Arztwahl, Behandlungsfreiheit und Honorarfreiheit mit unmittelbarem Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient ("*entente directe*"). Im stationären Sektor stellen frei gemeinnützige und private Kliniken rd. zwei Drittel aller Krankenhäuser und immerhin ein Drittel der Betten. Die Mehrzahl der Krankenhausbetten bieten öffentliche Kliniken an, die meist in Gemeindebesitz sind. Die Arzneimittelversorgung liegt in den Händen freiberuflicher Apotheker.

Im internationalen Vergleich fällt das französische Gesundheitswesen durch eine ungewöhnlich rasante **Kostensteigerung** in jüngster Zeit auf. Die Gesundheitsausgabenquote hat sich zwischen 1960 und 1985 verdoppelt und ist auch nach 1975 in fast ungebrochenem Tempo weiter gewachsen (Sandier 1983: 6; Alber 1988: 124; OECD 1985, 1987, 1990).

1985 lag sie bei 8,0%. Damit hat Frankreich ein Ausgabenniveau erreicht, das nur noch von den USA und von Schweden übertroffen wird (Schneider u.a. 1989: 355).¹ Der rasante Ausgabenanstieg ist insbesondere deshalb bemerkenswert, weil das französische Gesundheitswesen (zumindest vordergründig) auf Strukturprinzipien basiert, die gewöhnlich als Kostenbremsen angesehen werden, nämlich dem **Kostenerstattungsprinzip**, das, anders als das deutsche Sachleistungsprinzip, den Patienten zur Begleichung medizinischer Rechnungen verpflichtet und ihm damit die Höhe der Arzt- und Krankenhausrechnungen transparent macht, und dem **Selbstbeteiligungsprinzip**, das eine maßvolle Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen fördern soll. Eine der Aufgaben der hier angestellten institutionellen Analyse wird es sein, die Frage zu klären, warum diese Bremsmechanismen in Frankreich nicht greifen.

Der starke Anstieg der Gesundheitsausgaben war lange Zeit von einem überdurchschnittlichen Ausbau der Versorgungskapazitäten begleitet, der bis zum Ende der siebziger Jahre von der Regierung bewußt gefördert wurde. Die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen nahm, gemessen an den sonstigen OECD-Ländern, in durchschnittlichem Maße zu, während der Rückgang der Sterblichkeit eher unterdurchschnittlich blieb. Insgesamt betrachtet hat Frankreich bei hohem Ausgabenniveau und einem relativ niedrigen Beschäftigungsstand einen überdurchschnittlichen Versorgungsgrad mit Ärzten und Krankenhausbetten, eine durchschnittliche Inanspruchnahme der Leistungen und ein eher unterdurchschnittliches Gesundheitsniveau seiner Bevölkerung (Zahlen dazu in Abel-Smith 1985; Alber 1988; OECD 1985, 1990; Schneider u.a. 1989).

2. Grundzüge der historischen Entwicklung: Von der liberalen zur korporatistischen Medizin

Verglichen mit Deutschland und England ist Frankreich durch eine **späte** Entwicklung der obligatorischen Krankenversicherung gekennzeichnet. Der französische Staat übte allgemein starke Zurückhaltung in der Gestaltung des Sozialrechts aus und begnügte sich lange Zeit mit einer Subventionierung freiwilliger Hilfsvereine. Das hängt vermutlich mit

1 Die neueste verfügbare Zahl liegt bei 8,2% für 1988 (Die Ortskrankenkasse 16/1990: 512).

drei Faktoren zusammen: dem relativ großen politischen Einfluß der Ärzte und anderer kampfstarker Interessengruppen im lange von Honoratioren dominierten und von unsicheren Mehrheitsverhältnissen gekennzeichneten Mehrparteiensystem Frankreichs, der großen quantitativen Stärke der dem Wohlfahrtsstaat traditionell feindselig gesonnenen mittelständischen Unternehmer und Landwirte sowie der Spaltung der Arbeiterbewegung in einen sozialreformerischen und einen sozialrevolutionären Flügel. Hinzu kommt noch die vergleichsweise geringe Urbanisierung Frankreichs mit einer in vergleichender Perspektive vermutlich überproportional ausgebildeten Primärgruppensolidarität, die bis zu einem gewissen Grad als funktionales Äquivalent kollektiver Sicherungseinrichtungen wirksam werden konnte.

Die medizinische Versorgung blieb lange Zeit staatlich unreguliert. Träger der Versorgung waren neben den für die begüterten Schichten tätigen frei praktizierenden Ärzten die zu den Institutionen der Armenpflege zählenden Krankenhäuser sowie in einigen Landstrichen auch vom Departement, der Gemeinde oder privaten Wohltätigkeitsorganisationen angestellte Armenärzte (Herzlich 1982: 242). Ein größerer Markt für medizinische Güter entstand erst allmählich im Rahmen der Industrialisierung, als der Fortschritt der Medizin für ein kaufwürdiges Leistungsangebot sorgte, dem mit dem Aufstieg städtischer Mittelschichten auch eine wachsende Zahl kaufkräftiger Nachfrager gegenüberstand.²

Erste Initiativen zur Regulierung des Gesundheitswesens erfolgten dann am Ausgang des 19. Jahrhunderts. Nachdem die Ärzteschaft lange gegen die verbandsfeindliche Revolutionsgesetzgebung³ angekämpft hatte, wurde am **30.11.1892** ein Gesetz zur **Regulierung der Arzttätigkeit** erlassen, das anerkannten Ärzten das medizinische Behandlungsmonopol sicherte, sie vor Konkurrenz durch Wundheiler, Quacksalber oder Schwestern schützte und ihren Zusammenschluß in Verbände legalisierte (Herzlich 1982: 245; Wilsford 1989: 143). Die lange Zeit bei etwa 11.000 stagnierende Zahl der Ärzte begann fortan rasch zu wachsen. 1911 zählte

2 Dieser doppelte Ursprung moderner Medizin ist hier in Anlehnung an Wilsford (1989: 131) formuliert, der "patients capable of paying" und "a service worth buying" als Voraussetzung für den Aufstieg der Ärzte sieht.

3 Das Gesetz Le Chapelier von 1791 hatte sämtliche zwischen den Nationalstaat und seine Bürger tretenden Assoziationen als die Einheit der Nation gefährdende Zwischengewalten verboten. Das Verbot zielte zwar primär auf gegenrevolutionäre ständisch-konservative Bewegungen sowie auf die das Bürgertum herausfordernden Zusammenschlüsse der Arbeiter und Gesellen, traf aber auch die Professionen.

das Land bereits 20.113 promovierte Mediziner (Annuaire statistique de la France 1951: 68*).

Kurz nach dem Arztgesetz wurde am **15.7.1893** ein Gesetz zur kostenlosen **Krankenpflege der Armen** verabschiedet, das den Krankenhäusern die Rückerstattung der für die Pflege Bedürftiger entstandenen Kosten durch die Gemeinden sicherte. Damit setzte die Umwandlung der Hospitäler von Einrichtungen der Armenfürsorge zu Institutionen der Krankenpflege ein (Saint-Jours 1981: 213; Hatzfeld 1971: 72). Am **1.4.1898** folgte ein Gesetz über die **Subventionierung freiwilliger Hilfsvereine**, das einen partiellen Risikoschutz bei Krankheit und Mutterschaft förderte und einen raschen Aufschwung der Mitgliederzahlen in der freiwilligen Krankenversicherung nach sich zog. Schätzungen der Mitgliederzahlen für das Jahr 1913 schwanken (bei einer Erwerbsbevölkerung von etwa 21 Millionen) zwischen 3,3 und 5,3 Millionen.⁴

Weitergehenden staatlichen Interventionen gab erst der Erste Weltkrieg Auftrieb. Zum einen sicherte der Krieg, wie in anderen Ländern auch, Problemen der medizinischen Versorgung erhöhte Aufmerksamkeit. Im Rahmen der typischen Kriegsfolgegesetzgebung kam es z.B. 1920 zu einem Gesetz über die medizinische Betreuung kriegsversehrter Soldaten (Herzlich 1982: 244). Zum anderen hatte der Krieg im Falle Frankreichs aber eine ganz spezifische, Sozialreformen begünstigende Wirkung. Durch den Rückgewinn Elsaß-Lothringens verfügte ein Teil der französischen Bevölkerung jetzt nämlich über eine obligatorische Krankenversicherung deutscher Prägung. Wollte man die nationale Rechtseinheit wahren, so mußte man entweder den Elsässern ihre populären Privilegien nehmen oder aber für ganz Frankreich einen entsprechenden Versicherungsschutz schaffen.

Nach langen parlamentarischen Auseinandersetzungen wurde 1928 ein Gesetz zur Einführung der obligatorischen Krankenversicherung für alle französischen Arbeiter verabschiedet, das aber nicht implementiert wurde. Die Neuregelung traf auf den erbitterten Widerstand der Ärzteschaft, die fürchtete, in Abhängigkeit von den Krankenkassen zu geraten und sich im Kampf um das Gesetz in zwei rivalisierende Verbände spaltete. Die 1884 gegründete und durch das erwähnte Gesetz von 1892 legalisierte *Union des Syndicats Médicaux de France* (USMF) verlor die Vorherrschaft an die gegen das Gesetz mobil machende *Confédération*

4 Vgl. Annuaire statistique de la France. Résumé rétrospectif 1961: 273 und Dupeyroux 1975: 54, Fußnote 3.

des *Syndicats Médicaux Français*, deren Ziel es war, das Prinzip der Direktzahlung durch den Patienten zu bewahren (Wilsford 1989; Immergut 1987: 162/163).

Eine einflußreiche Koalition von Ärzten, Landwirten und mittelständischen Unternehmern zwang den Gesetzgeber noch vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zu zahlreichen Modifikationen (Glaser 1970: 127; Hatzfeld 1971: 291). Von den Krankenkassen zu erstellende Gebührenordnungen sollten nun ohne bindende Wirkung für die Ärzte lediglich einseitig für die den Patienten zu gewährende Kostenerstattung gelten. Diese revidierte Vorlage zur Einführung einer **obligatorischen Krankenversicherung** wurde am **30.4.1930** Gesetz. Die neue Regelung unterwarf industrielle und landwirtschaftliche Arbeitnehmer unterhalb einer Einkommensgrenze der Versicherungspflicht und sah Geld- und Sachleistungen für die Versicherten und ihre Familienangehörigen vor. Vor dem Ausbruch des Zweiten Weltkriegs war knapp die Hälfte der französischen Erwerbstätigen Mitglied der obligatorischen Krankenversicherung (Flora u.a. 1983: 494). Den ca. 9,5 Millionen Versicherten und ihren Familienangehörigen standen 1938 knapp 29.000 Ärzte gegenüber (Annuaire statistique de la France 1951: 68*).

Die nationale Solidarität im Zeichen des Krieges und der Besatzung ebnete dann den Weg für weitergehende Reformen. Noch während des Krieges entwickelte der *Conseil National de la Résistance* in seinem Wirtschafts- und Sozialprogramm das Konzept einer umfassenden "**Sécurité sociale**" für alle Staatsbürger (Saint-Jours 1981: 231). Anders als in England wurde am Konzept einer beitragsfinanzierten Sozialversicherung ohne direkte finanzielle Beteiligung des Staates festgehalten. Eine Serie von Verordnungen und Gesetzen der Jahre 1945 bis 1946 hob zunächst die Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht der Arbeitnehmer auf und sah überdies die Generalisierung und Vereinheitlichung der verschiedenen berufs- und funktionspezifischen Systeme im Rahmen der *Sécurité sociale* vor. Dazu ist es aber nicht gekommen.

Die zunächst als vorläufig gedachte Beibehaltung der diversen Sicherungssysteme für verschiedene Berufsgruppen persistiert, ungeachtet eines erneuten gesetzlichen Vereinheitlichungsplans von 1974, bis zum heutigen Tag. Grund für die Reformblockade waren die ideologische Zerstrittenheit der Parteien sowie die auf Besitzstandswahrung bedachte Politik der mit großzügigeren Sondersystemen ausgestatteten Berufsstände. Der weitere Ausbau der sozialen Sicherung vollzog sich daher als Generalisierung der Versicherungspflicht in der Pluralität berufsgruppenspezifischer Pro-

gramme. In der 5. Republik wurde die Krankenversicherungspflicht auf die Selbständigen in der Landwirtschaft (1961), auf Selbständige in Industrie und Handel sowie auf Freiberufler (1966) ausgedehnt.

Mit der Ausdehnung der Krankenversicherung und der damit verbundenen Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen geriet die traditionell außergewöhnlich starke *Stellung der Ärzte* zunehmend unter Druck. Da die staatlich gestützte Professionalisierung und verbandsförmige Formierung der Ärzteschaft der Gründung von Kassen lange vorausging, vollzog sich der Aufstieg der Profession, anders als in Deutschland, unabhängig von autonomiebegrenzenden Kontrollen durch Drittzahler. Diese privilegierte Stellung mit unmittelbarem Verhältnis zum als Direktzahler fungierenden Patienten vermochte die Ärzteschaft lange Zeit erfolgreich im Kampf gegen die gesetzliche Krankenversicherung und die Kontrollbestrebungen der Kassen oder der Regierung zu verteidigen.

Steuerungs- oder Interventionsversuchen Dritter wußten die Ärzte, gestützt auf ihren Einfluß im Mehrparteien-Parlament, immer wieder erfolgreich zu begegnen. Auch nach der Reform der sozialen Sicherheit im Anschluß an den Zweiten Weltkrieg kam es daher nur in einigen, keineswegs aber allen Departements zu kollektiven Tarifverträgen zwischen Ärzten und Kassen. Die Kassen übernahmen zwar generell 80% der Arztkosten, so daß 20% vom Patienten privat zu tragen waren, aber in Departements, in denen keine kollektiven Tarifverträge zustande kamen, deckten die Kassen lediglich 80% des regierungsamtlich festgesetzten fiktiven Tarifs ab, der weit unter den faktischen Arztkosten blieb. Das hatte den "Skandal" (Dupeyroux 1975: 366) zur Folge, daß bei allgemein gleicher Beitragszahlung manche Versicherte 80% ihrer Arztrechnung von den Kassen erstattet bekamen, andere aber, deren Arzt keinem Kollektivabkommen angeschlossen war, sich mit Erstattungssätzen zwischen 20 und 40% des bezahlten Honorars begnügen mußten (vgl. dazu genauer unten Abschnitt C.1). Das Bestreben der Gesundheitspolitiker richtete sich daher darauf, anstelle der "*entente directe*" zwischen Arzt und Patient allgemein gültige Kollektivverträge mit bindender Kraft für alle Ärzte durchzusetzen. Dieses Vorhaben konnte nach langen Kämpfen erst im Laufe der sechziger Jahre realisiert werden.

Die lange Dominanz einer im wesentlichen von freien Ärzten kontrollierten Privatmedizin hängt nach den Untersuchungen der amerikanischen Politologin Ellen Immergut mit der spezifischen Art der Interessenvermittlung im französischen Regierungssystem zusammen (Immergut 1987; 1991). Das von ökonomischen und religiösen Konflikten geprägte Multi-

parteiensystem Frankreichs erreichte nur einen relativ geringen Aggregationsgrad der Interessen und führte selten zu stabilen parlamentarischen Mehrheiten. Das eröffnete schlagkräftigen kleinen Gruppen immer wieder die Chance, politische Entscheidungen im von Honoratioren geprägten Parlament als Zünglein an der Waage zu beeinflussen (vgl. ähnlich auch Glaser 1970: 127-129). Lediglich in Zeiten größerer politischer Einheit im Kontext von Kriegen oder in Phasen einer relativen Verselbständigung der Exekutiven gelang es, Reformen gegen den Widerstand der Ärzte zu realisieren. Eine grundlegende Neuordnung des ambulanten Sektors kam daher erst nach der Stärkung der Exekutivgewalt im neuen Verfassungssystem der Fünften Republik unter de Gaulle zustande.

Die mit dem Gedanken nationaler Staatsbürgerschaft schwerlich zu vereinbarenden regionalen Disparitäten der Kostenerstattung waren den auf nationale Integration bedachten zentralstaatlichen Eliten stets ein Dorn im Auge. Unter massivem Druck der Bürokratie mit Androhung weitergehender staatlicher Regulierung wurden im ambulanten Sektor zwischen 1958 und 1971 allmählich für alle Versicherten gleichermaßen geltende nationale Kollektivverträge zwischen Ärzten und Kassen durchgesetzt. Auf der Grundlage im Algerienkrieg eingeführter Notverordnungsrechte dekretierte die Regierung 1958 zunächst Maximalsätze der Arzthonorare, die in Tarifverhandlungen auf Departement-Ebene nicht überboten werden durften, und erließ eine Standard-Gebührenordnung (*convention-type*), die den Verhandlungen auf departementaler Ebene als Muster diente (Immergut 1987: 202, 218). Die traditionell starke Stellung der CSMF (*Confédération des Syndicats Médicaux Français*) geriet dann erstmals 1960 ins Wanken, als die Regierung per Dekret niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit eröffnete, sich *individuell* einer Musterkonvention mit den Kassen anzuschließen, falls der lokale Arztverband sich weigern sollte, einen Kollektivvertrag mit den Kassen zu vereinbaren (Godt 1985: 155). Die Neuregelung war von heftigen Auseinandersetzungen begleitet, in deren Rahmen es zur Spaltung der Ärzteschaft mit einer Neugründung diverser Verbände kam.⁵

5 So formierte sich eine *Union Syndicale pour la Réforme des Décrets du 12 Mai* (USR), die sich später *Union Syndicale des Médecins de France* (USMF) nannte. Daneben gab es die *Association Médicale pour la Recherche et l'Union Syndicale* (AMRUS) und die *Fédération Nationale des Généralistes Français* (FNGMF) (Immergut 1987: 216; vgl. Wilsford 1989).

Als eine neue CSMF-Führung zur Kooperation mit der Regierung übergang und sich zwecks Abwehr weiterreichender Staatseingriffe entschloß, im Jahr 1966/67 erstmals einen Kollektivvertrag auf *nationaler* Ebene mit dem Kassenverband CNAMTS (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*) zu vereinbaren (Godt 1985: 156/157), formierten die stärker auf die Prinzipien der Privatmedizin eingeschworenen Fach- und Großstadtärzte die *Fédération des Médecins de France* (FMF) als Zusammenschluß der im Anschluß an die Reform von 1960 entstandenen Kampfverbände. In der Folgezeit versuchten Regierung und Kassen erfolgreich, die rivalisierenden Verbände gegeneinander auszuspielen. So wurde der neue Kollektivvertrag von 1971 mit der CSMF gegen den Widerstand der FMF, die Konvention von 1980 dagegen mit der FMF gegen den Widerstand der CSMF ausgehandelt (Godt 1985: 162/163; Godt 1989: 199; vgl. Abschnitt C.1). Als die Allgemeinmediziner sich zur Wahrung ihrer Interessen gegenüber der wachsenden Zahl der mit Einkommensprivilegien ausgestatteten Fachärzte in den achtziger Jahren zur MG-F (*Médecins Généralistes de France*) zusammenschlossen, erfuhr die Verhandlungsmacht der Ärzteschaft eine erneute Schwächung (vgl. Godt 1990: 11).

In jüngster Zeit hat sich das traditionelle Konfliktmuster zwischen Staat und Ärzten insofern verschoben, als die Regierung seit 1979 auf die Ausdehnung eines freien Arztsektors außerhalb der kollektivvertraglich vereinbarten Gebührenordnung bedacht ist. Der unter expliziten Regierungsvorgaben für die Verhandlungsführung der Kassen 1980 neu ausgehandelte Kollektivvertrag schuf eine als "Sektor 2" bezeichnete Kategorie konventionierter Ärzte mit Honorierungsfreiheit oberhalb der ausgehandelten Tarife (Godt 1989: 199). Die Ärzte haben nun die Wahl, sich entweder an die ausgehandelten Tarife zu halten und dafür Steuervergünstigungen sowie die Übernahme ihrer sozialen Sicherheitsbeiträge durch die Kassen zu erhalten (Sektor 1), oder aber Honorierungsfreiheit ohne die genannten Vergünstigungen zu erlangen (Bague 1989: 10; Godt 1990: 13). Der Prozentsatz der im freien zweiten Sektor praktizierenden Ärzte ist rasch von 7% am Anfang auf 32% am Ende der achtziger Jahre gestiegen (Bague 1989: 18; Die Ortskrankenkasse 18/1989: 599). Die Krankenversicherung erstattet den Patienten beider Arztkategorien jeweils 75% der tariflich vereinbarten Honorare.⁶ Das Ziel der Neuregelung war

6 Am Rande sei hier eines der vielen Beispiele dafür vermerkt, wie oft verschiedene Quellen auch bei der Schilderung scheinbar einfachster Details Widersprüche und Fehler

es, für mit der Kostendämpfungspolitik unzufriedene Ärzte ein Ventil zu schaffen, ohne die Finanzen der Sozialversicherung zu belasten. Gleichzeitig vertrauten die Politiker darauf, daß der mit der Expansion der Arztzahlen einhergehende Konkurrenzkampf Honorarsteigerungen im freien Sektor in Grenzen halten würde (Godt 1989: 200; vgl. auch Herzlich 1982, bes. S. 251, sowie unten Abschnitt C.1).

Die Modernisierung des *Krankenhaussektors* war ein ähnlich langwieriger und konfliktreicher Prozeß. Erst ein Gesetz des Jahres 1941 führte zur endgültigen Transformation der Hospitäler von Einrichtungen der Armenpflege zu durch kostendeckende Pflegesätze finanzierten Zentren medizinischer Versorgung für die gesamte Bevölkerung (Maynard 1975: 140; Launois 1989: 79). Eine zentralstaatliche Krankenhausplanung wurde nach dem Krieg mit dem zweiten Fünfjahresplan (1953-58) eingeführt, als beim *Commissariat Général du Plan* eine "*Commission de l'Équipement Sanitaire et Social*" (CESS) eingerichtet wurde (Altenstetter 1980: 317). Zu einer grundlegenden Reform der Krankenhäuser kam es dann nach dem Übergang zur 5. Republik im Jahr 1958 mit der sogenannten *Réforme Debré*. Bis dahin hatten die Kliniken nur mit Belegärzten gearbeitet, die lediglich stundenweise im Krankenhaus praktizierten. Das Gesetz von 1958 schuf nun erstmals Vollzeitstellen für angestellte Ärzte in öffentlichen Krankenhäusern. Um der Reform genügend Rückhalt zu sichern, wurde den Chefärzten das Recht auf Privatliquidation eingeräumt. Gleichzeitig wurde die Zahl der Stellen erhöht, und den Krankenhausärzten wurden Gehaltserhöhungen sowie verbesserte Forschungsmöglichkeiten gewährt (Lacronique 1982: 272; Sandier/Stephan 1983; Immergut 1987: 199/200).⁷

enthalten. So berichten zwei Quellen übereinstimmend, aber dennoch inkorrekt, der von den Kassen getragene Satz liege bei 70% (Godt 1985: 163; Die Ortskrankenkasse 18/1989: 599). Die korrekte Angabe findet sich u.a. in Schneider u.a. (1989: 179) und Kessler (1989: 57).

- 7 Diese Reformen hingen offenbar eng mit der nach dem Krieg erfolgten Ausdehnung der Sozialversicherung auf die höheren Einkommensschichten zusammen. Wollte man ausschließen, daß sie sich auf Kosten der Krankenkassen in teuren Privatkliniken behandeln ließen, so mußte man den Dienst im öffentlichen Krankenhaus auch für arrivierte Ärzte hinreichend attraktiv machen, um zu verhindern, daß sie die Klientel aus den gehobenen Schichten in ihre Privatkliniken abwarben. Interessant ist daran, daß das Krankenhaus - ähnlich wie die Sozialversicherung, aber umgekehrt wie das Wahlrecht - von unten nach oben durch die Sozialstruktur wanderte. Von daher scheint es sinnvoll, zwischen im Schichtungssystem von oben nach unten und von unten nach oben verlaufenden Inklusionsprozessen zu unterscheiden. Spekulieren ließe sich, daß im ersten Fall Charisma, im zweiten Fall Stigma generalisiert wird. So ließe sich zumindest das häufig

Das Gesetz machte alle Krankenhausneubauten und -erweiterungsvorhaben antrags- und genehmigungspflichtig. Die Genehmigung erteilte der Gesundheitsminister auf der Grundlage von Gutachten diverser Koordinierungsausschüsse, die als Beratungsorgane auf departementaler, regionaler und nationaler Ebene eingerichtet wurden. An der Spitze dieser Begutachtungsgremien stand die "*Commission Nationale de Coordination*", die jeden einzelnen Antrag einer Prüfung unterzog und zwischen 1958 und 1970 die Hälfte aller Anträge ablehnte (Stevens 1982: 60, 280). Zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor kam es aber nach wie vor zu keiner Koordination. Es gab weder einen nationalen Bedarfsplan noch regionale Vergleichsdaten. So konnte z.B. nicht verhindert werden, daß Privatkliniken vorzugsweise im Einzugsbereich öffentlicher Krankenhäuser errichtet wurden.

Das *Krankenhausreformgesetz von 1970 (Loi hospitalière)* führte dann eine nationale Krankenhausbedarfsplanung ein und leitete eine enge Verzahnung zwischen öffentlichem und privatem Sektor in die Wege. Sämtliche Investitionen bedürfen seither der staatlichen Autorisierung (Lacronique 1982: 275; Rodwin 1982: 303, 310). Zur Steuerung der künftigen Entwicklung wurde für ganz Frankreich ein Gesundheitsatlas ("*carte sanitaire*") entwickelt, der die Verteilung und Inanspruchnahme stationärer Versorgungseinrichtungen nach Gebieten und Regionen aufzeigt, um so die Identifizierung von Bedarfsmustern zu ermöglichen. Am integrierten "*Service Public Hospitalier*" (SPH) wurden nun sowohl öffentliche wie anschlusswillige private Kliniken beteiligt, wobei im Tausch gegen die Inkaufnahme staatlicher Regulierungsmaßnahmen Zuschüsse und/oder lokale Kompetenzmonopole gewährt wurden.

Zu einer Umkehr der lange Zeit ganz auf Modernisierung und Ausbau der Kapazitäten fixierten Krankenhauspolitik kam es mit dem Gesetz vom 29.12.1979, das dem Gesundheitsminister zusätzliche Steuerungsinstrumente verschaffte. So wurde die Kompetenz zur Stilllegung von Betten in öffentlichen Krankenhäusern vom Verwaltungsrat der Kliniken auf den Minister verlagert (Launois 1989: 85; Rodwin 1982: 313). Seither steht auch die französische Gesundheitspolitik im Zeichen von Kostendämpfungsmaßnahmen, die sich vorwiegend auf den Krankenhaussektor konzentrieren, weil er über die Hälfte der Gesundheitsausgaben beansprucht und bis in die jüngste Zeit hinein die rasantesten Kosten-

beobachtete autoritäre Gebaren von Krankenhausärzten interpretieren (zum Gedanken der Generalisierung von Charisma durch die Ausdehnung des Wahlrechts vgl. Shils 1975).

steigerungen zu verzeichnen hat (Schneider u.a. 1989: 185, Die Ortskrankenkasse 15/1990: 483).

Bei den in den achtziger Jahren durchgeführten **Krankenhausreformen** ist zwischen Neuordnungen auf der Makroebene und solchen auf der Mikroebene zu unterscheiden. Auf der Makroebene ging es um die Veränderung der Finanzierungsstruktur und um den Aufbau eines die Kontrolle der Verwaltung erleichternden Rechnungswesens, auf der Mikroebene um die interne Reorganisation der Kliniken im Interesse einer Brechung der Macht der sich Kostendämpfungsbemühungen erfolgreich entziehenden Chefärzte. Auf der erstgenannten Ebene machte ein Runderlaß vom 27.5.1980 die Genehmigung neuer Krankenhausinvestitionen vom Ausweis der daraus erwachsenden Betriebskosten abhängig. Die Finanzierungspraxis wurde durch ein Gesetz vom 19.1.1983 geändert, das prospektive Budgets anstelle der bis dahin üblichen retrospektiven Pflegesätze einführt. Die Neuregelung wurde ab 1984 erprobt und im Jahr 1985 auf alle öffentlichen Krankenhäuser ausgedehnt (Abel-Smith 1985: 61, Godt 1990: 23). Im Rahmen der Reform wurde auch ein neues Rechnungswesen aufgebaut, das es den Krankenhausverwaltungen und ihren Kontrolleuren ermöglichen soll, die Kosten einzelner Aufgabenbereiche und spezifischer Behandlungsformen vergleichend einzuschätzen (Godt 1990: 29).

Auf der Mikroebene versuchte die sozialistische Regierung, die als zentrales Hindernis erfolgreicher Kostendämpfung wahrgenommene Macht der Chefärzte durch eine Neuordnung der internen Organisation der Krankenhäuser zu brechen. Diese Aufgabe wurde in zwei Schritten angegangen. Zunächst sollte das den Chefärzten im Zuge der Reform von 1958 zugestandene Recht auf Privatliquidation in öffentlichen Kliniken eingeschränkt werden, dann sollten die um Chefärzte strukturierten Stationsdienste neu als Fachbereiche organisiert werden. Der erste Schritt wurde 1982 unter der neuen Linksregierung vom kommunistischen Gesundheitsminister Ralite in Angriff genommen. Ralite verabschiedete 1982 ein Dekret zur Auflösung von Privatbetten und kündigte die Abschaffung privater Konsultationen bis Ende 1986 an (Godt 1990: 20). Daraufhin kam es zu massivem Widerstand seitens der Ärzte mit zahlreichen Streikaktionen (Wilsford 1989: 150). Die 1986 gewählte konservative Regierung machte die Reform dann weitgehend rückgängig. Das unter der neuen Gesundheitsministerin Barzach erlassene Krankenhausgesetz von 1987 führte aber eine strikere Überwachung der Privatpraxis in öffentlichen Krankenhäusern durch Kontrollkommissionen ein und machte das

Recht zur Privatliquidation überdies von zwischen Chefarzt und Krankenhausverwaltungen ausgehandelten Verträgen abhängig, die der Genehmigung durch den Gesundheitsminister bedürfen (Godt 1990: 21/22).

Die interne Neuorganisation der öffentlichen Kliniken war 1983 durch eine Kommission im Auftrag des sozialistischen Premierministers in die Wege geleitet worden. Analog zur Reform der Universitäten, wo das Lehrstuhlprinzip der Fachbereichstruktur wich, sollten die Krankenhausstationen nicht mehr als "services" um einzelne Chefarzte organisiert, sondern in "départements" mit demokratisch gewählter Führung unter Beteiligung des paramedizinischen Personals gegliedert werden (Godt 1989: 201/202). Ein Gesetz mit entsprechenden Ausführungsverordnungen wurde 1984 erlassen, aber die Krankenhausärzte boykottierten die Implementation und weigerten sich, an der Wahl von Fachbereichskommissionen teilzunehmen, so daß die Reform bis zum Antritt der konservativen Regierung nur in drei Krankenhäusern realisiert wurde (Wilsford 1989: 150; Godt 1990: 24). Das von den Konservativen verabschiedete Krankenhausgesetz von 1987 führte dann die "services" unter der Leitung vom Gesundheitsminister ernannter Chefarzte wieder ein. Die Berufung wurde nun allerdings auf erneuerbare Fünfjahresverträge begrenzt, und die Krankenhausdirektoren erhielten erweiterte Kontrollkompetenzen. Darüber hinaus wurde die Möglichkeit geschaffen, die Fachbereichstruktur auf freiwilliger Basis einzuführen (Godt 1990: 24/25). Nach dem Wahlsieg der Sozialisten 1988 kündigte der neue Gesundheitsminister Evin 1990 eine Novellierung des Krankenhausgesetzes an, welche die Kliniken stärker an Zielvorgaben und Richtlinien binden, den Krankenhausverwaltungen aber gleichzeitig mehr Flexibilität bezüglich der Wege und Mittel zur Erfüllung der Ziele gewähren sollte. Bis zum Frühjahr 1991 ist es zu einer Verabschiedung dieses Gesetzes aber noch nicht gekommen.

Neben Ärzten und Krankenhäusern haben wechselnde Regierungen auch seit langem versucht, die *Krankenkassen* stärker in ein System etatistisch-korporatistischer Konzertierung der Gesundheitspolitik einzubinden. Die Reform der sozialen Sicherung nach dem Zweiten Weltkrieg hatte die Kassen als staatsunabhängige Körperschaften privaten Rechts geschaffen, die gemeinsam von Arbeitgebern und Gewerkschaften verwaltet wurden. In den von der Nationalkasse FNOSS (*Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale*) koordinierten Verwaltungsgremien der diversen sozialen Sicherungszweige kontrollierten die Arbeitnehmer drei Viertel, die Arbeitgeber ein Viertel der Sitze (Saint-Jours 1981: 239;

Godt 1985: 156). In den in direkter Wahl bestellten Selbstverwaltungsgremien erlangten die Linksgewerkschaften bald dominierenden Einfluß. Mit der Reform von 1967 (sog. *Jeanneney Ordonnance*) wurde die FNOSS dann aufgelöst und durch risikospezifisch organisierte Sozialversicherungszweige ersetzt. Dabei trat die CNAMTS (*Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*) als nationaler Krankenkassenverband an die Spitze des allgemeinen Krankenversicherungssystems. Im Bestreben, die Macht der Linksgewerkschaften zu brechen, wurden die Verwaltungsgremien nun *paritätisch* mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern besetzt, und die Repräsentanten beider Seiten wurden nicht mehr gewählt, sondern ernannt. Angesichts der Zersplitterung der Arbeitnehmerseite in rivalisierende Gewerkschaften gewannen die Arbeitgeber in den Kassenverwaltungen bestimmendes Gewicht, und die Politik der Kassen wurde in der Folgezeit von einer Koalition zwischen dem CNPF (*Conseil National du Patronat Français*) und der moderaten Gewerkschaft FO (*Force Ouvrière*) getragen (Godt 1985: 156).

Diese pragmatische, gelegentlich zwischen Kostendämpfungs- und Versorgungsinteressen der Versicherten oszillierende Koalition innerhalb der Kassen baute mit der Zeit in den Verhandlungen mit der Ärzteschaft über die Gebühren und Vertragsbedingungen im ambulanten Sektor ein stabiles Beziehungsnetz zu den Arztverbänden auf. Als die CNAMTS sich Reformbestrebungen der Linksregierung zur Schwächung der Privatmedizin und zum Aufbau kommunaler Ambulatorien widersetzte, versuchte die Regierung, das etablierte Beziehungsgeflecht durch eine Neuordnung der Kassenstrukturen aufzubrechen. Die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsgremien durch Delegation wurde 1982 erneut zugunsten eines Direktwahlsystems mit Sitzmehrheit für die Arbeitnehmerseite aufgegeben. Die sozialistische Regierung erhoffte sich davon eine entscheidende Stärkung der Linksgewerkschaften CGT und CFDT in der Krankenversicherung, sah sich aber durch die eine solide Mehrheit für die moderaten Gewerkschaften (FO, CFTC und CGC) erbringenden Sozialwahlen von 1983 enttäuscht. Die Politik der Kassen wurde weiterhin von der dominanten Interessenkoalition zwischen CNPF und FO bestimmt (Godt 1985: 165/166; Godt 1989: 202).

Betrachtet man die in jüngster Zeit ganz im Zeichen der Kostendämpfung stehenden staatlichen Reformbestrebungen der Nachkriegszeit in Perspektive, so läßt sich seit der Fünften Republik ein Bemühen der Regierung erkennen, Steuerungspotentiale durch Strukturreformen aufzubauen, welche die Verteilung der Entscheidungskompetenzen zwischen

Regierung, Kassen, niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern verändern und ein System korporatistischer Konzertierung unter der Ägide der Zentralregierung errichten. Die Macht der die niedergelassenen Ärzte repräsentierenden Arztverbände wurde schrittweise durch die geschilderte Neuordnung des Tarifvertragswesens geschwächt. Im Anschluß daran wurde die Autonomie der Krankenhäuser und Chefärzte zugunsten größerer Staats- und Kassenkontrolle eingeengt, während die Kassen durch die Neuordnung ihrer Verwaltungsstruktur enger an staatliche Vorgaben und staatliche Überwachung gebunden wurden.

In historischer Perspektive lassen sich seit der Errichtung der Krankenversicherung **drei grobe Phasen** unterscheiden, die sich schlagwortartig mit den Begriffen **Eigendynamik**, **gesteuerte Expansion** und **Konsolidierungsbemühen** charakterisieren lassen. Bis zu den Reformen der Fünften Republik in den sechziger Jahren vollzog sich die Entwicklung des Gesundheitswesens weitgehend frei von staatlichen Interventionsversuchen. Weder gab es eine nationale Gesundheitspolitik, noch übernahmen Verbände Steuerungsfunktionen in größerem Maßstab. Das Leistungsgeschehen wurde entsprechend den Prinzipien der "*médecine libérale*" und der "*entente directe*" vorwiegend vom direkten Verhältnis zwischen Arzt und Patient bestimmt.

Das Ziel der unter de Gaulle einsetzenden **zweiten Phase** war es dann, durch institutionelle Reformen Chancen zur Steuerung des Gesundheitswesens zu eröffnen. Damit wurde der Übergang von liberalen zu korporatistischen Beziehungsmustern mit verstärkten Staats- und Verbandskontrollen in die Wege geleitet. In den Kassen wurde die traditionelle Selbstverwaltung mit gewählten Verwaltungsräten, die zu 3/4 die Versicherten, zu 1/4 die Arbeitgeber repräsentierten und in freier Wahl den Geschäftsführer bestimmten, zugunsten einer Stärkung des Staats-, Arbeitgeber- und Verbandseinflusses abgeschafft. An die Stelle der Sozialwahlen trat die Delegation der Verwaltungsräte durch die Verbände, die Dominanz der Versichertenvertreter wich der paritätischen Repräsentation. Die bislang gewählten Geschäftsführer (Direktoren) der Kassen wurden nunmehr auf Vorschlag der repräsentativsten Gewerkschaft vom Sozialminister auf 4 Jahre ernannt. Gleichzeitig wurden die Kompetenzen der Ortskassen geschwächt, die Kontrollbefugnisse der dem Ministerium verantwortlichen Regionaldirektoren der *Sécurité sociale* erhöht (Saint-Jours 1981: 239, 247/248; Immergut 1987: 208/209, 218/219).

Zur Kontrolle des Leistungsgeschehens im ambulanten Sektor wurde der Einfluß der Verbandsebene durch die 1971 beschlossene Einführung

professioneller Selbstkontrolle mit Hilfe statistischer Leistungsprofile erheblich ausgebaut (Bague 1989: 8; vgl. unten Abschnitt C.1). Im Krankenhaussektor wurde mit der *Loi hospitalière* von 1970 die staatliche Kontrolle und Bedarfsplanung verstärkt, während der Arzneimittelsektor durch ein neues Arzneimittelrecht des Jahres 1959 sowie Folgegesetze der Jahre 1967 und 1972 stärkerer staatlicher Kontrolle unterworfen wurde (vgl. unten Abschnitt C.4). Die Zeit von 1958 bis zu den frühen siebziger Jahren markiert damit eine Phase institutioneller Reformen im Zeichen einer zunehmenden Regulierung des französischen Gesundheitswesens.

Inhaltlich stand die Gesundheitspolitik bis 1975 vorwiegend im Zeichen der **Modernisierung** der Versorgungsstrukturen und des Ausbaus der Kapazitäten. Der Mitgliederkreis der Krankenversicherung sollte ausgedehnt, die Ausstattung der Krankenhäuser verbessert, die Zahl der Stellen im Gesundheitswesen erhöht werden (Lacronique 1982: 268). Legislatisches Kernstück dieser Phase war die Serie von Dekreten und *Ordonnances* zur Reform des Krankenhauswesens und der Mediziner Ausbildung im Rahmen der *Réforme Debré* von 1958, in deren Folge die Zahl der Ärzte und Krankenhausbetten rasch expandierte (vgl. Immergut 1987: 197-202).

Kostendämpfungsgesichtspunkte kamen dann im Kontext eines rasanten Anstiegs der Beitragssätze und dennoch wiederkehrender Defizite der Krankenversicherung seit Beginn der siebziger Jahre erstmals im 7. Fünfjahresplan für 1976 bis 1980 zur Geltung (vgl. Majnoni 1987: 18; Lacronique 1982: 270). Erstes sichtbares Zeichen eines Kurswechsels war die 1975 eingeleitete Begrenzung der Zulassungszahlen zum Medizinstudium. 1977 folgten weitere **Konsolidierungsmaßnahmen**. In der Krankenversicherung wurde die Selbstbeteiligungsquote für Arzneimittel erhöht. Der sog. "*Plan Barrot*" von 1979 sah Kontrollen zur Dämpfung der Wachstumsdynamik des ambulanten und stationären Bereichs vor. Zu den Neuerungen zählten u.a. die volle Implementation der schon 1971 vorbereiteten Selbstkontrolle zur Überwachung des Verschreibungsverhaltens der Ärzte (sog. "TSAP", 1980), die erwähnte Ermächtigung der Regierung zum Abbau von Überkapazitäten im Krankenhausbereich sowie der Übergang von Pflegesätzen zu prospektiven Budgets im Bereich der Krankenhausfinanzierung.

Auch der Wahlsieg der Sozialisten von 1981 unterbrach die Politik der Kostendämpfung nur kurzfristig. Der kommunistische Gesundheitsminister Jack Ralite versuchte zwar, den Krankenversicherungsschutz für

bestimmte Marginalgruppen wie etwa Langzeitarbeitslose zu verbessern und auch den Ausbau der Präventivmedizin voranzutreiben (Kessler 1989: 49, Rodwin 1982: 315), aber seit Mitte 1982 verfolgte die Linksregierung unter dem neuen, einem geeinten Sozial- und Gesundheitsministerium vorstehenden Minister Bérégovoy eine Austeritätspolitik, in deren Rahmen versucht wurde, die Kosten der Krankenversicherung zu senken und ihre Einnahmen zu erhöhen. Im Bestreben, die Defizite der Krankenversicherung auszugleichen und die Kostenentwicklung zu dämpfen, schreckte die Regierung weder vor den oben geschilderten Regulierungsversuchen der Anbieterseite insbesondere im Krankenhaussektor, noch vor einer Erhöhung der Selbstbeteiligungsquoten für die Versicherten zurück. So wurde z.B. 1983 eine Kostenbeteiligung bei Krankenhausaufenthalten eingeführt (Kessler 1989: 57; Abel-Smith 1984: 50-55; Lacronique 1982: 285-287). Die Einnahmen der Krankenversicherung wurden dadurch aufgestockt, daß ein Einkommensteuerzuschlag von 1% für die Sozialversicherung erhoben wurde (Godt 1990: 17), zusätzliche Sonderabgaben in Form von Verbrauchssteuern auf Alkohol und Kfz-Versicherungsprämien neu eingeführt bzw. erhöht wurden (vgl. unten Abschnitt A.4) sowie zusätzliche Personengruppen wie Rentner und Arbeitslose der Beitragspflicht unterworfen wurden (Kessler 1989: 55; Godt 1990: 17).

Die konservative Regierung setzte diesen Konsolidierungskurs nach ihrem Wahlsieg von 1986 im Kontext steigender Defizite in z.T. noch verschärfter Form fort. Neben Erhöhungen der Beitragssätze und der Wiedereinführung des 1985 vor den Wahlen ausgesetzten Einkommensteuerzuschlags schraubte der neue Sozialminister Séguin die Selbstbeteiligungssätze für die Versicherten weiter in die Höhe. So wurde die Liste schwerer Krankheiten, deren Vorliegen zu einer hundertprozentigen Kostenerstattung der Krankenkasse ohne Selbstbeteiligung führt, 1986 zwar von 25 auf 30 erhöht, aber dafür wurde die für Ausnahmefälle vorgesehene sog. "26. Krankheit", die im Falle langwieriger oder kostspieliger Behandlung zur Befreiung von der Kostenbeteiligung führte, gestrichen (Kessler 1989: 59). Die Zahl der befreiten Personen sank daraufhin um 400.000, und die Kassen berichteten beträchtliche Einsparungen (Godt 1990: 27).

Zur Vorbereitung weiterer Reformen berief Minister Séguin dann eine als "*Comité des Sages*" bezeichnete Expertenkommission, deren Aufgabe es war, eine grundlegende Analyse des Sozialversicherungssystems und Gesundheitswesens zu erarbeiten. Dieses sechsköpfige Gremium organisierte ein großes Anhörungsverfahren, in dem alle Interessengruppen

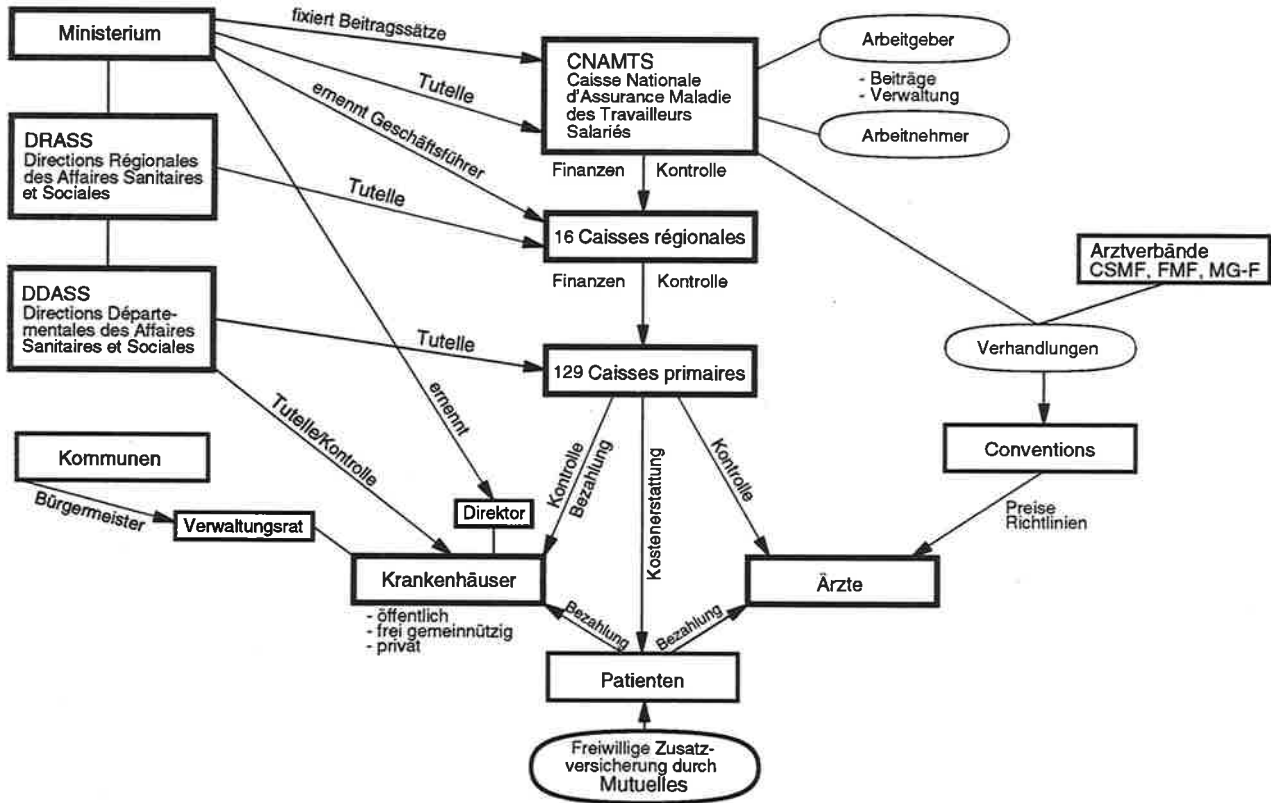
gehört wurden, und das in bewußter Anspielung an die Revolutionsterminologie als "*Etats généraux de la sécurité sociale*" bezeichnet wurde. Im Jahr 1987 legte die Kommission dann ihren Bericht vor. Das publikumswirksam inszenierte "*brainstorming*" hatte nicht nur das Ziel, der Regierung den Rat erfahrener Experten zu sichern, sondern sollte gegenüber den etablierten Interessengruppen auch ihre Entschlossenheit demonstrieren, größere Strukturreformen in die Wege zu leiten, falls die Kostenkontrolle im Rahmen der etablierten Strukturen nicht gelingen sollte. Der Wahlsieg der Sozialisten im Jahr 1988 setzte der Amtszeit Séguins zwar ein Ende, änderte aber nichts am Bestreben der Regierung, die nach einem vorübergehenden Absinken im Zeitraum 1987/88 wieder rasch anwachsenden Defizite der Krankenversicherung durch eine striktere Regulierung in den Griff zu bekommen. Der Kampf um eine erfolgreiche Kostenkontrolle ermöglichende Strukturreformen kann somit als der Kern der französischen Gesundheitspolitik in jüngster Zeit gelten.

3. Die aktuelle Organisationsstruktur im Überblick

Das französische Gesundheitswesen ist ähnlich wie das deutsche als ein System komplexer ***Vielfachsteuerung*** zu begreifen, in dem die entscheidenden Parameter der Entwicklung von verschiedenen und voneinander weitgehend unabhängigen Akteuren kontrolliert werden (vgl. Godt 1990, de Pourvoirville 1983). Herausragenden Einfluß nehmen der ***Zentralstaat***, die ***Krankenkassen*** sowie die ***Ärztenschaft*** als Kerngruppe der Anbieter von Gesundheitsleistungen. Französische Autoren sprechen deshalb gerne von einem "*ménage à trois*" (vgl. Godt 1990: 12). Zu berücksichtigen sind allerdings auch die ***Krankenhäuser***, die inzwischen über die Hälfte der Gesundheitsausgaben verursachen, und die ***mutuelles***, die häufig den Selbstbehalt der Versicherten finanzieren. Das Grundmuster der Beziehungen zwischen diesen Akteuren wird in Abbildung 3.1 dargestellt.

Die ***Zentralregierung*** verfügt im trotz der Dezentralisierungsreform von 1982 noch immer vergleichsweise zentralistischen französischen Regierungssystem über sehr viel stärkere Kompetenzen als die deutsche Bundesregierung, denn sie hat sowohl gegenüber den Krankenkassen wie gegenüber Ärzten und Krankenhäusern größere Regulierungsmöglichkeiten. So ist die Regierung für die Deckung von Defiziten der Kranken-

Abbildung 3.1 Die Grundstruktur des französischen Gesundheitswesens



versicherung zuständig und setzt die Beitragssätze der Kassen fest. Folgerichtig übt sie auch die Finanz- und Verwaltungsaufsicht über die Kassen ("tutelle") aus und ist über personelle Netzwerke eng mit den vom Gesundheitsminister ernannten Kassengeschäftsführern verbunden. Die Verflechtung zwischen Regierung und Krankenkassen setzt sich auch auf den unteren Ebenen fort, denn auf regionaler und departementaler Ebene bestehen mit den 22 *Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales* (DRASS) bzw. den 95 *Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales* (DDASS) als Außenstellen des Ministeriums fungierende Verwaltungseinheiten unter zentralstaatlicher Aufsicht (Ceccaldi 1989: 164-172). Sie beaufsichtigen ihrerseits neben den Krankenhäusern auch die Kassen ihrer Ebene. Damit besteht zwischen Staat und Krankenkassen eine wesentlich engere Verflechtung als in Deutschland. Das Interesse der Regierung ist vor allem im Kontext der Defizitneigung der jüngsten Zeit darauf gerichtet, die Finanzlage der Kassen ausgeglichen zu halten, gleichzeitig aber Beitragssatzsteigerungen, welche die Lohnkosten der Unternehmen erhöhen und Steuerwiderstand wecken, wo immer möglich zu vermeiden. Damit wird das Gesundheitsministerium unabhängig von seiner parteipolitischen Besetzung fast zwangsweise in die Richtung zunehmender Regulierung getrieben.

Zur Steuerung der *Angebotsseite* stehen der Regierung diverse Instrumente zur Verfügung. Zunächst kontrolliert die im Gesundheitsministerium angesiedelte *Direction Générale de la Santé* in Zusammenarbeit mit dem Bildungsministerium die Zahl der Medizinstudenten (Pouvoirville 1983). Überdies fungiert das Gesundheitsministerium auch als Zulassungsinstanz für die Lizenzierung der Ärzte (Godt 1990: 12). Auf die Arzteinkommen hat die Regierung insofern Einfluß, als die von Kassen und Arztverbänden auf nationaler Ebene ausgehandelten Gebührensätze staatlicher Genehmigungspflicht unterliegen. Im *Krankenhaussektor* besitzt das Gesundheitsministerium die Bedarfsplanungskompetenz. Außerdem erläßt es Richtlinien für die jährliche Steigerungsrate der prospektiven Budgets öffentlicher Kliniken sowie für die Krankenhausinvestitionen. Die Budgets der einzelnen Krankenhäuser werden - sofern es sich nicht um private Kliniken handelt - vom als Außenstelle der Zentralregierung fungierenden Präfekten des Departements festgesetzt. Die Gehälter des nicht-ärztlichen Klinikpersonals bestimmt der Gesundheitsminister per Dekret (Godt 1990: 10). Das Ministerium ernennt auch die Chefärzte der Kliniken sowie die an der Spitze der Krankenhausverwaltungen stehenden Direktoren. Deren Geschäftsführung wird allerdings von unabhängigen Verwal-

tungsräten unter Vorsitz der kommunalen Bürgermeister kontrolliert, in denen auch die Ärzte repräsentiert sind. In dem in der Abbildung nicht erfaßten Pharmasektor übt die Regierung insofern unmittelbaren Einfluß auf die Angebotsseite aus, als sie die Preise der Arzneimittel reguliert.

Die **Kassen** haben auf die Angebotsseite geringeren unmittelbaren Einfluß als im durch gemeinsame Selbstverwaltungsgremien gekennzeichneten deutschen System. Im ambulanten Sektor verhandeln sie zwar ähnlich wie in Deutschland mit den Ärzten über Rahmenverträge (*conventions*) und Gebühren, aber dennoch bestehen zwei wichtige Unterschiede. Zum einen handeln die Kassen mit den Ärzteverbänden nur den Preis der Einzelleistungen, nicht aber Gesamtvergütungssummen aus, so daß der Expansion der Leistungsmenge kein Riegel vorgeschoben ist. Zum anderen fungieren die Kassen in den auf nationaler Ebene angesiedelten Verhandlungen in geringerer Unabhängigkeit von staatlichen Direktiven. So ging die CNAMTS 1980 mit expliziten Instruktionen der Regierung in die Vertragsverhandlungen, die das neue System der Arzthonorierung mit zwei getrennten Honorarsektoren hervorbrachten (Godt 1989: 199; vgl. erläuternd Abschnitt C.1). Im Krankenhauswesen spielten die Kassen lange Zeit keine nennenswerte Rolle. Zwar überweisen sie den öffentlichen Krankenhäusern ihre Budgetmittel, aber an der Festsetzung der vom Präfekten auf Vorschlag der DDASS dekretierten Krankenhausbudgets sind sie lediglich in konsultativer Form beteiligt (vgl. unten Abschnitt C.3). Allerdings wirkten die Kassen seit 1984 beratend an der Erarbeitung neuer Krankenhaus-Budgetierungsverfahren durch die Gesundheitsbehörden mit und erlangten das Recht, die klinische Praxis in den Hospitälern zu kontrollieren (Catrice-Lorey 1987; vgl. Abschnitt C.3). Überdies erarbeiten sie neuerdings statistische Analysen der Krankenhausausgaben. Am Ende der sechziger Jahre begann die CNAMTS auch, Krankenhausinvestitionen durch die Vergabe zinsfreier Kredite zu subventionieren und damit Einfluß auf die Bedarfsplanung zu nehmen (Godt 1990: 14). Die Subventionierungspraxis wurde 1983 von der Regierung zwar unterbunden, 1986 aber wieder ermöglicht.

Die **niedergelassenen Ärzte** praktizieren, soweit sie nicht dem freien Sektor 2 angehören, gemäß den in Verhandlungen mit der CNAMTS national vereinbarten Rahmenbedingungen (*conventions*) sowie nach Maßgabe ebenfalls auf nationaler Ebene ausgehandelter Tarife, auf die die Regierung über ihre Verbindung zu den Kassen immer stärkeren Einfluß nimmt. Durch die Verlagerung der Tarifverhandlungen auf die nationale Ebene ab 1971 sahen sich die Ärzte plötzlich einem wesentlich stärkeren

Verhandlungspartner gegenüber, denn sie hatten es fortan nicht mehr mit den vergleichsweise konzessionsbereiten lokalen Kassen, sondern mit dem nationalen Versicherungsträger CNAMTS zu tun, der wegen seiner Unterstellung unter die Aufsicht des zur Defizitdeckung verpflichteten Ministeriums in stärkerem Maße auf Kostenkontrollinteressen verpflichtet ist. Die Tatsache, daß die Ärzteschaft im gesundheitspolitischen Prozeß seither durch rivalisierende Verbände repräsentiert wird, eröffnet der auf Kostendämpfung und Regulierung bedachten Achse von Regierung und Nationalkasse immer wieder die Chance, die rivalisierenden Verbände gegeneinander auszuspielen und nationale Tarifvereinbarungen mal in Zusammenarbeit mit dem einen, mal mit dem anderen Verband abzuschließen.

Zu den Grundlagen der Organisationsstruktur sind auch die unter dem Namen "*mutuelles*" firmierenden freiwilligen Zusatzversicherungen zu zählen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gedeckte Risiken abdecken bzw. die dort vorgesehene Kostenbeteiligung übernehmen.⁸ Etwa die Hälfte der Versicherten verfügt über eine derartige Zusatzversicherung bei freiwilligen Hilfsvereinen (Kessler 1989: 52). Die über individuelle Beiträge mit Wahlтарifen finanzierten *mutuelles* versichern primär den zu den Stammebelegschaften gehörenden Kern der Arbeitnehmerschaft. Häufig wird die Zusatzversicherung für Arbeitnehmer auch kollektiv im Rahmen von Tarifverträgen abgeschlossen. Schlechte Risiken wie Kranke oder Alte finden hingegen keinen Zugang. Deshalb treffen sozialpolitische Sparmaßnahmen mit Erhöhungen der privaten Kostenbeteiligung primär die außerhalb der *mutuelles* bleibenden Randbelegschaften sowie besonders krankheitsgefährdeten Risikogruppen. Insofern kann von einer segmentierenden Wirkung der jüngsten Sparmaßnahmen gesprochen werden. Da die *mutuelles* durch die Deckung der Selbstbeteiligung die von der Regierung angestrebte Dämpfung der Inanspruchnahme medizinischer Dienste unterlaufen, stehen sie den staatlichen Kostenkontrollbemühungen im Wege. Ein 1980 gestarteter Versuch der

8 In der jüngsten Vergangenheit sind die *mutuelles* in zunehmendem Maße dazu übergegangen, mit den Verbänden der Leistungsanbieter Verträge abzuschließen, die ihre Mitglieder von der Vorleistungspflicht befreien. Insofern gilt für ihre Mitglieder in der Realität häufig das Sachleistungsprinzip. Überdies unterhalten die *mutuelles* auch immer häufiger Praxen und Kliniken in eigener Regie (Kessler 1989: 61). Durch diese Fusion von Anbieter- und Finanziererfunktionen bieten sie Anknüpfungspunkte für die Einführung von HMOs (*health maintenance organizations*), wie sie in Deutschland nicht gegeben sind (vgl. zur Situation in Deutschland Döhler 1988).

Regierung, die Möglichkeit einer kollektiven Absicherung des Selbstbehalts abzuschaffen, scheiterte ebenso wie ein früherer Versuch im Jahr 1967 am Widerstand der in zwei schlagkräftigen Verbänden organisierten Hilfsvereine (vgl. Abschnitt B.4).⁹

Vergleicht man die Organisation des französischen mit der des deutschen Gesundheitswesens, so fällt auf, daß die Verbandsebene auf der Seite der Kassen und der Ärzteschaft sehr viel schwächer ausgebildet ist als in Deutschland. Viele Regulierungskompetenzen, die in Deutschland der gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen sind, übernimmt in Frankreich der Zentralstaat, so daß die französischen Kassen neben geringerer Autonomie gegenüber zentralstaatlichen Vorgaben auch weniger Kompetenzen besitzen. In erster Linie fungieren sie als Verteiler von Finanzströmen, deren Höhe und Verwendung sie nicht kontrollieren können. Die französischen Arztverbände sind zum einen zersplitterter als in Deutschland, zum anderen verstehen sie sich in stärkerem Maße als Interessenrepräsentant nach außen denn als Kontrollorgan nach innen. Ein Äquivalent zu den beide Funktionen wahrnehmenden Kassenärztlichen Vereinigungen Deutschlands kennt Frankreich ebensowenig wie eine elaborierte Struktur gemeinsamer Selbstverwaltung. Die seitens der Regierung von der Ärzteschaft in jüngster Zeit geforderte Mitarbeit an der Ökonomisierung des Gesundheitswesens im Sinne möglichst effizienter Leistungserbringung traf daher auf eine dafür weder kulturell noch strukturell vorbereitete Organisationslandschaft. Kulturell sind die französischen Arztverbände den Prinzipien liberaler Medizin verpflichtet, strukturell sind sie Kampforganisationen für die Verfechtung von Gruppenegoismen. Wegen der vergleichsweise schwachen intermediären Strukturen sind die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen Frankreichs wesentlich konfliktreicher und auch wertgeladener im Sinne eines wiederholt aufbrechen-

9 1967 hatte die Regierung versucht, ein sog. "*ticket modérateur d'ordre public*" einzuführen, das den Hilfsvereinen verbot, den Selbstbehalt zu übernehmen. Aufgrund massiver Proteste begnügte sich die Regierung dann aber mit einer Plafondierung der Zusatzversicherung auf vier Fünftel des Selbstbeteiligungsbeitrages. Als eine konservative Regierung mit einem Dekret vom 15.1.1980 erneut versuchte, die Selbstbeteiligung durch Verbot der Abdeckung durch *mutualités* obligatorisch zu machen, löste sie wiederum heftige Proteste aus, so daß die sozialistische Regierung das Dekret am 21.10.1981 aufhob (Reich 1988: 122). Seither steht den Hilfsvereinen wieder die volle Abdeckung des Selbstbehalts frei (vgl. auch Igl 1987: 119, Schneider u.a. 1989: 171 sowie Maynard 1975: 132).

den symbolisch überhöhten Prinzipienstreits, in dessen Rahmen Ärztestreiks und Massendemonstrationen keine Seltenheit sind.¹⁰

Die Schwäche intermediärer Verbände, die nicht in der Lage sind, ihre Mitglieder auf die Einhaltung interorganisatorischer Abkommen zu verpflichten, mag einer der Gründe dafür sein, daß die Kostenkontrolle in Frankreich wesentlich weniger erfolgreich ist als in Deutschland. Der kurze Überblick über die historische Entwicklung des französischen Gesundheitswesens und seine grundlegende Organisationsstruktur hat darüber hinaus aber einige spezifischere Hinweise für die Gründe des relativen Mißerfolgs erbracht. Das Kostenerstattungsprinzip mit nominal spürbarer Selbstbeteiligung greift deshalb nicht als Bremsmechanismus der Nachfrageseite, weil die *mutuelles* für einen wesentlichen Teil der Versicherten die Kosten übernehmen und weil überdies die Kassen insbesondere im Krankenhaus- und Arzneimittelsektor zunehmend zu einer Direktzahlung der Leistungsanbieter übergehen (vgl. unten Abschnitt A.6 sowie Abschnitt C). Die Angebotsseite kommt nicht wirksam unter Kontrolle, weil im Verhandlungssystem zur Arztvergütung im ambulanten Sektor der Mengenexpansion kein wirksamer Riegel vorgeschoben wird und weil im stationären Sektor die Machtposition der Chefärzte durch die konservative Verwässerung der 1982 eingeleiteten Reformen der sozialistischen Regierung weitgehend ungeschmälert blieb.¹¹

4. Finanzierung

Die Gesundheitsleistungen Frankreichs werden ähnlich wie die der Bundesrepublik überwiegend aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert. In der Abgrenzung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung decken die Beiträge knapp drei Viertel aller Gesundheitsausgaben. Auf Steuern entfallen 3%, auf Ausgaben der Privathaushalte 7% und auf die Selbstbetei-

10 So kam es 1980 zu einem fast geschlossenen Ärztestreik gegen die neue Konvention für Kassenärzte (Godt 1985: 162), 1982 zu massiven Arztdemonstrationen in Paris gegen die gesundheitspolitischen Reformpläne der Sozialisten (Godt 1989: 202), 1986 während der Amtszeit des kommunistischen Gesundheitsministers Jack Ralite zu einem großen Ärztestreik mit einem Sturm auf das Gesundheitsministerium, wobei Akten und Dokumente vernichtet wurden (Hermann 1986: 114), und 1989/90 zu erneuten Streiks und Demonstrationen im Kampf um den neuen Tarifvertrag (Die Ortskrankenkasse 145/1990: 454; 16/1990: 512).

11 Zu den trotz prospektiver Budgets verbliebenen Aushandlungsspielräumen vgl. unten Abschnitt C.3.

ligung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung 15% (Schneider u.a. 1989: 174). Eine weitere Aufschlüsselung zeigt, daß die *mutuelles* knapp 4% der Gesamtausgaben tragen (Schneider u.a. 1987: 289). Der staatliche Finanzierungsanteil ist nicht nur gering, sondern in jüngster Zeit auch trotz der Erschließung der unten noch genauer zu schildernden neuen Zusatzsteuern rückläufig (Schneider u.a. 1989: 174). Leicht zunehmende Bedeutung erlangt im Rahmen der verschärften Selbstbeteiligungsregeln hingegen die private Finanzierung.

Die **gesetzliche Krankenversicherung** wird durch **Beiträge** der Arbeitgeber und der Versicherten sowie durch die als "*ticket modérateur*" bezeichnete Selbstbeteiligung der Patienten finanziert. Beim internationalen Vergleich der Beitragssätze ist zu beachten, daß im Rahmen der französischen Krankenversicherung auch die Risiken Mutterschaft, Tod (Sterbegeld) und Invalidität abgedeckt werden. Die Beitragssätze erreichen daher trotz der privaten Kostenbeteiligung der Versicherten ein vergleichsweise hohes Niveau (18,5% in 1988; vgl. Tabelle 3.1). Die Arbeitgeber steuern reichlich zwei Drittel, die Arbeitnehmer knapp ein Drittel der Beitragssumme bei. Seit 1970 sind die Beitragssätze um über drei Prozentpunkte gestiegen, wobei die etappenweise Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze exakt quantifizierende Vergleiche über die Zeit erschwert (Majnoni 1987: 18). Die Entwicklung der letzten 10 Jahre dokumentiert Tabelle 3.1.

Die in der Tabelle berichteten Beitragssätze gelten nur für das allgemeine System. Die Sondersysteme unterliegen anderen Finanzierungsregeln mit meist deutlich niedrigeren Beitragssätzen. Die Versicherung der Landwirte wird zu 70% aus allgemeinen Steuern finanziert. Eventuelle Defizite der Sondersysteme werden überdies vom allgemeinen System übernommen (Kessler 1989: 51). Empfänger bestimmter staatlicher Transferleistungen unterliegen seit 1979 der Beitragspflicht zur Krankenversicherung.¹²

Zusätzlich zu den Beiträgen werden zur Finanzierung der Krankenversicherung seit einiger Zeit die bereits erwähnten **Sonderabgaben** erhoben, die den Konsum gesundheitsschädlicher Produkte besteuern sollen. Erstmals wurde dieser Weg 1967 beschritten, als eine Abgabe von zunächst

12 Für Empfänger von Arbeitslosengeld liegt der Beitragssatz bei 1%, für Rentner wegen Erwerbsunfähigkeit bei 5,5% und für Altersrentner bei 1,5% der Grundrente sowie 2,25% einer eventuellen Zusatzrente (Igl 1987: 111/112; Schneider u.a. 1989: 173).

Tabelle 3.1: Die Entwicklung der Beitragssätze

		Total	Arbeitgeber	Arbeitnehmer	Bemessungsgrenze
		% des Bruttoeinkommens			FF
1978	A ^a	13,95	10,95	3,00	48.000
	B	4,00	2,50	1,50	
1979 ^b	A	9,95	8,95	1,00	53.640
	B	8,00	4,50	3,50	
1980	A	(14,45)	8,95	(5,50)	60.120
	B	10,00	4,50	"	
1981 ^c	A	(14,45)	8,95	(5,50)	68.760
	B	10,00	4,50	"	
1982 ^d	A	(10,95)	5,45	(5,50)	79.080
	B	13,50	8,00	"	
1983	A	(10,95)	5,45	(5,50)	88.920
	B	13,50	8,00	"	
1984		18,10	12,60	5,50	--
1985		18,10	12,60	5,50	
1986		18,10	12,60	5,50	
1987 ^e		18,50	12,60	5,90	
1988		18,50	12,60	5,90	

a A: bezogen auf den Teil des Arbeitsentgelts unterhalb der Bemessungsgrenze; B: bezogen auf das gesamte Arbeitsentgelt. Die Beitragsbemessungsgrenze wurde für Arbeitnehmer zum 1.1.1980, für Arbeitgeber zum 1.1.1984 aufgehoben (vgl. Igl 1987: 112; Kessler 1989: Schaubild IV).

b Erhöhung zum 1. August für Arbeitnehmer oberhalb der Bemessungsgrenze auf 4,5%.

c Erhöhungen zum 1. Februar und 14. November.

d Ab 1982 Erhöhungen der Bemessungsgrenze jeweils zum 1.1. und 1.7. eines Jahres.

e Ab 1. Juli.

Quelle: Annuaire Statistique de la France (1988: 157)

6% auf Kfz-Haftpflichtversicherungsprämien eingeführt wurde.¹³ 1983 wurden überdies Abgaben auf alkoholische Getränke (1 FF pro Deziliter) und Tabakwaren (25% des Packungspreises) eingeführt. Darüber hinaus werden die Werbungsausgaben der Pharmaindustrie mit einer Sondersteuer

13 Später wurde diese Sondersteuer auf 12 bzw. - seit 1985 - 15% gesteigert.

von 5% belegt, die der Krankenversicherung zufließt (Igl 1987: 111, Kessler 1989: 55, Schneider u.a. 1989: 174). Die 1983 als temporär eingeführte, 1985 zeitweise ausgesetzte und 1986 wieder eingeführte Sonder-Einkommensteuer zur Deckung der Defizite in der Sozialversicherung in Höhe von 1% wurde 1990 von der Regierung Rocard unter dem Namen "*contribution sociale généralisée*" gesetzlich verankert und zu einem regulären Bestandteil des Steuersystems gemacht (vgl. Die Ortskrankenkasse 4-5/1991: 171).

Trotz wachsender Beitrags- und Steuerbelastung hat die Finanzierung durch die Privathaushalte in jüngster Zeit noch an Bedeutung gewonnen. Das hängt u.a. mit Leistungsausgrenzungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung sowie mit steigenden *Selbstbeteiligungsquoten* zusammen. Einen Überblick über die Höhe der Kostenbeteiligung gibt die Tabelle 3.2. Sie zeigt, daß die Patienten seit 1982 verstärkt zur Finanzierung der Leistungen herangezogen werden. Dazu tragen auch diverse Festbetragsregelungen im Bereich der Heil- und Hilfsmittel bei, wo die Erstattungssätze sich nicht an den tatsächlichen Kosten, sondern an auf dem Verordnungsweg festgelegten Pauschalsummen orientieren. Die auf die Festbeträ-

Tabelle 3.2: Die Entwicklung der Kostenbeteiligung (in %)

	1970	1982	1987
Ärzte/Zahnärzte	25	25	25
medizinisches Hilfspersonal	25	35	35
Arzneimittel (3 Kategorien)			
a) Regelfall	30	30	30
b) besonders schwere Fälle	10	0	0
c) Bagatellmittel	30	60	60
Krankenhaus (leichte Fälle)	20	20	20 ^a
Laboranalysen	20	30	35

^a Der Selbstbeteiligungssatz gilt für Fälle ohne chirurgischen Eingriff; im Falle einer längeren Verweildauer von über 30 Tagen entfällt die Selbstbeteiligung; ab 1.4.1983 private Zuzahlung 20 FF pro Tag, später erhöht auf 25 FF und - ab 1988 - 27 FF. Dieser Betrag wird mit dem *ticket modérateur* verrechnet (und ist im Falle der Befreiung vom *ticket modérateur* vom Patienten voll zu zahlen).

Quellen: Maynard (1975: 130); Sandier/ Stephan (1983: 70); Abel-Smith (1985: 51/52); Igl (1987: 119); Schneider (1989: 171/172); Kessler (1989: Schaubild V).

ge bezogene nominelle Selbstbeteiligungsquote liegt im Heil- und Hilfsmittelbereich in der Regel zwischen 20 und 30% (Schneider u.a. 1989: 171; Kessler 1989: 57).

Die zur Finanzierung der Kostenbeteiligung einspringenden *mutuelles* finanzieren sich aus privaten Beitragszahlungen ihrer Mitglieder. Die Höhe der Beiträge bestimmen die einzelnen Hilfsvereine auf lokaler Ebene. Ihren Mitgliedern bieten sie meist mehrere Wahltarife zur freien Auswahl an. Der Beitragssatz der *mutuelles* ist mittelbar an die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gekoppelt. Je mehr der Selbstbehalt in der gesetzlichen Versicherung in die Höhe geschraubt wird, um so höher steigen die Beiträge der *mutuelles* (vgl. Kessler 1989: 62).

5. Mitgliederkreis

Die 1930 eingeführte gesetzliche Krankenversicherung war zunächst nur für Arbeiter unter einer Einkommensgrenze von 15.000 FF obligatorisch. Noch am Ausgang des Zweiten Weltkriegs unterlag daher nur etwa die Hälfte der französischen Bevölkerung der Versicherungspflicht. Das Ziel der Sozialversicherungsgesetzgebung von 1945 war es, die *Sécurité sociale* auf alle Bürger auszudehnen. Dazu kam es aber nur schrittweise und mit einiger Verzögerung. In der Krankenversicherung erfolgte die Ausdehnung des Mitgliederkreises der Krankenversicherung vor allem in den sechziger Jahren, als zunächst Landwirte (1961), dann auch Selbständige außerhalb der Landwirtschaft (1966) erfaßt wurden (Igl 1978: 40). Ein umfassender Versicherungsschutz für praktisch die gesamte Bevölkerung besteht, seit das Generalisierungsgesetz vom 2. Januar 1978 bis dahin nicht pflichtversicherten Personengruppen den freiwilligen Zutritt zur gesetzlichen Krankenversicherung eröffnete. Personen, die nicht mehr die Voraussetzungen einer obligatorischen Versicherung erfüllen, werden seither automatisch vom Versicherungsträger im Rahmen der sog. "*assurance personnelle*" weiterversichert (Igl 1987: 109/110). Heute gehören daher mehr als 99% der Bevölkerung der gesetzlichen Krankenversicherung an (Schneider u.a. 1989: 168). Die Verteilung der beitragszahlenden Mitglieder auf die diversen gesetzlichen Kassen zeigt die Tabelle 3.3. Neben den aktiv Versicherten genießen auch von ihnen abhängige Familienangehörige den Schutz der Krankenversicherung. Bemerkenswert ist, daß seit dem Gesetz von 1978 mit der versicherten Person in eheähn-

Tabelle 3.3: Die Mitgliederstruktur der verschiedenen Krankenversicherungssysteme

	Tsd.	%
Allgemeines System ^a	14.601	62,1
Angeschlossene Studenten	760	3,2
Öffentlicher Dienst	3.292	14,0
Diverse sonstige Arbeitnehmersysteme bzw. -kategorien	1.921	8,2
Landwirtsch. Arbeitnehmer	629	2,7
Selbständige Landwirte	985	4,2
Diverse sonstige Selbständige	1.306	5,6
Insgesamt	23.494	100,0

a Zählt man zum allgemeinen System neben den Studenten auch die weiteren ihm administrativ angeschlossenen Sondersysteme (*régimes rattachés*) hinzu, so umfaßt es 84% aller aktiv Versicherten.

Quelle: Eigenberechnungen nach *Annuaire statistique de la France* (1988: 160)

lichem Verhältnis zusammenlebende Personen dem Ehepartner gleichgestellt sind.¹⁴

Trotz der fast vollständigen Ausdehnung der gesetzlichen Versicherung hat die *private Versicherung* keineswegs an Bedeutung verloren. Genaue Statistiken liegen zwar nicht vor, aber man schätzt, daß etwa 10 Millionen Franzosen, entsprechend 18% der Bevölkerung, eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben (Schneider u.a. 1989: 168; vgl. Comité européen des assurances 1988). Knapp die Hälfte der gesetzlich Versicherten ist bei einem freiwilligen Hilfsverein auf Gegenseitigkeit (*mutuelle*) zusatzversichert, um die private Zahlung des Selbstbehalts zu vermeiden (Kessler 1989: 52; Schneider u.a. 1989: 168). Berücksichtigt man diese Zusatzversicherungen, so genießen 45% aller Versicherten einen hundertprozentigen Versicherungsschutz ohne Verpflichtung zu privater Kostenbeteiligung (Schneider u.a. 1989: 171).

14 Auch in der Seitenlinie verwandte Personen bis zum 3. Grad (z.B. Tanten) sind mitversichert, falls sie mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt leben und mindestens zwei Kinder unter 14 Jahren betreuen. Kinder sind in der Regel bis zum 16. Lebensjahr mitversichert. Bei Lehrlingen erhöht sich die Altersgrenze auf 18, bei Schülern auf 20 Jahre (Schneider u.a. 1989: 170).

6. Leistungskatalog

Die Versicherung gewährt Sach- und Geldleistungen. Der **Sachleistungskatalog** erstreckt sich auf die ambulante und stationäre Versorgung - auch bei Pflegebedürftigkeit -, auf Zahnbehandlung sowie auf Arznei- und Hilfsmittel, wobei die Versicherten sich allerdings durch die erwähnten Selbstbeteiligungsquoten (*ticket modérateur*) an den Kosten beteiligen müssen. Da im Falle einiger Hilfsmittel wie Brillen und Zahnersatz Festbetragsregelungen gelten, kann der privat bzw. durch Zusatzversicherungen zu tragende Kostenanteil recht hoch sein. Im Unterschied zur deutschen Krankenversicherung bezieht die gesetzliche Versicherung Frankreichs über den Krankheitsfall hinaus auch das Risiko der Invalidität in den Versicherungsschutz ein.¹⁵ Mutterschaft und Tod (Sterbegeld) werden ebenfalls abgedeckt.

Zu den **Geldleistungen** zählen das Krankentagegeld (*indemnité journalière*), das Tagesruhegeld im Fall der Mutterschaft, die Invalidenrente und das Sterbegeld. Das **Krankengeld** wird nach 3 Karenztagen für längstens zwei Jahre gewährt (Kessler 1989: 56). Es ist deutlich niedriger als in der Bundesrepublik und beläuft sich auf 50% des (auf der Basis des sog. Tagesgrunderwerbs ermittelten) anrechnungsfähigen Einkommens. Bei längerer Krankheit von über 30 Tagen erhöht es sich auf 2/3 des Einkommens, falls der Versicherte mehr als zwei Kinder zu versorgen hat. Eine gesetzliche Lohnfortzahlung kennt Frankreich nicht. Allerdings sind die Arbeitgeber auf tarifvertraglicher Basis häufig zur Lohnfortzahlung verpflichtet, und die *mutuelles* bieten ihren Mitgliedern die Übernahme des Verdienstaufschlags in der Zusatzversicherung an (Kessler 1989: 62).

Dauert die Krankheit länger als drei Jahre, so treten die niedrigeren Leistungen der Invalidenversicherung an die Stelle des Krankengeldes.¹⁶ Das Tagesruhegeld der Mutterschaftsversicherung (*assurance maternité*) wird im Zeitraum von sechs Wochen vor der erwarteten Niederkunft und zehn Wochen danach bezahlt. Das Sterbegeld der "*assurance décès*" beläuft sich auf das 90fache des sog. Tagesgrunderwerbs, entspricht also

15 Bei Vollendung des 60. Lebensjahres übernimmt die Rentenversicherung die Zahlung von Invaliditätsrenten (Igl 1987: 123; vgl. auch Maynard 1975: 134).

16 Voraussetzung für die Gewährung der Invalidenrente ist, daß die Erwerbsfähigkeit des Versicherten um mindestens zwei Drittel reduziert sein muß. Invalidenrenten werden längstens bis zum 60. Lebensjahr bezahlt, danach springt die Altersversicherung mit besonderen Pensionsleistungen ein.

in etwa der Auszahlung eines Dreimonatsgehalts an die Hinterbliebenen (vgl. ausführlich zum Leistungskatalog Igl: 1987: 118-124).

Sachleistungen wurden zumindest traditionell überwiegend nach dem Kostenerstattungsprinzip gewährt. Das bedeutete, daß der Versicherte prinzipiell vorleistungspflichtig war. Die Kassen fungierten dabei lediglich als Erstatte der Kosten ("*tiers garant*"). In jüngster Zeit werden dagegen zwischen Kassen und Leistungsanbietern zunehmend Abkommen getroffen, die dem Versicherten die Vorleistung ersparen und die Kassen als Direktzahler auftreten lassen ("*tiers payant*"). Das gilt nicht nur im Krankenhausbereich, sondern auch bei den Arzneimitteln, wo inzwischen die Hälfte der Medikamente nach dem Sachleistungsprinzip verteilt wird (Schneider u.a. 1989: 181, 185; vgl. Abschnitt C.4).

Für die einzelnen Leistungsbereiche gelten unterschiedliche **Kostenerstattungsregeln**, die z.T. in Tabelle 3.2 berichtet wurden. Die Arztkosten werden in der Regel zu 75% von der gesetzlichen Versicherung gedeckt, die Krankenhauskosten zu 80%. Im Arzneimittelbereich sind die erstattungsfähigen Medikamente auf einer Positivliste aufgeführt, und der Erstattungssatz variiert je nach Mittel und Versichertenkategorie zwischen 0 und 100%. Im Regelfall liegt er bei 70%. Bestimmte Personengruppen wie Sozialhilfeberechtigte, Kriegs- und Unfallopfer sowie von spezifischen, besonders schweren Krankheiten Betroffene sind von der Selbstbeteiligung befreit. Für Heil- und Hilfsmittel gilt ebenfalls ein Erstattungssatz von 30%, der sich aber nur auf die niedrigen, interministeriell festgelegten Festbeträge bezieht. Daher hat die Kostenerstattung in diesem Bereich häufig "nur symbolischen Charakter" (Sandier/ Stephan 1982: 68; vgl. auch Schneider u.a. 1989: 182). Auch für den Zahnersatz gibt es Festbetragsregelungen sowie überdies eine Genehmigungspflicht der Kostenvoranschläge durch die Kassen. Der Kostenerstattungssatz im zahnärztlichen Bereich liegt bei 25%.¹⁷

Vergleichsweise ausgebaut sind die Leistungen der französischen Krankenversicherung im Falle der **Pflegebedürftigkeit**. Weil das Risiko der Invalidität im Rahmen der Krankenversicherung abgedeckt wird, gibt es in Frankreich keine ebenso starre sozialrechtliche Grenze zwischen "Krankheit" und "Invalidität" wie in Deutschland. Deshalb bieten sich einer versicherungsrechtlichen Absicherung des Pflegerisikos bessere

17 Für über die in Tabelle 4.2 berichteten Daten hinausgehende Informationen zum Selbstbehalt vgl. Sandier/ Stephan (1982: 70), Igl (1987: 119) sowie Schneider u.a. (1989: 174-188).

institutionelle Anknüpfungspunkte. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen sowohl eine Pflegepauschale für den Aufenthalt in Krankenhausabteilungen für Langzeitkranke, als auch eine Tagespauschale bei Unterbringung in Alten- oder Pflegeheimen. Darüber hinaus tragen sie die Kosten der seit 1970 als Alternative zum Krankenhausaufenthalt stark ausgebauten häuslichen Pflege (Dieck 1983: 13, 31-33; Zöllner 1985: 195; Details bei Igl 1987: bes. 515-527). Da die Krankenversicherung aber nur mit Festbeträgen bzw. Pauschalsummen für die Behandlungskosten (*dotations globales*) einspringt, trägt auch in Frankreich die Sozialhilfe (*aide sociale*) nach wie vor einen Großteil der Pflegekosten (vgl. Schneider u.a. 1989: 187; Igl 1987: 518, 520).

B. Akteure

1. Die Akteurkonfiguration im Überblick

Die zentrale Akteurkonfiguration resultiert aus der in Abbildung 3.1 in Abschnitt A wiedergegebenen Organisationsstruktur. Regulierungsfunktionen nimmt in erster Linie der **Zentralstaat** wahr, der wegen der Festsetzung der Beitragssätze der Krankenversicherung, der Verpflichtung zur Defizitdeckung und der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen auch als Finanzierungsinstanz agiert. Anders als in Deutschland verfügt die Zentralregierung auch über eigenständige Verwaltungseinheiten auf regionaler und departementaler Ebene mit diversen Kontrollfunktionen im Gesundheitswesen. Insofern sind auch die Präfekten der Regionen und Departements sowie die von ihnen beaufsichtigten *Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)* und *Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)* wichtige gesundheitspolitische Akteure. Die unter der Aufsicht des Staates fungierenden **Krankenkassen** nehmen in erster Linie Finanzierungsaufgaben wahr. Überdies wirken sie über die Aushandlung der *conventions* im ambulanten Sektor sowie über diverse Kontrollbefugnisse im ambulanten und stationären Bereich, aber auch an der Regulierung der Anbieter, mit. Zusätzlich zu den gesetzlichen Krankenkassen sind auch die *mutuelles* wichtige Akteure auf der Finanzierungsseite, weil sie in den Selbstverwaltungsgre-

mien der gesetzlichen Kassen repräsentiert sind und in Abhängigkeit von der Gestaltung der Kostenbeteiligung expandieren oder kontrahieren.

Auf der Angebotsseite nehmen vor allem die **Arztverbände** Einfluß auf die Gesundheitspolitik. Das Geschehen im Krankenhauswesen wird auf der einen Seite von den Richtlinien und Budgetvorgaben der Zentralregierung, zum anderen von den Anforderungen der meist in kommunalem Besitz befindlichen **öffentlichen Krankenhäuser** bestimmt, deren internes Leistungsgeschehen im wesentlichen der Kontrolle der **Chefärzte** unterliegt. Neben öffentlichen Krankenhäusern spielen in Frankreich auch **frei gemeinnützige** Hospitäler sowie meist im Besitz von Ärzten befindliche **Privatkliniken** eine bedeutende Rolle. Da Personalkosten bei weitem den größten Ausgabenposten der Kliniken ausmachen, kommt auch den kollektiven Aktionen des **Pflegepersonals** und seiner Verbände große Bedeutung zu. Das Geschehen im **Arzneimittelsektor** wird vor allem durch die staatlicher Preisregulierung unterstehende **Pharmaindustrie**, das Verschreibungsverhalten der Ärzte sowie durch freiberufliche **Apotheker** bestimmt.¹⁸

2. Staatliche Akteure

Das zentralstaatliche (Sozial- und) **Gesundheitsministerium** ist in Frankreich in stärkerem Maße mit **Steuerungsaufgaben** betraut als in Deutschland. Wie in Abschnitt A dargestellt wurde, ernannt der Gesundheitsminister z.B. die Direktoren der Krankenhäuser, und die Bestellung der Geschäftsführer der gesetzlichen Krankenkassen bedarf ministerieller Bestätigung (vgl. Ceccaldi 1989: 136, 186; Pouvourville 1983: 1087). Dem Ministerium obliegen überdies die Bedarfsplanung und Zulassungskontrolle im Krankenhaussektor, die Regulierung des Arzneimittelsektors und die Fixierung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die als *"tutelle"* bezeichnete und recht weitgehende Aufsicht über die Kassen. Im ambulanten Bereich kann die zentralstaatliche Ministerialbürokratie über Zulassungsbestimmungen und Prüfungsordnungen auf die Entwicklung der Ärztezahlen Einfluß nehmen, und sie wirkt überdies an der Festsetzung der Gebührenordnung mit.

18 Auf die den medizin-technischen Fortschritt steuernden Forschungseinrichtungen und **Gerätehersteller** wird im folgenden mangels genauerer Informationen nicht näher eingegangen.

Neben diesen spezifischen gesundheitspolitischen Kompetenzen verfügt die Zentralregierung aufgrund der **zentralistischen Staatsverfassung** und des präsidentialen Regierungssystems über starke generelle Steuerungsressourcen. Die Dezentralisierungsgesetzgebung von 1982 hat zwar die Stellung der Gebietskörperschaften gestärkt¹⁹ und überdies zu einigen Kompetenzverflechtungen im Bereich der Planung und Implementation geführt (vgl. dazu Benz und Benz 1987), den Grad zentralstaatlicher Kontrolle im Bereich des Gesundheitswesens aber im wesentlichen unberührt gelassen (Igl 1987: 245; für Details siehe Ceccaldi 1989). An der Spitze der zentralstaatlichen Verwaltungseinheiten steht der vom Innenminister ernannte **Präfekt**²⁰, der im Gesundheitswesen insofern wichtige Funktionen wahrnimmt, als er die regionalen bzw. departementalen Gesundheitsbehörden kontrolliert und die prospektiven Budgets der öffentlichen Krankenhäuser per Dekret fixiert.

Eine zweite wichtige Steuerungsressource der Zentralregierung stellt neben dem zentralistischen Verwaltungsaufbau die **starke Stellung der Exekutive** im präsidentialen Regierungssystem dar. Nach der Verfassung der 5. Republik unterliegen alle nicht ausdrücklich als Prerogative des Parlaments aufgezählten Gebiete der Verordnungshoheit der Regierung. Typisch für Frankreich ist deshalb die Reform durch Regierungsdekret. Will der Regierungschef die Kontrolle des Parlaments umgehen, so kann er Verordnungen oder Dekrete (*ordonnances, arrêtés*) erlassen, die erst nach Ablauf einer mehrmonatigen Frist zustimmungsbedürftig werden.²¹ Abgerundet wird die starke Stellung der Zentralregierung durch eine im wesentlichen homogene, in den großen Verwaltungshochschulen einheit-

19 Das Land ist nun in 22 **Regionen** und 95 **Departements** unterteilt, an deren Spitze die Präsidenten des gewählten Regionalrates (*Conseil général*) bzw. der departementalen Volksversammlung (*Assemblée*) stehen (Benz/ Benz 1987: 51; Lacroix 1984: 260; Rouault 1984: 78-79). Ziel der von den Sozialisten betriebenen Dezentralisierungspolitik war es laut Benz und Benz (1987: 53), die elitär geschlossenen Entscheidungsstrukturen der französischen Politik aufzubrechen.

20 Nach der sozialistischen Dezentralisierungsgesetzgebung wurden die Präfekten der Regionen und Departements als "*Commissaire de la République*" bezeichnet, aber ein Dekret der konservativen Regierung Chirac führte 1988 die traditionelle Bezeichnung wieder ein, an der dann auch die Sozialisten festhielten (vgl. Ceccaldi 1989: 86).

21 Verweigert das Parlament die Zustimmung, so kann die Regierung die Zustimmung zu einer Vertrauensfrage machen, womit die Volksversammlung Gefahr läuft, im Falle eines Mißtrauensvotums vom Präsidenten der Republik aufgelöst zu werden. Überdies ist die Sitzungsperiode beider Kammern des Parlaments auf höchstens 6 Monate im Jahr beschränkt, so daß für Gesetzgebungsvorhaben nur wenig Zeit bleibt und die Autonomie der Regierung gestärkt wird.

lich sozialisierte Bürokratie (vgl. dazu Suleiman 1974). Die im Gesundheitswesen tätigen Beamten (einschließlich der ministeriell ernannten Krankenhausdirektoren) stammen fast ausnahmslos aus der 1960 gegründeten *Ecole Nationale de Santé Publique* in Rennes (Pouvoirville 1983: 1085).²²

Die Zentralregierung verfügt nicht nur über beträchtliche Kompetenzen, sondern erhebt auch einen starken **Steuerungsanspruch**, der sich im Gesundheitswesen im wesentlichen aus der Verpflichtung zur Defizitdeckung der Sozialversicherung ergibt. Schon seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs gibt es in Frankreich eine staatliche Wirtschaftsplanung in Gestalt von Fünfjahresplänen, die von einem *Commissariat Général du Plan* erarbeitet und dem Parlament zur Zustimmung unterbreitet werden. Die zunächst auf die Wirtschaftsentwicklung konzentrierte Planung bezieht sich seit dem 6. Plan (1971-1975) auch ausdrücklich auf soziale Angelegenheiten unter Einbeziehung des Gesundheitswesens (Igl 1978: 113; Igl 1987: 235-237). Im 7. Plan (1976-1980) avancierte die "Humanisierung der Krankenhäuser" sogar zu einem der Programme mit höchster Priorität (*Programmes d'action prioritaires*, PAP; vgl. Igl 1987: 236).²³

An der Spitze staatlicher Steuerungsorgane des Gesundheitswesens steht das **Gesundheitsministerium**, dessen Bezeichnung im Lauf der Zeit ebenso häufig wechselte wie die Art seiner Verknüpfung mit anderen Ressorts. Ein eigenständiges Gesundheitsministerium gab es nur zeitweise, da die Kompetenzen für die Bereiche Gesundheit, Sozialversicherung (*Sécurité sociale*) und Arbeit und Soziales immer wieder anders kombiniert wurden (Igl 1978: 33, 113; Lacronique 1984: 277; Majnoni 1987: 16). Meistens gab es ein eigenständiges Arbeitsministerium (*Ministère du travail*) und ein oder zwei Ministerien für Soziales und Gesundheit. Zur Zeit sind die beiden letztgenannten Ressorts wieder in einem großen "*Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale*" zusammengefaßt (Ceccaldi 1989: 143). Vom "Gesundheitsminister" spricht

22 Ob die starke Bürokratie als konservatives Rückgrat einer stagnierenden, "blockierten Gesellschaft" oder aber als wesentliche Steuerungsressource einer zu Reformen entschlossenen Regierung zu sehen ist, ist unter Interpreten des französischen Regierungssystems umstritten. Für die erste Sichtweise vgl. Crozier (1970), für die zweite Wilsford (1989); eine abgewogene Einschätzung auf der Grundlage einer Befragung der administrativen Elite findet sich in Suleiman (1974: 383-389).

23 Seit dem 9. Plan (1984-1988) erarbeiten die Regionen entsprechend der Dezentralisierungsgesetzgebung eigenständige Pläne, die im Rahmen von Planverträgen mit der Zentralregierung abgestimmt werden (Igl 1987: 237).

man in Frankreich aber auch dann, wenn der für den Gesundheitsbereich zuständige Staatssekretär im umfassenderen Sozialministerium gemeint ist. Das Ministerium ist in verschiedene "*directions techniques*" gegliedert, die die Bereiche Gesundheit, Sozialversicherung, Sozialfürsorge und Bevölkerungsbewegungen abdecken. Dem Gesundheitsminister bzw. Staatssekretär für Gesundheit unterstehen drei Abteilungen, nämlich die "*direction générale de la santé*", die "*direction des hôpitaux*" und die "*direction de la pharmacie et du médicament*" (vgl. Ceccaldi 1989: 143).

Neben dem Sozial- bzw. Gesundheitsministerium haben auf zentralstaatlicher Ebene noch diverse weitere Ministerien ein Mitspracherecht in gesundheitspolitischen Fragen. Das Ministerium für Wirtschaft, Finanzen und Budget koordiniert sämtliche Budgetvorschläge und unterhält daher auch eine besondere Abteilung für die Prüfung gesundheits- und sozialpolitischer Initiativen. Es vertritt stets das Interesse, die durch Defizite der Krankenversicherung entstehende Belastung für den Staatshaushalt niedrig zu halten. Das Bildungsministerium kontrolliert den Zugang zu den Universitäten und entscheidet über sämtliche Ausbildungsfragen (wie etwa Studienordnungen). Überdies hat es in allen Fragen, die Universitätskliniken berühren, ein Mitspracherecht. Das Landwirtschaftsministerium ist nicht nur mit der Lebensmittelkontrolle betraut, sondern wirkt auch an allen die landwirtschaftliche Krankenversicherung berührenden Fragen mit. Das Ministerium für Forschung und Industrie gilt als ein zentraler Ansprechpartner der Pharmaindustrie, und das Ministerium für öffentliche Arbeiten ist als für die Bauaufsicht zuständiges Ressort bei Krankenhausbauten zu konsultieren. Das Arbeitsministerium ist schließlich im Falle von Personalfragen und die Arbeitsbeziehungen berührenden Aspekten an Entscheidungen beteiligt (vgl. Altenstetter 1980: 323; Rouault 1984: 64; Ceccaldi 1989: 151).

Die staatliche Gesundheitspolitik wird also unter erheblichem Koordinierungsbedarf von mehreren Entscheidungsträgern entworfen. Ob diese Entscheidungsverflechtung eine Ressource oder Barriere für Reformpolitik ist, hängt u.a. vom Kolonisierungsgrad eines Ministeriums durch bestimmte, zu ihm in einem Klientelverhältnis stehende Interessengruppen ab. Wo die Gestaltung eines Politikfeldes wie im Falle des Gesundheitswesens weitgehend in den Händen einer unabhängigen, über Kompetenzmonopole verfügenden Profession liegt, wird es dem betreffenden Ministerium schwerfallen, eine gegen die Interessen der Profession gerichtete Politik durchzusetzen. Die Involvierung zusätzlicher Ministerien kann in solchen Fällen dazu dienen, die Kolonisierung des Politikfeldes durch

eine bestimmte, mit dem hauptsächlich betroffenen Ministerium in enger Symbiose lebende Interessengruppe zu durchbrechen (vgl. dazu Suleiman 1987 sowie Immergut 1987: bes. 200/201).

Die Verantwortung für die **Implementation** gesundheitspolitischer Direktiven liegt primär bei regionalen und departementalen Instanzen. Die Verwaltungsorgane auf regionaler und departementaler Ebene gelten als verlängerter Arm des Ministeriums unter Aufsicht des Präfekten. Die 1977 durch Fusion mit den ehemaligen Regionalbüros der sozialen Sicherheit in den 22 **Regionen** geschaffenen *Directions régionales de l'action sanitaire et sociale* (DRASS) haben Überwachungs- und Planungsaufgaben. Sie üben die administrative und finanzielle Kontrolle (*tutelle*) über die Sozialversicherungskassen aus und erarbeiten in Zusammenarbeit mit dem Präfekten sowie mit dem Präsidenten des "*Conseil régional*" die Perspektiven regionaler Gesundheitspolitik (vgl. Ceccaldi 1989: 166; Rouault 1984: 67, 78). In jüngster Zeit haben sie überdies in verstärktem Maße präventive Aufgaben übernommen. Dem dient auch die Schaffung regionaler Gesundheitsobservatorien ("*Observatoires Régionaux de la Santé*"), die mit der Errichtung eines statistischen Informationssystems zur Kontrolle des Gesundheitswesens betraut sind und u.a. epidemiologische Daten sammeln und analysieren (Rouault 1984: 67/68).

Auf der Ebene der **Departements** fungieren die *Directions départementales de l'action sanitaire et sociale* (DDASS) als Gesundheitsbehörden. Die DDASS operieren gleichzeitig - aber mit getrennten Abteilungen - als exekutiver Arm des Sozial- bzw. Gesundheitsministers wie auch als eigenständige departementale Behörde mit Aufgaben im Bereich sozialer Dienste. In der ersten Eigenschaft unterstehen sie der Autorität des Präfekten, in der zweiten der des *Président du Conseil général* (Ceccaldi 1989: 163, 169-172). Zu den zentralstaatlichen Aufgaben zählen die gesundheitspolitische Planung, die Erarbeitung der prospektiven Budgets der öffentlichen Krankenhäuser, die Kontrolle der Kliniken und Pflegeheime, sowie Teilbereiche des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zu den departementalen Diensten zählen die Organisation häuslicher Pflege, die Seuchenbekämpfung sowie der Mütter- und Kinderschutz. Die Zusammenlegung der zentralstaatlichen und departementalen Dienste in einer Behörde mit getrennten Zweigen führt zwar häufig zu Kompetenzüberschneidungen, soll aber einer besseren Verzahnung der Gesundheits- und Sozialdienste dienen.

Die über 36.000 **Kommunen** Frankreichs mit den auf sechs Jahre gewählten Bürgermeistern an der Spitze spielen nur in beschränktem

Maße eine eigenständige gesundheitspolitische Rolle. Jede Gemeinde mit mehr als 20.000 Einwohnern unterhält ein eigenes Gesundheitsamt, das für die öffentliche Hygiene verantwortlich ist. Überdies haben einige Städte gemäß Reformprojekten der sozialistischen Regierung Gesundheitszentren geschaffen, die die Funktion von Sozialstationen mit der von Gemeindeambulatorien verknüpfen. Im Krankenhaussektor spielten die Bürgermeister als Vorstände der Krankenhausverwaltungsräte lange Zeit eine bedeutende Rolle. In neuerer Zeit geht ihr Einfluß aber zurück, weil die Funktionen der vom Gesundheitsminister ernannten und unter staatlichen Richtlinien mit prospektiven Budgets arbeitenden Krankenhausdirektoren gestärkt wurden (Ceccaldi 1989: 136).

3. Justiz

Frankreich kennt keine ausdifferenzierte Sozialgerichtsbarkeit wie die Bundesrepublik. Es hat aber im Rahmen der ordentlichen Gerichtsbarkeit spezielle Rechtswege für Sozialversicherungsfragen geschaffen. Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsträgern werden in erster Instanz vor den "*tribunaux des affaires de sécurité sociale*" verhandelt, die bis 1985 "*Commissions de première instance de la sécurité sociale*" hießen. In zweiter Instanz ist die *Chambre sociale* des Appellationsgerichtshofes (*Cour d'appel*), in dritter Instanz der Kassationsgerichtshof (*Cour de cassation*) zuständig (Igl 1987: 154). Dem eigentlichen Gerichtsverfahren gehen Schlichtungsverfahren (*recours gracieux*) vor dem Verwaltungsrat des Versicherungsträgers voraus. Außerdem gibt es besondere Rechtswege innerhalb der Institutionen der sozialen Sicherheit (*contentieux technique* bzw. *contentieux du contrôle technique* - s. Igl 1987: 155).

Über die Regelung von Rechtsstreitigkeiten hinaus können die mit Angelegenheiten der sozialen Sicherheit befaßten Gerichte die im *Code de la sécurité sociale* enthaltenen Verjährungsvorschriften aufheben (ebd.). Darüber hinaus können die französischen Gerichte aber nicht als eigenständige Akteure gelten, die in der Lage wären, den Gang der Gesundheitspolitik zu beeinflussen (vgl. Wilsford 1989: 136).

4. Krankenkassen und *mutuelles*

Die ständisch zergliederte **gesetzliche Krankenversicherung** Frankreichs kennt eine Vielzahl getrennter Kassen für verschiedene Berufsgruppen, die sich **vier Hauptzweigen** mit eigenen Kassenverbänden zuordnen lassen:

- das allgemeine System für **Lohnabhängige** (*régime général* mit CNAMTS, d.h. *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*);
- das System für die **Landwirtschaft**, bestehend aus der *Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles* (CCSMA) für die landwirtschaftlichen Arbeitnehmer und der *Assurance Maladie des Exploitants Agricoles* (AMEXA) für die Selbständigen;
- das System für **Selbständige** außerhalb der Landwirtschaft (CANAM *Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs Non-Salariés des Professions Non-Agricoles*, die sog. "non-non");
- die diversen Kassen für **Sonderkategorien** wie Eisenbahner, Seeleute, Landarbeiter, Bergleute u.a. mehr.

Die herausragende Rolle spielt das allgemeine System, dem ca. zwei Drittel der Versicherten angehören. Den beiden landwirtschaftlichen Systemen sind ca. 7%, dem System der Selbständigen etwa 6%, den restlichen Kassen zusammen etwa 20% der Versicherten angeschlossen (vgl. Tabelle 3.3 sowie für frühere Daten Sandier/ Stephan 1983: 68). Das allgemeine System trägt etwa 70% der gesamten Gesundheitsausgaben und auch 30% der Krankenhausinvestitionen (Rodwin 1982: 294). Die Kassen führen über die CNAMTS nicht nur die Kollektivverhandlungen mit der Ärzteschaft im ambulanten Sektor, sondern sind über die Vertretung in diversen Beratungskommissionen auch an der staatlichen Krankenhausplanung beteiligt (siehe Abschnitt C.3). Darüber hinaus unterhalten sie einen ausgedehnten vertrauensärztlichen Dienst, der etwa 4.000 Sozialversicherungsinspektoren - die sog. "*Médecins-Conseils de la Sécurité Sociale*" - beschäftigt und mit der Kontrolle kostspieliger Krankenhausaufenthalte betraut ist (Lacronique 1982: 275).

Organisatorisch gliedert sich das *régime général* in **16 Regional** und **129 Orts- oder Primärkassen**, deren Geschäftsbezirk meist dem Gebiet eines der 95 Departements entspricht. Die Nationalkasse übt die Finanz- und Verwaltungskontrolle über die Regional- und Ortskrankenkassen aus und sorgt überdies zwischen den Kassen für einen Finanzausgleich

(Kessler 1989; USDHHS 1983: 87). Darüber hinaus führt sie die Verhandlungen über Kollektivabkommen mit den Verbänden der Leistungsanbieter (s. Abschnitt C). Im Gegensatz zu Deutschland sind die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung in Frankreich finanziell wie organisatorisch eng miteinander verflochten. So gibt es für die Nationalkassen der einzelnen Versicherungszweige eine gemeinsame Aufgaben wahrnehmende *Union des caisses nationales de sécurité sociale* (UCANSS - näheres dazu bei Igl 1987: 116).

Intern sind die Krankenkassen als Selbstverwaltungsorgane organisiert. Die traditionelle Autonomie der Regional- und Lokalkassen wurde seit der in Abschnitt A geschilderten Neuorganisation von 1967 zugunsten stärkerer Kontrollbefugnisse der Nationalkasse beschnitten, während die Machtbefugnisse des Geschäftsführers gegenüber dem Verwaltungsrat erweitert wurden.²⁴ In den Verwaltungsräten der Regional- und Lokalkassen des allgemeinen Systems sitzen 25 Mitglieder, davon 15 Vertreter der Versicherten. Auf lokaler Ebene werden die Versichertenvertreter gewählt, auf regionaler und nationaler Ebene von den Gewerkschaften delegiert. Die Arbeitgeber delegieren 6 Vertreter. Hinzu kommen 2 vom Sozialminister berufene Experten sowie jeweils ein Vertreter der Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit und der Rentner, die von den übrigen Ratsmitgliedern kooptiert werden. Mit beratender Stimme sind auf regionaler und lokaler Ebene ferner 5 leitende Angestellte beteiligt (Kessler 1989: 53).

Neben den gesetzlichen Krankenkassen spielen wegen des Selbsthalts die **freiwilligen Versicherungsgesellschaften** ("*mutuelles*" oder auch "*sociétés mutualistes*") eine bedeutende Rolle. Ihre Tätigkeit ist im 1945 erlassenen und 1985 novellierten "*Code de la mutualité*" gesetzlich geregelt. Die genossenschaftlichen Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit (*mutualité*) sind in der Arbeiterbewegung verwurzelt und haben in Frankreich eine lange Tradition. Obwohl sie als Zusatzversicherungen um so stärker nachgefragt sind, je lückenhafter die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind, haben sie sich stets für einen Ausbau der gesetzlichen Leistungen und die Verteidigung der Sozialversicherung engagiert

24 Grundlage dieser Reform war die Finanzkrise der Kassen, Reformziel war die Erweiterung von Steuerungschancen im Rahmen der zentralstaatlichen Wirtschafts- und Sozialplanung (Rodwin 1982: 301-302; Igl 1978: 112). Laut Ehrmann (1977: 192) war der durch die Reform provozierte Konflikt mit den Gewerkschaften eine der Ursachen, die zu den Maiunruhen von 1968 führte.

(Kessler 1989: 61). Die diversen *mutuelles* sind in zwei schlagkräftigen *Dachverbänden* organisiert. Die *Union Nationale des Mutuelles de Travailleurs* (UNMT) arbeitet mit der CGT zusammen und steht den Kommunisten nahe, die *Fédération Nationale de la Mutualité Française* (FNMF) vertritt die reformistische Strömung der Hilfsverein-Bewegung (vgl. Kessler 1989: 60-61).

5. Die Rolle der Sozialpartner

Arbeitgeber und Gewerkschaften sind auf dreierlei Weise in die Entwicklung der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens involviert. Zum einen tragen sie über Beitragszahlungen die Finanzierung der Krankenversicherung. Dies gilt für die mit hohen Beitragsverpflichtungen belasteten Arbeitgeber unmittelbar, für die Gewerkschaften mittelbar, weil der Spielraum für Lohnverhandlungen nicht unwesentlich von den als Lohnbestandteilen anzusehenden Sozialbeiträgen abhängt. Zum zweiten liegt die Verwaltung der Kassen in den Händen von Repräsentanten beider Parteien des industriellen Konflikts. Drittens, schließlich, wirken Gewerkschaften wie Arbeitgeber in den diversen Beratungskommissionen der Planungsbehörden mit (vgl. Abschnitt B.11).

Die Beteiligung an der Finanzierung und Verwaltung der Kassen macht die *Arbeitgeber* in struktureller Hinsicht zu Gegenspielern der Anbietergruppen des Gesundheitswesens. Wegen der hohen Kostenbelastung erwächst ihnen ein starkes Interesse an Preisdämpfungen und Effizienzsteigerungen. Tatsächlich hat das französische "*Patronat*" wiederholt in diesem Sinne zu grundsätzlichen Fragen der sozialen Sicherung Stellung genommen (vgl. Rodwin 1982: 298; Igl 1978: 108). Der wichtigste französische Arbeitgeberverband ist der *Conseil National du Patronat Français* (CNPFF). Für mittelständische Betriebe gibt es daneben eine *Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises* (CGPME - Igl 1978: 108).

Die *Gewerkschaften* spielen in der Sozial- und Gesundheitspolitik seit jeher eine aktive Rolle. Weil sie eine Angleichung an das jeweils niedrigste Niveau fürchten, haben sich die nicht-sozialistischen Gewerkschaften stets gegen eine Vereinheitlichung der verschiedenen Kassenarten stark gemacht. Sämtliche Gewerkschaften mobilisierten darüber hinaus Widerstand gegen die Erhöhung der Selbstbeteiligung und gegen eine Reduzierung der Zusatzversicherungsmöglichkeiten im Rahmen der Hilfs-

vereine auf Gegenseitigkeit (Salowsky/ Seffen 1976: 45-46; Kessler 1989: 61). Die Gewerkschaften repräsentieren allerdings nur noch einen kleinen Teil der französischen Arbeitnehmer, und sie sprechen aufgrund der starken Zersplitterung in Richtungsgewerkschaften weder gegenüber den Arbeitgebern noch gegenüber der Regierung mit einer Zunge. Der traditionell niedrige gewerkschaftliche Organisationsgrad ist seit Beginn der siebziger Jahre ständig gesunken. 1983 lag er bei 19%, um am Ende der achtziger Jahre sogar unter 15% abzusinken (Visser 1986: 6; Wilsford 1989: 142).

Die stärkste Gewerkschaft ist die kommunistische *CGT (Confédération Générale du Travail)*, die aber jahrelang besonders stark vom Mitgliederschwund betroffen war und jetzt nur noch knapp eine Million Mitglieder, entsprechend einem knappen Drittel aller gewerkschaftlich organisierten Franzosen, an sich bindet. Die CGT organisierte 1987 eine große Massendemonstration mit über 100.000 Teilnehmern gegen die von Sozialminister Séguin geplante Reform der Sozialversicherung. Zweitstärkste Gewerkschaft ist die den Sozialisten nahestehende *CFDT (Confédération Française Démocratique du Travail)*, die ebenfalls knapp eine Million Mitglieder zählt (de Weck 1985: 39). Die CFDT hatte sich 1964 von der christlichen Gewerkschaft *CFTC (Confédération Française des Travailleurs Chrétiens)* abgespalten, die einen sozialen Katholizismus vertritt und knapp 5% der gewerkschaftlich Organisierten in ihren Reihen hat. Die 1947 von der CGT abgespaltene sozialdemokratische Gewerkschaft *Force Ouvrière (FO)* hat die Krisenjahre ohne einen starken Mitgliederschwund überstanden und ist mit etwa 600.000 Mitgliedern die dritte Kraft unter den französischen Gewerkschaften (Angaben nach Visser 1984 und de Weck 1985).

Zusammen repräsentieren die genannten großen Gewerkschaften lediglich drei Viertel aller Gewerkschaftsmitglieder, denn neben ihnen gibt es noch berufsständische Organisationen wie die Angestelltengewerkschaft *CFE (Confédération Française d'Encadrement)* und die Lehrgewerkschaft *FEN (Fédération de l'Education Nationale* - vgl. Visser 1984: 17-35 und Ehrmann 1977: 124-126). Die Uneinigkeit und ideologische Zersplitterung der Gewerkschaften erschwert die Steuerung des Gesundheitswesens über korporatistische Verhandlungssysteme und begünstigt das für Frankreich typische Zurückfallen in die direkte Aktion.

6. Ärzte

Frankreich hatte nach den Zahlen der OECD im Jahr 1987 rund 139.000 Ärzte, entsprechend einer *Arztdichte* von 250 pro 100.000 Einwohnern (OECD 1990: 155). Damit hat das Land zwar noch immer eine insgesamt geringere Arztdichte als die Bundesrepublik, aber auffallend an der französischen Entwicklung ist das außergewöhnlich rasche Wachstum der Arztzahlen in jüngster Zeit. Die Absolutzahl der Ärzte hat sich ab 1972 binnen 15 Jahren verdoppelt, während die Arztdichte seit 1960 um den Faktor 2,6 gewachsen ist.²⁵

Die *Struktur* der französischen Ärzteschaft ist durch die Dominanz der dem traditionellen Bild professioneller Autonomie entsprechenden Ärzte in *freier Praxis* geprägt. Der Anteil frei niedergelassener Ärzte steigt nach längerem Sinken²⁶ in den letzten Jahren anscheinend sogar wieder an. 1968 lag er nach den Daten von EcoSanté bei 69%, 1986 bei 72% (EcoSanté o.J.).²⁷ Im niedergelassenen Bereich hat Frankreich damit eine deutlich höhere Arztdichte als die Bundesrepublik. Zu den Gehaltsempfängern zählten 1986 nur knapp ein Drittel aller Ärzte.²⁸ In *Krankenhäusern* sind dem *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales* zufolge etwa 25% aller Ärzte tätig (ASSS 1985: 70).²⁹

Das Vorherrschen frei niedergelassener Ärzte unterscheidet das französische Gesundheitswesen deutlich von dem der englischen oder deutschen Nachbarn, wo mehr als die Hälfte aller Ärzte inzwischen in abhängiger Beschäftigung im Krankenhaus tätig ist. In Frankreich behelfen sich die Krankenhäuser offensichtlich zu einem guten Teil mit Teilzeitdiensten freier Ärzte (vgl. Lacronique 1984: 283; ASSS 1985: 70). Wäh-

-
- 25 In der Bundesrepublik stieg die Arztdichte auf höherem Niveau dagegen lediglich von 143 im Jahr 1960 auf 250 in 1987 (errechnet nach den Angaben in OECD 1990: 155, 196).
- 26 Immergut (1987: 247, Fußnote 75) berichtet, daß der Anteil frei niedergelassener Ärzte zwischen 1954 und 1975 von 92% auf 66% gesunken sei.
- 27 Die Angabe errechnet sich aus der Differenz zwischen der Gesamtzahl der Mediziner und der Zahl frei niedergelassener Ärzte in EcoSanté (o.J.).
- 28 35.000 der von EcoSanté (o.J.) gezählten Gesamtzahl von 125.000 Ärzten. Das *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales* (im folgenden: ASSS 1985: 70) berichtet für 1984 einen Anteil abhängig beschäftigter Ärzte von 32%. Da es keine offizielle Zählung oder Registrierung der Ärzte gibt, weichen die Daten in verschiedenen französischen Quellen z.T. deutlich voneinander ab (vgl. neben den divergierenden Daten in EcoSanté o.J. und ASSS auch Lacronique 1984: 262).
- 29 Weitere 7% sind in verschiedenen Verwaltungen wie etwa dem schul- oder betriebsärztlichen Dienst tätig.

rend es in öffentlichen Krankenhäusern nur wenig Belegärzte gibt, arbeiten die privaten Kliniken zum überwiegenden Teil mit auch ambulant tätigen Belegärzten (Krukemeyer 1985: 87-88). Schätzungen zufolge geht etwa ein Drittel der französischen Ärzte einer Misch­tätigkeit im freien (ambulanten) Sektor und im abhängigen (meist stationären) Bereich nach, ein Drittel arbeitet ausschließlich in freier ambulanter Praxis, und ein weiteres Drittel ist ausschließlich in angestellter Stellung tätig (Lacronique 1984: 262).³⁰

Ähnlich wie die abhängige Tätigkeit ist auch die *Gruppenpraxis* unter den französischen Ärzten bislang noch kaum verbreitet. Es überwiegt das klassische Berufsbild des in einer Einzelpraxis tätigen autonomen Professionellen. 1975 praktizierte nur ein Viertel der niedergelassenen Ärzte in einer Praxisgemeinschaft (Sandier/ Stephan 1983: 78). In den achtziger Jahren wurde ihr Anteil auf 30% geschätzt (Lacronique 1984: 265). Selbst in den Gruppenpraxen wird aber nur selten in größeren Teams gearbeitet. Nur 3-5% der Ärzte arbeiten interdisziplinär in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen (Lacronique 1984: 265). Der Anteil der *Fachärzte* steigt in jüngster Zeit rasch an. In den frühen fünfziger Jahren lag er bei knapp 32%, 1972 bei 36% und 1986 bei 43% (Annuaire statistique de la France 1952: 41; vgl. EcoSanté (o.J.) sowie Die Ortskrankenkasse 20/1988: 611).³¹

Wie in der Bundesrepublik werden die Funktionen der professionellen Selbstregulierung und der Interessenrepräsentation der Ärzteschaft von getrennten *Organisationen* wahrgenommen.³² Funktionen professioneller Selbstkontrolle übt in Frankreich die Ärztekammer aus, während sich konkurrierende Verbände um die Interessenvertretung der Ärzte bemühen. Die Verbandsebene ist nicht nur zersplittert, sondern auch bindungsschwach. Schätzungen des Organisationsgrades französischer Ärzte

30 Laut Immergut (1987: 247) übt die Hälfte aller in freier Praxis tätigen Ärzte noch eine Nebentätigkeit als Gehaltsempfänger aus. Vgl. auch Krukemeyer (1985: 86).

31 Auch hier errechnen sich aus verschiedenen Quellen sehr unterschiedliche Ergebnisse. Die Vergleichbarkeit der frühen Angaben aus dem Statistischen Jahrbuch mit den Daten von EcoSanté (o.J.) ist ungewiß. Aus ASSS (1985: 71) errechnet sich für 1984 eine Facharztquote von 42%; Lacronique (1982: 283) kommt dagegen, gestützt auf Daten der Ärztekammer, für 1980 auf eine höhere Zahl von Spezialisten als Allgemeinärzten.

32 Das unterscheidet beide Länder von den USA, wo die *American Medical Association* beide Aufgaben übernimmt.

schwanken zwischen 40 und maximal 65%, einem in international-vergleichender Perspektive auffallend niedrigen Niveau.³³

Die *Confédération des Syndicats Médicaux Français* (CSMF)³⁴ ist die älteste und größte Organisation, die etwa 17.000 Mitglieder zählt (Wilsford 1989: 139).³⁵ Sie entstand als Zusammenschluß lokaler Ärzteverbände im Rahmen der erbitterten Konflikte, die das Krankenversicherungsgesetz von 1928 begleitet hatten. Die Ärzte wollten damals verhindern, daß anstelle der Patienten die Kassen zu ihren Vertragspartnern würden und daß kollektiv ausgehandelte Tarife an die Stelle der Honorarfreiheit träten (Glaser 1970: 127). Danach hat die CSMF in einer Serie von Konflikten mit Regierung und Kassen die Prinzipien der liberalen Medizin (Niederlassungsfreiheit, freie Arztwahl, Behandlungs- und Honorarfreiheit) hochzuhalten versucht. In der 5. Republik hat sie nach dem Austausch ihrer Führungsspitze Anfang der sechziger Jahre allerdings zu einer Strategie begrenzter Kooperation gefunden (vgl. Godt 1985: 155).

Die militanteren Verfechter der Privatpraxis gründeten diverse Sonderorganisationen, die seit 1967 in der *Fédération des Médecins de France* (FMF) zusammengeschlossen sind (Glaser 1978: 36, Rodwin 1982: 299, Wilsford 1989: 146). Der FMF gehören heute etwa 9.000 Mitglieder an (Wilsford 1989: 139). Seit 1988 gibt es noch einen dritten Verband von allgemeinerer Bedeutung, nämlich die unter dem Namen "*Médecins Généralistes*" firmierende Assoziation der Allgemeinmediziner. Zu den Verhandlungen über die Gebührenordnung wurden bislang nur die beiden großen Verbände zugelassen, die zwar unterschiedliche standespolitische Standpunkte vertreten, beide aber dem konservativen politischen Lager zuzurechnen sind. Daneben gibt es noch sozialistische und kommunisti-

33 Vgl. dazu Immergut (1991: 395). Wilsford (1989: 139) nennt einen Organisationsgrad von maximal 40%, Immergut (1991: 395) berichtet maximal 60-65%.

34 Wie der Begriff "*Confédération*" schon andeutet, ist die CSMF ein Zusammenschluß diverser Ärztesyndikate. Die Syndikate sind nach Berufskategorien organisiert (entweder nach Fachrichtung, nach der Stellung im Beruf oder auch nach der Betriebsart - vgl. dazu neben Steffen 1987 auch Glaser 1978: 36). Überdies gehört jeder Arzt einer regionalen Division der *Confédération* an (ebd.).

35 Die Angaben über die Mitgliederstärke der einzelnen Verbände und deren Organisationsgrad unterliegen starken Schwankungen. Laut Rodwin (1982: 299/300) sind der CSMF etwa 45% der niedergelassenen Ärzte, der FMF 13% angeschlossen. Glaser (1978: 37) berichtet sogar Schätzwerte von 60% für die CSMF und 15% für die FMF. Offenkundig gehören Mitgliederzahlen zu den Daten, welche die betroffenen Organisationen am liebsten verbergen bzw. zu ihren Gunsten "schminken".

sche Verbände, die sich als gewerkschaftliche Interessenvertretung der Ärzte verstehen (Wilsford 1989: 142).

In den gesundheitspolitischen Konflikten der jüngeren Zeit wurde vor allem die Gruppe der wohlhabenden Fachärzte in den Metropolen zum Träger radikaler Forderungen nach uneingeschränkter Autonomie. Aus dieser Gruppe rekrutiert sich primär die Mitgliedschaft der FMF, während die CSMF ihre Gefolgschaft stärker unter Allgemeinärzten und weniger prominenten Fachärzten außerhalb der Metropolen findet. Innerhalb der CSMF zeigen sich in jüngster Zeit Ansätze zur Gruppenbildung auf der Basis unterschiedlicher Betriebsformen bzw. Praxisarten, denn mit dem "*Syndicat National des Médecins de Groupe*" formierte sich ein Flügel der Ärzte in Gruppenpraxen, der eine präventive und gemeindenahere Ausrichtung der Medizin propagiert und die Spaltung der französischen Ärzteschaft in einen (dominanten) konservativ-liberalen und einen (kleineren) progressiven Flügel vertieft (vgl. Steffen 1987: 200-201).³⁶

Die berufsständische Funktionen erfüllende *Ärztammer* heißt in Frankreich "*Ordre National des Médecins*". Sie wurde 1940 als Zwangskorporation unter dem Vichy-Régime geschaffen, nachdem alle freien Verbände aufgelöst worden waren. Nach dem Krieg bestand sie als neues Organ berufsständischer Selbstkontrolle fort. Daneben gibt es noch ein "*Haut Comité Médical*", das aber als Organ der Krankenkassen fungiert und den Gesundheitsminister in Krankenversicherungsfragen berät (Glaser 1978: 43; Rouault 1984: 62). Beide Organisationen sind auch an den Verhandlungen über die Gebührenordnung beteiligt.

Die leitenden *Krankenhausärzte* haben sich im Rahmen der Auseinandersetzungen mit der sozialistischen Regierung um die Einschränkung der privaten Praxis in öffentlichen Krankenhäusern im Herbst 1981 zur Gründung einer "*Solidarité Médicale*" zusammengeschlossen, die ihren Namen in bewußter Anspielung an die polnische *Solidarność* wählte (Lacronique 1982: 276). Die Spaltung der Krankenhausärzte in eine

36 Von allgemeinerem soziologischem Interesse an der französischen Entwicklung ist, daß nicht der Prozeß funktionaler Differenzierung als primäre organisationsbildende Kraft wirkte, sondern daß die Bildung formaler Organisationen parallel zu sozial- und gesundheitspolitischen Konfliktlinien verlief. Das war sowohl in der Zwischenkriegszeit der Fall, als sich die Ärzteschaft im Kampf um das Krankenversicherungsgesetz von 1928/30 in konkurrierende Verbände pro und contra die neue Gesetzgebung spaltete, als auch in den sechziger Jahren, als im Kampf um die Gebührenordnung der Grundstein für die andauernde Rivalität der heutigen Großverbände gelegt wurde.

Gruppe leitender Ärzte mit hohem Einkommen und dem - zeitweise unter der sozialistischen Regierung ausgesetzten - Recht zur Privatliquidation einerseits und das Gros abhängiger Ärzte mit mäßigen Einkommen und beschränkten Aufstiegschancen andererseits schreitet angesichts andauernder Konflikte um die private Praxis in öffentlichen Kliniken weiter fort (vgl. Pouvourville 1986: 396; Steffen 1987: 204).

7. Zahnärzte

Im Jahr 1985 zählte Frankreich 35.283 Zahnärzte, entsprechend einer Dichte von 64 Zahnärzten pro 10.000 Einwohnern oder 1.567 Patienten pro Arzt (Eurostat 1987: 7). Anders als in der Bundesrepublik ist die Zahl der Zahnärzte in den letzten Jahren dynamisch gewachsen. 1970 hatte es erst 20.571 Ärzte gegeben (OECD 1985: 91). Damit lag die französische Zahnärztdichte damals noch weit unter der deutschen (40 zu 51), die sie mittlerweile deutlich übertrifft (1985: 64 zu 56; OECD 1985: 91; Eurostat 1987: 7).

8. Pflege- und sonstiges Personal

In den von der OECD veröffentlichten Gesundheitsstatistiken fällt Frankreich ebenso wie die Bundesrepublik durch eine geringe Personaldichte im paramedizinischen Bereich auf (OECD 1985: 92). Das hängt aber wohl primär mit der mangelnden Vergleichbarkeit der von der OECD präsentierten nationalen Daten zusammen.³⁷ Bezieht man Pflegehelfer (*aides soignantes*) und sonstiges Hilfspersonal im Pflegedienst (*agents de service*) mit ein, so liegt allein schon die Zahl der im **Krankenhaus** tätigen Mitglieder paramedizinischer Pflegeberufe beträchtlich höher als

37 Die Zahl der Schwestern, Pfleger und Hebammen (*nurses, auxiliary nurses and midwives*) lag nach der OECD im Jahr 1983 bei 279.913 (OECD 1985: 92). Anzunehmen ist aber, daß damit lediglich die diplomierten Krankenschwestern und die Hebammen erfaßt wurden, deren Zahl einschließlich der im Psychiatriebereich tätigen Pfleger von der nationalen französischen Statistik für 1985 auf 303.985 beziffert wird (233.260 diplomierte und autorisierte Schwestern, 60.947 Psychiatrieschwestern, 9.725 Hebammen; vgl. *Annuaire statistique de la France* 1988: 214).

die von der OECD berichtete Zahl, nämlich bei 538.204.³⁸ Das paramedizinische Personal ist zum überwiegenden Teil in Krankenhäusern tätig. Hier arbeiten 76% aller Schwestern und 85% aller Psychiatrieschwestern. Drei Viertel dieser Pflegepersonen sind in **öffentlichen** Krankenhäusern beschäftigt, wo sie einen beträchtlichen Teil der Kosten ausmachen.³⁹

Der gewerkschaftliche Organisationsgrad des Pflegepersonals ist nach allgemeiner Einschätzung sehr niedrig (vgl. Glaser 1980: VII-25). Das hindert die Krankenschwestern aber nicht daran, häufig zu streiken. Im Tarifkampf von 1988 lehnte das Streikkomitee der Schwestern, in dem Delegierte aus 400 Krankenhäusern aus 68 Städten vertreten waren, nicht nur die von den Gewerkschaften ausgehandelten Lohnzugeständnisse der Regierung ab, sondern weigerte sich auch, in Gewerkschaftsräumen zu tagen (vgl. Süddeutsche Zeitung, 10.10.1988; Die Ortskrankenkasse 22/1988: 684). Der geringe gewerkschaftliche Organisationsgrad geht also, ähnlich wie im Fall der Ärzte, mit einer recht hohen Mobilisierbarkeit durch andere Beziehungsnetzwerke sowie mit einer ausgeprägten Unabhängigkeit und Militanz einher.

9. Krankenhäuser

Die stationäre Versorgung wird von **öffentlichen Krankenhäusern** dominiert, die zwar nur rd. ein Drittel aller Kliniken stellen, aber rd. zwei Drittel aller Betten anbieten. Die öffentlichen Kliniken sind in der Regel Einrichtungen von Gemeinden, Gemeindeverbänden oder Départements. Daneben gibt es einen auffallend **starken Privatsektor**. Von den 3.483 im Jahre 1985 registrierten Krankenhäusern waren 2.418 oder 69% in nicht-öffentlichem Besitz (French Hospital News 1987: 24). Im privaten Sektor dominieren **kommerzielle** Kliniken, die mit 41% der Krankenhäu-

38 Die französische Statistik weist für 1987 insgesamt 571.800 Personen im Pflege- und Ausbildungsdienst von Krankenhäusern aus: 177.645 Krankenschwestern, 51.896 Psychiatrieschwestern, 172.249 Krankenpflegehelfer und 136.414 "agents des services hospitaliers". Hinzu kommen 10.335 "masseurs-kinésithérapeutes", 8.129 Hebammen und 3.713 Psychologen sowie 8.017 Ausbilder (*personnel éducatif*) und 3.402 "assistantes de services sociaux" (Annuaire statistique de la France 1988: 215). In den *French Hospital News* werden für 1985 568.080 im Krankenhaus tätige Mitglieder von Pflegeberufen berichtet, nämlich 226.485 Schwestern (*nurses*), 163.811 Pflegehelfer (*ward assistants*), 123.678 Stationshelfer (*orderlies*) und 7.571 Hebammen (French Hospital News 1987: 56).

39 Berechnet nach Annuaire statistique de la France 1988: 214/215.

ser die größte Trägergruppe sind, aber meist als kleine Häuser im Besitz von Ärzten fungieren (ASSS 1985: 80). **Frei gemeinnützige Träger** unterhielten 27% der Hospitäler (ebd.; vgl. auch Lacronique 1984: 270). Der private Sektor wächst seit Beginn der siebziger Jahre schneller als der öffentliche, beschränkt sich aber im wesentlichen auf kleine Kliniken. Kommerzielle Kliniken stellen rd. 18% aller Betten, frei gemeinnützige etwa 16% (French Hospital News 1987: 25, 27).

Unter den 1.065 **öffentlichen Krankenhäusern** lassen sich Allgemeinkrankenhäuser und Spezialkliniken unterscheiden. Die Allgemeinkrankenhäuser sind in drei Hauptgruppen oder Versorgungsstufen unterteilt. An der Spitze stehen die 29 großen **Centres Hospitaliers Régionaux** (CHR), das sind Großkliniken mit oft über 1.000 Betten, die über sämtliche Fachabteilungen verfügen und auch die Ausbildung der Medizinstudenten übernehmen. Wo sie mit Universitäten verbunden sind, firmieren sie unter dem Namen "**Centres Hospitaliers Universitaires**" (Glaser 1980: I-23). Ihnen folgen 202 **Centres Hospitaliers Généraux** (CHG), die in der Regel in der Hauptstadt eines Departements stehen und mit wenigen Ausnahmen auch in der Lage sind, sämtliche Krankheiten zu behandeln. Für die Grundversorgung im stationären Bereich sind schließlich 305 **sektorale** und 352 **lokale Kliniken (Hôpitaux)** in Kleinstädten und Landgemeinden zuständig. Daneben gibt es zahlreiche Spezialkliniken sowie Rehabilitationskrankenhäuser und 98 psychiatrische Kliniken (French Hospital News 1987: 24; Pouvourville 1986: 393; Lacronique 1984: 269).

Die an der öffentlichen Krankenhausversorgung teilnehmenden Kliniken schließen sich auf der Ebene der Sektoren und Regionen zu **Krankenhausräten - Conseil du Groupement Interhospitalier de Secteur** bzw. **Conseil du Groupement Interhospitalier de Région** - zusammen, die bei der Entwicklung der Bedarfsplanung in beratender Funktion mitwirken (näheres dazu in Abschnitt C.4). Darüber hinaus sind sowohl die öffentlichen wie die privaten Kliniken in verschiedenen **Verbänden** zusammengeschlossen. Der Verband der öffentlichen Krankenhausträger heißt **Fédération Hospitalière de la France** (FHF), der der kommerziellen Kliniken **Fédération Intersyndicale des Etablissements d'Hospitalisation Privée** (FIEHP) (Glaser 1980: A-3).

10. Arzneimittelhersteller und -vertreiber

Die französische Arzneimittelproduktion war lange Zeit von der Apothekenherstellung dominiert. In der Nachkriegszeit erlebte das Land dann einen Konzentrationsprozeß, in dessen Rahmen die Zahl der Pharmabetriebe von 970 im Jahr 1950 auf 326 im Jahr 1986 schrumpfte. Damit wird der Markt von einer wesentlich kleineren Zahl von Unternehmen bestimmt als in der Bundesrepublik.⁴⁰ Die fünf größten Unternehmen vereinigen nach Reich (1988: 16) 16% des Umsatzes auf sich, die fünf größten Konzerne bringen es sogar auf 30% des Gesamtumsatzes der Pharmaindustrie (Sandier 1984: 189). Mit einer Beschäftigtenzahl von etwa 65.000 produziert die französische Pharmaindustrie ähnlich wie die deutlich personalstärkere deutsche Industrie ca. 1% des Bruttosozialprodukts und exportiert etwa 27% ihrer Produkte ins Ausland (Chew et al. 1985: 16, 20). Die Pharmaunternehmen sind verbandsförmig im *Syndicat national de l'Industrie pharmaceutique* (SNIP) zusammengeschlossen. Die Hersteller von Generika haben einen eigenständigen Verband mit dem Namen "*Laboratoires françaises des produits génériques*" (LFPG) gegründet (vgl. Reich 1988: 149).

Der *Arzneimittelvertrieb* liegt in den Händen von wenigen Großhändlern⁴¹ sowie knapp 20.000 Apotheken.⁴² Kollektive Interessen der Apotheker vertritt der *Ordre national des pharmaciens*, der auch Aufgaben berufsständischer Regulierung wahrnimmt. Neben den niedergelassenen Apothekern versorgen in (auch rechtlich) beschränktem Maße diverse Krankenhausapotheken sowie Apotheken der Krankenversicherung und der *mutuelles* die Patienten (Sandier 1984: 193).

40 Die Bundesrepublik zählte lt. Chew et al. (1985: 21) Anfang der achtziger Jahre 530 Unternehmen.

41 Laut Sandier (1984: 189) gab es 1981 35 Gesellschaften mit 200 Verkaufsstellen sowie 40 von Herstellern betriebene Auslieferungslager.

42 Laut Sandier (1984: 191) gab es 1980 19.709 Apotheken, entsprechend einer Dichte von 36,8 pro 10.000 Einwohnern. 1965 lag die Apothekendichte bei 32,5 (zum Vergleich: Bundesrepublik 1980: 16.244, entsprechend einer Dichte von 26,4).

11. Beratungsorgane

Die Konsultation gesellschaftlicher Gruppen in ausgedehnten Anhörungsverfahren ist ein zentraler Bestandteil des französischen Planungsverfahrens. Auf **nationaler Ebene** gibt es bereits seit der Zwischenkriegszeit einen Wirtschafts- und Sozialrat, den "*Conseil Economique et Social*", der die großen gesellschaftlichen Interessengruppen repräsentiert. Der Rat muß zu jedem Gesetz gehört werden, das Budgetmittel in Anspruch nimmt. Sein faktischer Einfluß gilt allerdings als äußerst gering (vgl. Details bei Ehrmann 1977: 202). Speziell für das Gesundheitswesen sind mehrere Kommissionen tätig, die auf nationaler Ebene meist als "*Conseils supérieurs*" bezeichnet werden. Zu den wichtigsten Gremien zählen der *Conseil supérieur des hôpitaux*, der *Conseil supérieur d'hygiène publique*, der *Conseil supérieur de pharmacovigilance*, der *Conseil national de l'ordre des médecins* und der *Conseil supérieur des professions paramédicales* (vgl. Rouault 1984; Wilsford 1989). Daneben sind vor allem noch die dem *Commissariat Général du plan* zugeordnete *Commission nationale de l'assurance maladie et de la santé* zu nennen sowie die *Commission nationale de l'équipement sanitaire* und das *Haut Comité médical de la sécurité sociale*. Im einzelnen wird auf einige dieser Beratungsorgane unten bei der Beschreibung einzelner Leistungsbereiche (Abschnitt C) zurückgekommen.

Auf **regionaler Ebene** ist ebenfalls eine Vielzahl von Beratungsgremien tätig. Am wichtigsten sind hier die *Commissions régionales des équipements sanitaires et sociales* (bis 1986: "*Commissions régionales de l'équipement sanitaire*"), die *Commissions régionales de l'hospitalisation* (CRH), die *Commissions régionales des institutions sociales et médico-sociales* (CRIS) und die *Commissions régionales d'action sanitaire et sociale* (CRASS - Vgl. Rouault 1984: 69, Seibel 1989: 18). Auf **departementaler Ebene** gibt es eine entsprechende Vielfalt von Kommissionen, so z.B. den *Conseil départemental d'hygiène* und die *Commission départementale de l'équipement* (vgl. Rouault 1984: 72).

Die effektive Bedeutung dieser ständigen Beratungsgremien ist umstritten. Manche Autoren billigen ihnen weniger faktische als symbolische Funktionen zu. Andere wie Wilsford (1989: 148) sehen sie eher als Transmissionsriemen bereits feststehender staatlicher Direktiven denn als die Politikformierung tatsächlich beeinflussende Beratungsorgane.

C. Die Gestaltung zentraler Bereiche der medizinischen Versorgung

1. Ambulante Versorgung

1.1 Infrastruktur und Angebotssteuerung

Träger der ambulanten Versorgung in Frankreich sind *frei niedergelassene Ärzte*. Sie haben zwar keine durch einen "Sicherstellungsauftrag" formell gesicherte Monopolstellung wie ihre deutschen Kollegen, sind aber durch die ebenfalls rechtlich fixierte Zusicherung der bereits erwähnten vier Freiheiten liberaler Medizin in einer ähnlich starken Position. Zwar gibt es in Frankreich 540 allgemeinmedizinische und 375 zahnmedizinische *Ambulatorien* ("*centres de santé*" oder "*dispensaires*") unter der Trägerschaft von Gemeinden oder freien Verbänden - Gewerkschaften, Rotes Kreuz, Wohlfahrtsverbände -, aber die Präambel des 1976 zwischen Ärzten und Kassen ausgehandelten Mantelvertrags ("*convention*") hielt ausdrücklich fest, daß von der Errichtung kasseneigener Ambulatorien abzusehen sei (Lacronique 1982: 282; 1984: 262).⁴³

Die Patienten haben *freien Zugang* zu Allgemein- wie Fachärzten. Zu den Ärzten haben sie ein privates Geschäftsverhältnis, d.h. sie erhalten Rechnungen, die sie zunächst selbst bezahlen. Insofern besteht hohe Kostentransparenz. Die Vergütung erfolgt nach Einzelleistung gemäß kollektiv ausgehandelten Preisen (vgl. dazu näheres unten). Die Kassen erstatten 75% der nach der Gebührenordnung zu berechnenden Kosten, den Rest trägt der Patient über die Selbstbeteiligung ("*ticket modérateur*"), für die allerdings häufig die schon beschriebenen *mutuelles* einspringen.

Im Vergleich zur Bundesrepublik ist der technische Ausstattungsgrad französischer Allgemeinarztpraxen bescheiden. Möglicherweise deshalb fallen die französischen Ärzte durch eine vergleichsweise starke *Zuwendungsorientierung* auf. Mit einer durchschnittlichen Konsultationsdauer von 14 Minuten widmen sie sich ihren Patienten nicht nur wesentlich länger als ihre sich durch eine hohe Wiederbestellungsfrequenz und kurze Kontaktdauer von nur 9 Minuten auszeichnenden deutschen Kollegen,

43 Die vorhandenen Ambulatorien arbeiten mit angestellten Ärzten auf Gehaltsbasis, werden von den Kassen aber nach Einzelleistungen bezahlt, wobei die Gebühren um 7-20% niedriger sind als im Falle der frei niedergelassenen Ärzte (Lacronique 1984: 262).

sondern verbringen auch sehr viel mehr Zeit mit Hausbesuchen (Sandier 1990: 46; vgl. Reinhardt u.a. 1987: 79, 83). Aus Hausbesuchen resultiert ein Drittel des Einkommens praktischer Ärzte bei Aufwendung der Hälfte ihrer Arbeitszeit (Sandier 1985: 197; Die Ortskrankenkasse 10/1988: 309).⁴⁴

Getreu den von der Ärzteschaft hochgehaltenen Grundsätzen der liberalen Medizin kann die Regierung die *Menge* und Verteilung der Ärzte nur in beschränktem Maße *steuern*. Allerdings steht es ihr offen, mit Hilfe bildungspolitischer Maßnahmen die Menge des medizinischen Nachwuchses zu regulieren. Bis in die siebziger Jahre hinein waren die gesundheitspolitischen Segel auf Expansionskurs gesetzt. An verschiedenen Orten wurden neue medizinische Fakultäten gegründet, und die Zahl der Medizinstudenten begann in der zweiten Hälfte der sechziger Jahre explosionsartig zu wachsen. Die Zahl der Absolventen stieg zwischen 1970 und 1975 von 3.159 auf 7.499 (vgl. Le système de santé français 1983: 104).⁴⁵

Nachdem das erste nationenweite Mantelvertragsabkommen zwischen Ärzten und Kassen zustande gekommen war (s.u.), wurden 1971 erstmals Zulassungsbeschränkungen zur *Regulierung der Studentenzahlen* gesetzlich verankert (Le Pen 1987: 88). Dennoch wuchs die Zahl der Medizinstudenten weiter, bis die Regierung 1975 den Zugang zum zweiten Studienjahr strikt beschränkte. Die Zahl der zum zweiten Jahr zugelassenen Studenten sollte nun quotiert und Jahr für Jahr um 5% gesenkt werden (Lacronique 1982: 282-285). Die Zulassungsbeschränkungen wurden 1978 verschärft (Le Pen 1987: 88). Nach dem Regierungswechsel von 1981 hielt auch die neue Linksrregierung am von den Studenten heftig be-

44 In Frankreich werden pro Versichertem und Jahr 1,2 Hausbesuche gezählt, in der Bundesrepublik 0,8 und in England 0,65 (Reinhardt u.a. 1987: 83).

45 Der Expansionskurs der ersten Nachkriegsjahrzehnte war vermutlich nicht nur Ausdruck des Bemühens, die medizinische Versorgung zu verbessern, sondern auch Teil der gesundheitspolitischen Strategie der Regierung, in den Auseinandersetzungen mit der zäh an den Prinzipien der liberalen Medizin festhaltenden Ärzteschaft die eigene Verhandlungsposition zu stärken. Wollte man den Ärzten zeigen, daß man im Falle ihrer Nicht-Kooperation nicht ausschließlich auf sie angewiesen war und glaubhaft mit einer Pluralisierung der Angebotsstrukturen - etwa durch Einrichtung von Ambulatorien - drohen können, so mußte man über genügend geeignetes Personal für solche alternativen Versorgungsstrukturen verfügen. Entsprechendes ereignete sich in Schweden, wo der sog. "Sieben-Kronen-Reform" des schwedischen Gesundheitswesens von 1970, in deren Rahmen die Krankenhausärzte das Recht zu privater Behandlung einbüßten, ein gezielter Ausbau der Zahl der Medizinstudenten vorausging (vgl. dazu Björkman 1985: 409 sowie für Details der schwedischen Entwicklung Immergut 1987).

kämpften Restriktionskurs fest, so daß die Zahl der Zulassungen zum zweiten Jahr in den achtziger Jahren halbiert wurde (Godt 1990: 29).

Die im Vergleich zur Bundesrepublik früher einsetzende Ärzteschwemme dürfte aufgrund dieser Maßnahmen künftig erheblich eingedämmt werden. Die Zahl der Studienanfänger im Fach Medizin sank von rund 10.000 im Jahr 1975 auf 6.409 im Jahr 1981 (Lacronique 1984: 264).⁴⁶ Die Zahl der Absolventen erreichte nach 7.499 im Jahr 1975 mit 9.236 im Jahr 1978 ihren Höhepunkt, ging dann aber bis 1986 auf 7.081 zurück⁴⁷ (Le système de santé français 1983: 104; Annuaire statistique de la France 1988: 310). Eine neue Ausbildungsordnung, die der Standardisierung der Bestimmungen im Rahmen der EG diene, wurde 1982 verabschiedet.⁴⁸

Nach bestandem Examen erwirbt der Absolvent mit der Eintragung bei der Ärztekammer (*Ordre des Médecins*) die **Approbation** als Arzt. Anders als im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik bedarf es darüber hinaus keiner besonderen Zulassung zur kassenärztlichen Praxis. Alle bei der Kammer eingetragenen Ärzte haben das Recht, sozialversicherte Patienten zu behandeln (Salowsky/ Seffen 1976: 47). Auch die Krankenkassen stellen das Prinzip der Freiheit medizinischer Praxis nicht in Frage (Stevens 1982: 267). Im Einklang mit den Prinzipien liberaler Medizin genießen die französischen Ärzte auch uneingeschränkte **Niederlassungsfreiheit**. Die regionale Verteilung wird lediglich rudimentär über das Medium Information gesteuert (Lacronique 1984: 264). Das Gesundheitsministerium gibt in unregelmäßigen Abständen eine Landkarte heraus, die Auskunft über die Art und Dichte ärztlicher Niederlassungen in ganz Frankreich gibt (Stevens 1982: 267).

Nach der Niederlassung muß sich der Arzt entscheiden, welchen **Status er gegenüber der Krankenversicherung** einnehmen will. Seit 1980

46 Sie liegt damit heute deutlich unter der Vergleichszahl für die Bundesrepublik, für die die folgenden Zahlen berichtet werden: 1975: 5.225 1980: 10.076; 1987: 10.456; (Bundesminister für Bildung und Wissenschaft 1988/89: 139).

47 Vergleichszahlen für die Bundesrepublik: 1975: 6.300; 1986: 11.800 (Staatsexamina; Bundesminister für Bildung und Wissenschaft 1988/89: 190).

48 Die medizinische Ausbildung ist nun in drei Zyklen unterteilt - vorklinischer, klinischer und praktischer Ausbildungsteil -, wobei im dritten Zyklus zwei Jahre als internierter Assistenzarzt in einem Krankenhaus abzuleisten sind (Le système de santé français 1983; Lacronique 1984: 265). Eine im Jahr 1983 unternommene Reforminitiative der Regierung, vor Beginn der fachärztlichen Spezialisierungsphase eine neue Zwischenprüfung einzuführen, löste mehrmonatige Streik- und Protestaktionen der Medizinstudenten aus (Ärzte Zeitung 19.5.1983).

besteht die Wahl zwischen drei Typen oder "Sektoren": 1. regulärer Vertragsarzt mit Honorarbindung, 2. Vertragsarzt mit Honorarfreiheit, 3. Privatarzt ohne Vertragsverhältnis (Sandier/ Stephan 1983: 80). Nur Ärzte des ersten Typs (*médecins conventionnés*) kommen in den Genuß gewisser steuerlicher und sozialrechtlicher Vergünstigungen. Eine kleine Minderheit unter ihnen kann im Falle anerkannt herausragender Qualifikation das Recht erhalten, über die Gebührenordnung hinausgehende Honorare (*dépassement permis*) zu berechnen. Ende 1986 zählten insgesamt 79% der Ärzte zum Sektor 1, darunter 7% mit dem Recht zu erhöhten Honoraren (Bague 1989: 18). Von der Möglichkeit der Honorarfreiheit im ebenfalls konventionierten Sektor 2 macht eine rasch wachsende Zahl der Ärzte Gebrauch. 1986 zählten 20, 1988 sogar 32% der niedergelassenen Ärzte zum zweiten Sektor (Bague 1989: 18, Die Ortskrankenkasse 18/1989: 522). Die Ärzte dieses Sektors können ihre Honorare "nach Takt und Maß" (*tacte et mesure*) frei bestimmen, erhalten aber weder sozialrechtliche noch steuerliche Subventionen. Ihre Patienten erhalten wie die des ersten Sektors von den Kassen 75% der Tarifsätze gemäß der geltenden Gebührenordnung erstattet. Dem freien, keinerlei Kollektivabkommen unterliegenden Privatsektor gehören weniger als 1 Prozent der Ärzte an. Ihre Patienten erhalten von der Versicherung nur 75% der weit unter den Sätzen der Gebührenordnung liegenden behördlich fixierten Tarife (*tarifs d'autorité*) erstattet (Bague 1989: 9/10; Sandier 1985: 102; Sandier/ Stephan 1983: 81; Lacronique 1982: 281).

Eine der deutschen Wirtschaftlichkeitsprüfung äquivalente **Kontrolle** der Arzttätigkeit kannte Frankreich lange Zeit nur auf dem Papier. Das 1971 kollektiv vereinbarte Prüfverfahren wurde 1980 voll implementiert. Seither gibt es Kontrollblätter ("*tableaux statistiques d'activité professionnelle*", abgekürzt **TSAP**), die es ermöglichen sollen, durch übermäßige Mengenexpansion auffallende Ärzte einer Überprüfung zu unterziehen. Eine von Kassen- und Ärztevertretern besetzte *Commission médicale paritaire nationale* erarbeitet typische Leistungsprofile für bestimmte Praxistypen, die als Maßstab für den Vergleich mit dem tatsächlichen Aufwand dienen. Dreimal jährlich müssen die Vertragsärzte ihre Abrechnungsblätter den ebenfalls paritätisch von Ärzten und Kassen besetzten lokalen Kontrollausschüssen einreichen. Dann wird ihnen mitgeteilt, wie stark sich ihr Aufwand von dem vergleichbarer Kollegen unterscheidet. Ärzte, die durch exzessive Abrechnungen auffallen, können verwarnet bzw. in extremen Fällen auch von der Kassenpraxis ausgeschlossen werden (Kessler 1989: 65; Ferrera/ Zincone 1986: 177-178). Von den neuen

Sanktionsmöglichkeiten wurde 1988 erstmals Gebrauch gemacht, als die Krankenkasse von Lille vier Ärzte nach wiederholter Verwarnung für einen Monat von der Kassenpraxis ausschloß, weil sie mit ihren Hausbesuchen 60% über dem Durchschnitt ihrer Kollegen lagen und überdurchschnittlich viele Medikamente verschrieben (Die Ortskrankenkasse 1/1988: 35).

1.2 Die Honorierung und Regulierung der Ärzte im Rahmen von Kollektivverhandlungen

Der französische Patient zahlt zwar das nach *Einzelleistungen* bemessene Arzthonorar selbst, aber um zwischen der Rückerstattung der Kassen und der tatsächlichen Honorarforderung feste Relationen zu sichern, werden zwischen Krankenkassen und Ärzteverbänden nationale Tarifverträge abgeschlossen. Darüber hinaus werden Grundsätze der Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen, ähnlich wie in Deutschland, in *Kollektivvereinbarungen* geregelt, in denen auch die staatliche Bürokratie beteiligt ist. Grundsätzlich ist zwischen drei Verhandlungsprozessen zu unterscheiden, nämlich der Aushandlung größerer Mantelvertragsabkommen ("*convention*"), der Aushandlung der Gebührenordnung, die in Frankreich unter dem Namen "*nomenclature*" firmiert und den *relativen Wert* verschiedener Leistungen bestimmt, und der alljährlichen Aushandlung der *Auszahlungsquoten*, die den monetären Wert der diversen Positionen der Gebührenordnung festsetzen.

Im einzelnen stellen sich die drei Ebenen des Verhandlungssystems zur Regulierung der Arbeits- und Einkommensbedingungen französischer Kassenärzte wie folgt dar:

Das Aushandeln der Convention

Im Rahmen des Gesetzes über die soziale Sicherheit und der gesundheitspolitischen Leitlinien der Regierung im sog. "*Engagement national*" kommt es alle 4-5 Jahre zu bilateralen Verhandlungen zwischen Ärzten und Kassen über die *convention*. In diesem Mantelvertrag werden die Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten, die jeweiligen Rechte und Pflichten beider Gruppen sowie die Prozeduren der Gebührenordnungsverhandlungen geregelt. In den Verhandlungen trifft sich das Führungspersonal der drei großen Kassenverbände - CNAMTS, CCSMA (Landwirt-

schaft) und CANAM ("non-non") - mit dem Führungspersonal der beiden rivalisierenden Arztverbände CSMF und FMF. Die *convention* enthält auch die Gebührenordnung (*nomenclature*) in der jeweils geltenden Fassung mit aktualisierten monetären Werten (Glaser 1970, 1978; Sandier 1985).

Die Vereinbarung der Nomenclature

Über die Nomenclature wird in einem trilateralen ständigen Ausschuß verhandelt (*Commission Permanente de la Nomenclature*). Dem Gremium gehören neben einem vom Arbeitsministerium ernannten neutralen Vorsitzenden jeweils 8 Vertreter der Kassenverbände (CNAMTS 4, die anderen beiden je 2), der Ärzteverbände (*Confédération 5, Fédération 1, Ordre des médecins 1, Haut comité médical 1*) und der drei Ministerien für Soziales (3), Gesundheit (3) und Landwirtschaft (2) an (letzteres wegen der Landwirtschaftskassen; vgl. Glaser 1978: 43; Schneider u.a. 1989: 177).⁴⁹ Der Kommission stehen diverse Arbeitsgruppen zur Seite, die Informationsmaterial und Diskussionsvorlagen erarbeiten. Eine neue Gebührenordnung tritt in Kraft, wenn sie durch ein Dekret (*arrêté*) der Ministerien für Arbeit, Gesundheit und Landwirtschaft verkündet wird, wobei die Ministerien auf Anraten der *Direction Générale de la Sécurité Sociale* auch Veränderungen vornehmen können.

Die *Nomenclature* versieht jede ärztliche Leistung mit einem **Kennbuchstaben** und einem **Punktwert** und fungiert somit als relativer Bewertungsmaßstab für die Einzelleistungsvergütung. Insgesamt werden neun verschiedene Leistungsarten - Beratung durch Allgemeinärzte (C), Fachärzte (Cs) oder Neurologen/Psychiater (CNPSY), Hausbesuche durch Vertreter dieser drei Ärztegruppen (V, Vs, VNPSY), spezialisierte Facharztleistungen (K), Laboranalysen (B) und Anwendung ionisierender Strahlen (Z) - unterschieden, die dann in diverse Untergruppen unterteilt und gewichtet werden. So erhalten etwa Blinddarmoperationen als spezialisierte Facharztleistungen den Kennbuchstaben K, gewichtet mit dem Faktor 40. Der dem Kennbuchstaben entsprechende monetäre Wert in Francs wird jährlich neu in bilateralen Verhandlungen zwischen Ärzten und Kassen ausgehandelt (etwa K = 4,25 Francs in einem bestimmten

49 Andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens, wie Zahnärzte, Krankenschwestern und Hebammen, sind in der Kommission ebenfalls vertreten und nehmen an den Sitzungen teil, wenn es um die Gebühren ihrer Sparten geht.

Jahr, so daß der Preis der Blinddarmoperation dann bei 170 FF - 4,25 x 40 - läge; vgl. Glaser 1978: 39; Sandier 1985: 103-105; Schneider u.a. 1989: 177/178).⁵⁰ Die Gebühren für zuwendungsorientierte ärztliche Grundleistungen, wie etwa Hausbesuche, sind seit geraumer Zeit überproportional gesteigert worden (Glaser 1970: 42; Sandier 1985: 113; Die Ortskrankenkasse 10/1988: 309).

Die Tarifverhandlungen über Honorare

Über die Auszahlungsquoten oder aktuellen Preise der Kennbuchstaben verhandeln die **Kassen- und Arztvertreter**, die auch die *convention* vereinbaren, in alljährlichen Tarifverhandlungen (Glaser 1978: 44). Dabei stehen ihnen beratend Ökonomen und Statistiker eines "**Comité d'Experts Tripartite**" zur Seite, das außer von den Kassen- und Arztverbänden auch von den Ministerien für Gesundheit und Finanzen beschickt wird und gesamtwirtschaftliche Orientierungsdaten in die Verhandlungen einbringen soll.

Das geltende Kollektivvertragswesen mit einer Gebührenordnung für die Einzelleistungshonorierung geht auf ein in den dreißiger Jahren erzieltes Abkommen zurück. Die erste offizielle *Nomenclature* wurde 1934 von der *Confédération* der französischen Ärzte und dem Arbeitsministerium verabschiedet (Glaser 1970: 41). Die Kassen und lokalen Arztverbände handelten damals lediglich die von den Kassen zu erstattenden Mindestsätze ("*tarifs de responsabilité*") aus, die die ärztliche Honorarfreiheit nicht einschränkten. In der Nachkriegszeit kam es zu den nachstehenden hauptsächlich **Entwicklungsetappen** der Regulierung der Arzttätigkeit, die hier aus verschiedenen Quellen rekonstruiert sind:

1945, Dekret:

Zunächst war vorgesehen, daß die Minister für Arbeit, Gesundheit und Wirtschaft die Gebührenordnung festsetzen sollten. Dazu ist es wegen des Widerstands der Ärzteschaft aber nicht gekommen (Wilsford 1989:

50 Im internationalen Vergleich fällt Frankreich durch eine etwas idiosynkratische Struktur seiner Gebührenordnung auf. Während der relative Wert der Leistungen in Belgien, der Bundesrepublik, der Schweiz, den USA, Australien und Japan sehr ähnlich ist, hebt sich die Preisstruktur Frankreichs und Dänemarks stärker von der anderer Länder ab (OECD 1987: 75).

145). Statt dessen entwickelte sich ein wie folgt gestaltetes zweistufiges System: Die bei den Kassen erstattungsfähigen Honorarsätze (*tarifs de responsabilité*) werden in Verhandlungen zwischen Arztverbänden und Kassen auf Departementebene ausgehandelt. Kommt kein Tarifvertrag zustande, so gelten die von einer Tarifkommission (*Commission Nationale des Tarifs* - CNT) festgesetzten Sätze als Berechnungsbasis. In der Kommission sitzen Vertreter der Regierung, der Kassen und der Ärzteschaft. Die in Abwesenheit eines Tarifvertrags (*convention*) geltenden "*tarifs d'autorité*" sind niedrige Sätze, die durch ein ministerielles Dekret (*arrêté ministériel*) bekanntgegeben werden, den privatrechtlichen Charakter der Beziehung zwischen Arzt und Patient aber nicht berühren.⁵¹ Die Patienten erhalten von den Kassen immer 80% der geltenden Tarife erstattet (Glaser 1970: 131; Immergut 1987: 87). Beim Fehlen kollektivvertraglicher Vereinbarungen bezieht sich der Erstattungssatz aber nur auf die niedrigen *tarifs d'autorité*, so daß der faktische Erstattungssatz häufig nur bei 20-40% liegt (Dupeyroux 1975: 366; Wilsford 1989: 145).⁵²

1958, Ordonnance vom 30. Dezember (auf der Grundlage der im Algerienkrieg geltenden Notverordnungsrechte):

Die Regierung erhält das Recht, Maximalsätze der Gebührenordnung festzusetzen, die in Departementverhandlungen nicht überboten werden können. Überdies wird sie ermächtigt, eine Standard-Gebührenordnung (*convention-type*) zu entwickeln, die den Verhandlungen zwischen Ärzten und Kassen als Modell dient (Immergut 1987: 202, 218).

1960, Dekret vom 12. Mai:

Die Verhandlungsfreiheit der Ärzte und Kassen wird in zweierlei Hinsicht eingeschränkt: Alle Verträge müssen sich nunmehr im Rahmen des ministeriell vorgegebenen Standardvertrags (*convention-type*) bewegen, und die Honorare dürfen gewisse Höchstbeträge (*plafonds fixés par arrêté*

51 Seit einem Dekret vom 20.12.1950 hatte der Arbeitsminister auch das Recht, einer auf departementaler Ebene ausgehandelten Konvention die Genehmigung zu versagen. Auch in diesem Falle galten die *tarifs d'autorité* (Igl 1978: 51).

52 Da Kollektivvereinbarungen aufgrund der Uneinigkeit zwischen Ärzten und Kassen bzw. aufgrund der ausbleibenden ministeriellen Genehmigung in vielen Departements nicht zustande kamen, blieb der Erstattungssatz von 80%, wie schon erwähnt, meist "ein Mythos" (Dupeyroux 1975: 366).

interministériel) nicht überschreiten (Dupeyroux 1975: 367). An die Stelle der korporatistischen CNT tritt eine interministerielle staatliche Tariffkommission, die sowohl die Mindesterstattungssätze festsetzt wie die Höchstbeträge fixiert. In Gegenden, in denen keine Kollektivvereinbarungen zustande kommen, können sich einzelne Ärzte auf individualvertraglicher Basis der von der Regierung verordneten Gebührenordnung anschließen ("*tarifs conventionnels*"), und die Kassen erhalten das Recht, Polikliniken einzurichten. Die Honorare der außerhalb der *convention* bleibenden Ärzte erstatten die Kassen auf der Basis der niedrigen, per interministeriellem Dekret fixierten *tarifs d'autorité* (Igl 1978: 52).

Der auf die Neuregelung folgende Ärztestreik blieb im Kontext des Algerienkriegs erfolglos. Zwar wurde ein "Komitee zur Gebührenordnung" etabliert, in dem Kassen- und Ärztevertreter Empfehlungen aushandelten, aber die Kompetenz zur Verabschiedung der *Nomenclature* verblieb bei der interministeriellen Tariffkommission. Der neuen Regelung schlossen sich die meisten Ärzte nun per Individualvertrag mit der Regierung an (Glaser 1970: 132-134; Sandier 1985: 100; Rodwin 1982: 299; Immergut 1987: 203). Nach ausgedehnten Verhandlungen zwischen Regierung, Ärzten und Kassen kam es 1966 zu einer Modifizierung des neuen Systems (Glaser 1970: 134).

1966/67, Dekret vom 7. Januar 1966:

An die Stelle der interministeriellen Tariffkommission tritt eine trilaterale "*Commission Nationale Tripartite*", in der Kassen-, Ärzte- und Regierungsvertreter miteinander die Gebührenordnung (*nomenclature*) aushandeln. Das Verhandlungsergebnis gewinnt durch ein Dekret des Premierministers Rechtskraft. Die monetären Auszahlungsquoten werden in bilateralen Verhandlungen zwischen Ärzten und Kassen auf Departementebene bestimmt. Bei Nichteinigung bestimmt die *Commission* auf Anforderung der lokalen Krankenkasse die Honorarsätze für die jeweilige Gegend (Glaser 1970: 38, 44, 134; Dupeyroux 1975: 366; Igl 1978: 52). Ärzte und Kassen einigten sich dann aber in nationalen Verhandlungen auf ein Abkommen (Godt 1985: 156/157).

1971, *Nationale, zwischen Kassen und CSMF ausgehandelte convention (rechtlich verankert in einem Dekret und einem Gesetz vom 3.7.1971):*

Nach einjährigen Verhandlungen vereinbarten die verschiedenen Kassenverbände unter Führung der CNAMTS mit dem Ärzteverband CSMF gegen den Widerstand der FMF und des *Ordre des médecins* einen Kollektivvertrag (Dupeyroux 1975: 368-374; Sandier 1985: 100; Godt 1989: 195). Die bislang auf departementaler Ebene vereinbarten Tarifverträge werden nun auf die nationale Ebene gehoben und zwischen den als repräsentativ anerkannten Verbänden der Ärzte und den nationalen Kassenverbänden ausgehandelt. Die Arzttarife gelten damit nationenweit für alle Ärzte, mit Ausnahme derer, die explizit vom Beitritt Abstand nehmen (Sandier 1985: 100). Für beitretende Ärzte gibt es rentenrechtliche und steuerliche Vergünstigungen. An die Stelle der *Commission Nationale Tripartite* zur Vereinbarung der Gebührenordnung tritt die "**Commission Permanente de la Nomenclature**"⁵³ mit unveränderten Funktionen (Glaser 1978: 42/43; Immergut 1987: 218). Zur Überwachung der Honorargestaltung und des Verschreibungsverhaltens der Ärzte sollen auf departementaler Ebene "*commissions médico-sociales paritaires*" mit Vertretern der Ärzte und der Kassen errichtet werden. Die Kassen sollen dazu statistische Leistungsprofile (*profils médicaux*) anfertigen und die Ergebnisse den paritätischen Kommissionen mitteilen, deren ärztliche Sektion durch übermäßiges Verordnen auffallende Ärzte dann zur Ordnung ruft (Dupeyroux 1975: 372; Bague 1989: 8).⁵⁴

1976:

Ärzte und Kassen vereinbarten eine neue *convention*, in der die Kassen sich bereit erklären, auf die Errichtung eigener Ambulatorien zu verzichten. Die geltenden Bestimmungen werden im wesentlichen bestätigt. Statistische Leistungsprofile zur "Auto-Kontrolle" der Ärzte sollen aufgebaut und computerisiert werden (Rodwin 1982: 311). Von den beiden Arztverbänden unterschreibt nur die FMF (ebd.; Sandier 1985: 100; Wils-

53 Der volle Name lautet "*Commission Permanente de la Nomenclature Générale des Actes Professionnelles des Médecins, Chirurgiens, Dentistes, Sage-femmes et Auxiliaires Médicaux*".

54 Der Rechtscharakter des Abkommens blieb ebenso wie die Implementation insofern prekär, als der Conseil d'Etat am 19.2.1975 die gesetzliche Anerkennung der Vereinbarungen rückwirkend annullierte (Dupeyroux 1975: 369, Anmerkung 3, 373/374).

ford 1989: 147). Da die Tarife ärztlicher Leistungen praktisch eingefroren sind, während die Inflationsrate Rekordhöhen erreicht, sinkt das Realeinkommen der Ärzte zwischen 1978 und 1981 um 14% (Lacronique 1984: 266; Godt 1985: 160).

1980:

Die neue *convention* steht im wesentlichen im Zeichen der Kostenkontrolle. Nach einer Kette von Ärztestreiks wegen der durch Regierungsdokrete blockierten Anhebung der Honorare⁵⁵ verhandelt nur die FMF, aber am Ende des Jahres unterschreibt auch die CSMF das neue Abkommen (Godt 1985: 162/163). Die Ärzte werden gehalten, über den Zuwachs des Sozialprodukts hinausgehende Ausgabensteigerungen zu vermeiden, die Mengenexpansion im Rahmen freiwilliger Selbstkontrolle in Grenzen zu halten und ihre Praxisführung an Richtlinien zu orientieren (Godt 1985: 162; 1989: 199). Zur Überprüfung der Ärzte werden Leistungsprofile und Kontrollblätter (*Tableaux statistiques d'activité professionnelle* -TSAP) erarbeitet sowie paritätisch von Kassen und Ärzten besetzte, lokale Kontrollkommissionen eingerichtet. Gleichzeitig schafft die Errichtung eines neuen Sektors 2 konventionierten Ärzten die Möglichkeit tariflich ungebundener Kassenpraxis (Sandier 1985: 101f.). Durch die Erweiterung des freien Honorierungssektors wird die Interessenstruktur der Ärzteschaft in den Verhandlungen mit den Kassen gespalten, da ein wachsender Teil der Ärzte nun vom Verhandlungsergebnis unabhängig wird. Gleichzeitig kommt es zu einer Privatisierung von Gesundheitsausgaben, denn den über die Tarife hinausgehenden Teil der Kosten tragen die Patienten.

1985:

Die unter Beteiligung der beiden großen Arztverbände (CSMF und FMF) ausgehandelte neue *convention* bestätigt im wesentlichen die geltenden Regelungen, sieht aber den Aufbau neuer Informationssysteme zur Über-

55 Die ausgehandelten Steigerungen der Tarife wurden 1979 und 1980 von der Regierung ausgesetzt (Godt 1989: 199). Auch nach dem Regierungsantritt der Sozialisten wurden die verhandelten Tariferhöhungen 1981 um sechs und 1982 um vier Monate im Rahmen eines Preis- und Lohnstopps verschoben. Nur die Ärzte im Sektor 2 und diejenigen im Privatsektor blieben davon unberührt (Godt 1989: 201).

prüfung der Arztpraxis vor. Sämtliche Einzelleistungen werden nun getrennt erfaßt, um detaillierte Aufschlüsse über die Komponenten der Mengenexpansion zu gewinnen (Bague 1989: 10). Eine nationale statistische Kommission wertet die Daten aus und erstattet alle drei Monate einen Bericht über die Kostenentwicklung im ambulanten Sektor (Kessler 1989: 65).

1990:

Nach elfmonatiger Verhandlungsdauer schließen Ärzteverbände und Kassen unter Führung der CNAMTS einen neuen Vertrag ab, der Honorar erhöhungen vorsieht, aber die Ärzte im Sektor 2 dazu verpflichtet, bei einem Viertel der Konsultationen nur die vertraglich vereinbarten Tarife zu berechnen. Der Zugang zum Sektor 2 wird für die nächsten zwei Jahre auf 1.000 Neuzugänge beschränkt. Jeder Arzt wird angehalten, sich um eine Dämpfung der Ausgabenentwicklung zu bemühen. Dazu sollen nationale Richtlinien erarbeitet werden, die in lokalen Vertragsverhandlungen zu präzisieren sind. Auf die Arzthonorare wird eine Abgabe von 1,35% zur Finanzierung der als notwendig anerkannten Weiterbildung der Ärzte erhoben (Die Ortskrankenkasse 16/1990:512; Le Monde, 2./3.7.1989).

Der historische Überblick macht einen ausgeprägten Trend **zunehmender Regulierung** der Arzttätigkeit deutlich. Allerdings gibt es nach wie vor keine wirksame Deckelung der Ausgaben im ambulanten Sektor. Maßnahmen in diese Richtung werden zur Zeit unter dem Stichwort "*enveloppe globale*" diskutiert. Aktuell wird versucht, innerprofessionelle Richtlinien sowie Begutachtungsverfahren zur Überprüfung der Praxisführung aufzubauen. Dazu sind trilaterale Gespräche zwischen Regierung, Ärzten und Kassen im Gange (Godt 1990: 30/31).

Im Kontext wachsender Arztzahlen und zunehmender Regulierung konnte die Ärzteschaft auch ihre traditionellen Einkommensprivilegien nicht voll wahren. Die **Arzteinkommen** wachsen, wie in anderen OECD-Ländern auch, seit längerer Zeit langsamer als die Arbeitnehmereinkommen (vgl. dazu Sandier 1990: 50/51). 1987, dem letzten Jahr, für das hier Daten vorlagen, sind sie real um 1,1 % geschrumpft (Die Ortskrankenkasse 17-18/1988: 526). 1988 verschob die Regierung die für Januar vorgesehene Tarifierhöhung erneut um einige Monate (Die Ortskrankenkasse 10/1988: 309). Dennoch ist die Einkommensposition französischer Ärzte im internationalen Vergleich noch auffallend günstig. Zusammen

mit den USA, Deutschland und Kanada gehört Frankreich zu den vier Ländern, in denen das Durchschnittseinkommen der Ärzte das durchschnittliche Arbeitnehmereinkommen um mehr als das Dreifache überschreitet (vgl. dazu OECD 1985, 1990 sowie die Auswertung der OECD-Daten in Alber 1988 und Sandier 1990).

2. Zahnbereich

Die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz haben sich zwischen 1975 und 1985 knapp vervierfacht. Sie sind damit nicht ganz so schnell gewachsen wie die gesamten Gesundheitsausgaben. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben sank von 6,6 auf 6,4% (errechnet aus den Daten bei Schneider u.a. 1988: 290). Er liegt damit wesentlich niedriger als in der Bundesrepublik, wo knapp 15% der GKV-Ausgaben in den Zahnsektor fließen.

Die vergleichsweise maßvolle Ausgabenentwicklung hängt mit dem anders gestalteten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen. Nur kieferorthopädische Leistungen werden von den Krankenkassen voll bezahlt, bei sonstigen Leistungen gilt im allgemeinen eine Selbstbeteiligungsquote von 25%.⁵⁶ Für den Zahnersatz gelten überdies Festbetragsregelungen (Schneider 1989: 183). Nur Maßnahmen, die dem Erhalt der Zahnwurzeln dienen, werden zu 75% von den Kassen finanziert, wobei vor Behandlungsbeginn die Genehmigung der Krankenkasse eingeholt werden muß. Bei Brücken und Zahnprothesen sind die Eigenleistungen der Versicherten wesentlich höher, denn die in der Gebührenordnung festgesetzten erstattungsfähigen Sätze liegen weit unter den tatsächlichen Kosten (Die Ortskrankenkasse 2/1989: 72).

Träger der Versorgung sind zum ganz überwiegenden Teil frei niedergelassene Zahnärzte, die etwa 95% aller Zahnärzte stellen. 1984 wurden 32.944 niedergelassene Zahnärzte gezählt, entsprechend einer Dichte von 62 Ärzten pro 100.000 Einwohnern (Schneider u.a. 1989: 184, 382). Angestellte Zahnärzte in Gesundheitszentren oder Kliniken tragen die Versorgung nur zu einem kleinen Teil. Die Honorierung der frei niedergelassenen Ärzte erfolgt nach ähnlichen Grundsätzen wie die

56 Im einzelnen gibt es leistungs- und patientengruppenspezifische Variationen (vgl. WHO 1986: 15).

der Allgemeinärzte, gemäß der in der Gebührenordnung festgesetzten Sätze. Die aktuellen Tarife werden auf dieser Basis zwischen Kassen- und Zahnarztverbänden ausgehandelt.

Für die Patienten gilt das Prinzip freier Arztwahl. Sie bezahlen die Zahnarztrechnungen direkt und erhalten dann von den Kassen den laut Gebührenordnung geltenden Satz erstattet.

3. Stationäre Versorgung

3.1 Merkmale der Infrastruktur (Grundcharakteristika und Probleme)

Die Entwicklung des Krankenhaussektors stand lange Zeit im Zeichen steigender Versorgungskapazitäten und wachsender Kosten. Die Zahl der Betten erhöhte sich nach den Daten der OECD von 451.571 im Jahr 1962 auf einen Höchststand von 601.051 im Jahr 1981. Bis 1986 sank sie dann wieder auf 592.525 (OECD 1990: 153). Das entspricht einer **Bettendichte** von 107 Betten pro 10.000 Einwohnern, womit das französische Niveau in etwa dem deutschen entspricht. Die **Belegquote** der Krankenhausbetten ging im Zuge des Ausbaus der Versorgung deutlich zurück. Lag sie 1962 noch bei 91% und 1970 bei 88%, so sank sie bis 1983 auf 73% ab (OECD 1987: 67). Eine noch niedrigere Belegquote hat im Vergleich sämtlicher OECD-Länder nur Island vorzuweisen.⁵⁷

Das Ausmaß **regionaler Ungleichheit** in der Versorgung mit Krankenhausbetten galt in Frankreich lange Zeit als ein großes Problem. Eine im Rahmen der Vorarbeiten für den 7. Plan vom Gesundheitsministerium 1973 veröffentlichte Studie machte eine breitere Öffentlichkeit darauf aufmerksam (Stevens 1982: 60-61). In den letzten Jahren konnten die Disparitäten aber deutlich reduziert werden. Das zeigt ein Vergleich der Bettenausstattung der 22 Regionen in den Jahren 1975 und 1983. Sowohl die Spannweite wie der Variationskoeffizient der regionalen Verteilung

57 Nach französischen Quellen lag die Belegquote in öffentlichen Krankenhäusern 1984 bei 79%, in privaten bei 90%. Das entspräche bei einem Bettenanteil des öffentlichen Sektors von 66% einer Gesamtbelegquote von 83% (French Hospital News 1987: 30). Hier zeigt sich einmal mehr, daß eine adäquate Datenbasis für valide internationale Vergleiche erst noch geschaffen werden muß.

der Bettendichte sind in diesem Zeitraum deutlich geschrumpft (vgl. dazu die Daten in Alber 1989: 273). Die mit der "*carte sanitaire*" eingeführte Bedarfsplanung zeitigt hier erste Erfolge.

Während Versorgungslücken geschlossen oder zumindest verringert werden konnten, beanspruchte die im Krankenhaussektor konzentrierte **Kostenexplosion** in letzter Zeit zunehmende Aufmerksamkeit. Während sich der Index der Verbraucherpreise zwischen 1950 und 1975 vervierfacht hat, ist der Krankenhaus-Pflegesatz im gleichen Zeitraum um den Faktor 20 gestiegen, nämlich von 13 auf 284 FF. 1976 kletterte er dann sogar auf 359 FF (vgl. Glaser 1980: I-16 mit Zeitreihendaten auf Jahresbasis). Damit avancierte der stationäre Sektor zum Hauptverursacher der Kostenexplosion im französischen Gesundheitswesen. Sein Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit stieg zwischen 1960 und 1986 von etwa einem Drittel auf rund die Hälfte (vgl. OECD 1985; Schneider u.a. 1989: 360).

Die **Personalausstattung** der Krankenhäuser ist bislang anscheinend nicht in ähnlichem Maße wie in Deutschland zu einem öffentlichen Thema geworden, obwohl das Land nach der OECD-Statistik die niedrigste Zahl von Pflegepersonen pro belegtem Bett sämtlicher OECD-Länder hat (OECD 1985: 115). Hier spielt allerdings wohl die bereits mehrfach erwähnte Unzuverlässigkeit vergleichender Indikatoren des Gesundheitswesens eine entscheidende Rolle (vgl. oben Abschnitt B.8). Die Gesamtzahl des Krankenhauspersonals lag 1985 nach französischen Quellen bei 965.000 Personen, entsprechend 4% der Erwerbsbevölkerung. 74% davon waren im öffentlichen Sektor, 26% in privaten Kliniken beschäftigt (French Hospital News 1987: 52).

Die **technologische Ausstattung** der französischen Kliniken erreicht zwar anscheinend nicht das gleiche Niveau wie in der Bundesrepublik (vgl. Arnold 1987: 56), erfährt in jüngster Zeit aber trotz der Regulierung im Rahmen der Bedarfsplanung einen rapiden Ausbau. Die anfangs noch restriktiv kontrollierte Zahl der Computertomographen hat sich zwischen 1980 und 1986 von 1,0 auf 4,7 Geräte pro 1 Million Einwohner vervinfacht (Lacronique 1988: 389; French Hospital News 1987: 41; Sandier/Stephan 1983: 95). 1984 gab es 126 Geräte, 1986 aber bereits 264 (Lef-aure/ Fagnani 1989: 326; French Hospital News 1987: 41). Andere Geräte wie Szintillationskameras und die 1981 eingeführten DSA (Digitale

Subtraktions-Angiographie für Gefäßuntersuchungen) zeigen ähnliche Wachstumsraten (ebd.).⁵⁸

3.2 Steuerungsinstrumente und -prozeduren

Die öffentlichen Krankenhäuser, die den Hauptteil der stationären Versorgung tragen, sind finanziell von den Zuweisungen der Krankenkassen und des Zentralstaats abhängig und stehen unter der Kontrolle der Gesundheitsbehörden (s.u.). Gleichwohl sind sie formell eigenständige kommunale oder departementale Einrichtungen mit eigener *Verwaltung*, die gegenüber der auf Kostenkontrolle bedachten Ministerialbürokratie meist eine Strategie des Leistungsausbaus vertreten (vgl. Pouvourville 1983: 1090). An ihrer Spitze steht ein Verwaltungsrat (*Conseil d'Administration*), dem im Falle lokaler Krankenhäuser der Bürgermeister der Kommune, im Falle der departementalen Kliniken der Präsident des Rates des Departements vorsteht (French Hospital News 1987: 8). Daneben gehören dem Verwaltungsrat Vertreter der Gemeinde, der lokalen Krankenkasse (*caisse primaire*), des Krankenhauspersonals und des (Sozial- bzw. Gesundheits-) Ministeriums⁵⁹ an (Lacronique 1984: 272; Pouvourville 1986: 393). Die Geschäfte führt ein vom Ministerium ernannter und an der *Ecole Nationale de la Santé Publique* ausgebildeter Krankenhausdirektor, dem als Beratungsorgan eine von der Ärzteschaft beschiedene *Commission Médicale Consultative* (CMC) zur Seite steht.

Die Entwicklung des Versorgungsangebots öffentlicher Krankenhäuser bestimmt sich im wesentlichen aus dem Zusammenspiel dreier klinikinterner und dreier externer *Schlüsselakteure*. Das interne Geschehen wird im wesentlichen vom an der Spitze des Verwaltungsrates stehenden und seiner Wählerschaft verantwortlichen *Lokalpolitiker*, vom *Krankenhausdirektor* und von den *Chefärzten* geprägt. In den Außenbeziehungen unterliegen die Spitäler drei zentralen Einflußkräften, nämlich den mit Kontrollfunktionen betrauten *Gesundheitsbehörden*, den als Zahler bzw. Mittelzuweiser fungierenden *Krankenkassen* und dem den Bedarfs-

58 Die Verweigerungsrate von Zulassungsanträgen lag im Fall der letztgenannten Geräte im Bereich privater Kliniken bei 41%, im Bereich öffentlicher Kliniken bei 18% (Lefaure/ Lagnani 1989: 331).

59 Die alternative Formulierung bezieht sich auf die phasenspezifische Trennung und Vereinigung der beiden Ministerien.

plan und das Budget bestimmenden **Gesundheitsministerium** (vgl. Pouvourville 1983, der unter Ausklammerung der nationalen Regierung von einem "jeu à cinq" im französischen Krankenhauswesen spricht). Hinzu kommt noch die Vielzahl der auf allen Ebenen des französischen Gesundheitswesens agierenden **Beratungsorgane**.⁶⁰

Für den öffentlichen wie für den privaten Bereich gilt, daß die stationäre Versorgung seit der Einführung der *carte sanitaire* der zentralstaatlichen Regulierung durch das Gesundheitsministerium unterliegt. Im Prinzip bedient sich das Ministerium bei der Angebotslenkung der folgenden Instrumente: der mit zahlreichen Beratungsgremien in einem langen Konsultationsverfahren abgestimmten **Bedarfsplanung**, der **Genehmigungspflicht** von Investitionen, der **Ressourcenlenkung** im Rahmen der Festsetzung der Krankenhausbudgets und der Verteilung öffentlicher Zuschüsse sowie schließlich der nachträglichen **Finanz- und Funktionskontrolle** des Leistungsgeschehens. Der Einsatz dieser Instrumente soll im folgenden näher geschildert werden.

3.2.1 *Bedarfsplanung und Angebotslenkung (Mengenkontrolle)*

Die 1970 gesetzlich verordnete und ab 1973 schrittweise implementierte Bedarfsplanung basiert auf einer Bestandsaufnahme der vorhandenen Betten und medizinisch-technischen Geräte in der *carte sanitaire* (Pouvourville 1983: 1093). In diesem als Bedarfsplan fungierenden Gesundheitsatlas werden die 22 Regionen Frankreichs in 284 **Sektoren** mit im Schnitt etwa 150.000 Einwohnern eingeteilt. Für jede Region und jeden Sektor werden der Bestand und die Inanspruchnahme von Krankenhauseinrichtungen ermittelt und dokumentiert, um die gebietsspezifischen Bedarfsmuster zu identifizieren und entsprechende Krankenhausentwicklungspläne vorzubereiten.

Den Ausgangspunkt für die Festlegung des Bedarfs in sog. "*indices de besoin*" bilden die Bettenzahlen. Nach Ermittlung der fachspezifischen Bettendichte und prognostizierten Belegquoten in jedem Sektor werden nach Konsultation der Krankenhausräte und der diversen Beratungsorgane (s.u.) Empfehlungen zur Entwicklung der Bettenziffer und Ausstattung mit medizintechnischen Geräten entwickelt, die an eine nationale Koordi-

60 Die Geräteindustrie nimmt durch die Vermarktung medizin-technischer Geräte auf die Entwicklung im Krankenhaussektor Einfluß, ohne formell an Entscheidungsverfahren beteiligt zu sein.

nierungskommission weitergeleitet werden, um schließlich dem Gesundheitsminister zur Genehmigung vorgelegt zu werden. Der Minister fixiert dann per Erlaß den fachspezifischen Bedarf an Betten und Geräten innerhalb der einzelnen Sektoren, wobei die vorgegebenen Richtwerte mit gewissen Schwankungsbreiten versehen sind. Bei der Angebotslenkung bedient sich das Ministerium dann der Mittel der Beratung, der Genehmigungspflicht von Erweiterungsvorhaben und der Verteilung von Finanzmitteln.

Das Gesundheitsministerium hat keine Möglichkeiten, die Verwirklichung geplanter Erweiterungen aktiv durch die Anregung oder Initiierung von Bauvorhaben voranzutreiben. Seine Macht begrenzt sich vielmehr darauf, Projekte, die nicht in das Prioritätenschema der *carte sanitaire* passen, im Rahmen des **Zulassungsverfahrens** abzulehnen (Stevens 1982: 201). Jede Eröffnung einer Klinik bedarf - unabhängig davon, ob es sich um öffentliche oder private Spitäler handelt - der ministeriellen Genehmigung (Lacronique 1982: 276; Stevens 1982: 280). Mit der Zulassung wird auch festgelegt, welchen Status das Krankenhaus gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung einnimmt. Die Einrichtung medizin-technischer Großapparate ist ebenfalls genehmigungspflichtig (Lacronique 1982: 275; Stevens 1982: 280). Im Tausch gegen die Unterwerfung unter staatliche Beaufsichtigung erhalten die am öffentlichen Krankenhausdienst teilnehmenden Kliniken eine Abschirmung gegen unliebsame Konkurrenz durch Neuerrichtungen in ihrem Einzugsgebiet sowie im Falle der gemeinnützigen Kliniken auch ein Anrecht auf öffentliche Subventionen (vgl. Maynard 1975: 140).

Die Bedarfsplanung bezieht sich nur auf Betten und Investitionen. Den deutschen Personal-Anhaltzahlen vergleichbare Personalschlüssel werden nicht erarbeitet (vgl. Rodwin 1983: 312; Pouvourville 1983: 1086). Die Kompetenz zur Einstellung von **Personal** liegt im Rahmen der zugewiesenen Budgetmittel bei den Verwaltungsräten der einzelnen Krankenhäuser (vgl. Glaser 1980: VII-17). Über die Gehälter des ärztlichen und des paramedizinischen Personals wird in getrennten Verfahren auf nationaler Ebene entschieden. Die Ärzte genießen dabei einen von anderen öffentlichen Bediensteten abgehobenen Sonderstatus. Im Gegensatz zu den sonstigen Krankenhausangestellten gelten sie nicht als "*fonctionnaires*", sondern als "*agents du service public*", die als Einkommen auch keine ordinären Gehälter ("*salaires*"), sondern Vergütungen ("*émoluments*") beziehen (Glaser 1980: VII-9). Die Höhe ihrer Bezahlung wird alljährlich durch ein Regierungsdekret bestimmt. Dem Erlaß gehen

Verhandlungen zwischen der zuständigen Abteilung des Gesundheitsministeriums und den die verschiedenen Kategorien von Krankenhausärzten repräsentierenden Verbänden voraus (Glaser 1980: VII-12).

Für das sonstige Krankenhauspersonal gelten die für den öffentlichen Dienst insgesamt auf zentralstaatlicher Ebene ausgehandelten Tarife. Die Regierung macht im Rahmen ihrer Budgetplanung einen Vorschlag und verhandelt dann unter der Führung der beim *Secrétaire d'Etat* des Premierministers eingerichteten "*Direction Générale de la Fonction Publique*" mit den Gewerkschaften. Das Verhandlungsergebnis muß vom Kabinett bestätigt werden und wird dann als Dekret verkündet. Verhandelt wird über die linear für alle Kategorien geltende Rate der Lohnerhöhung. Die Gehaltsabstufung für die verschiedenen Kategorien des öffentlichen Dienstes wird durch eine jeder Position zugeordnete Indexzahl (variierend zwischen 100 und 1000) festgelegt (Glaser 1980: VII-19-21).

Ein besonderes Charakteristikum des französischen Planungsprozesses ist die Vielzahl der auf verschiedenen Ebenen Gehör findenden **Beratungsorgane**.⁶¹ Aus den auf sektoraler und regionaler Ebene entwickelten Beratungsergebnissen erarbeitet die Ministerialbürokratie eine Synthese.⁶² Entscheidungen fällt der Minister, aber sein Plan muß vom Parlament ratifiziert werden. Im Anhörungsverfahren kommen sektorale und regionale **Krankenhausräte**, diverse regionale **Beratungskommissionen** sowie eine **nationale Beratungskommission** zu Wort (vgl. dazu Altenstetter 1980, Rouault 1984).

Auf sektoraler Ebene sind alle dem öffentlichen Krankenhausdienst angeschlossenen privaten und öffentlichen Krankenhäuser - die als "*Concessionnaires du Service Publique Sanitaire*" bezeichnet werden - im **Krankenhausrat** ("*Conseil du Groupement Interhospitalier de Secteur*") vertreten. Diese Räte sollen das Leistungsangebot der Krankenhäuser koordinieren (Altenstetter 1980: 319). Die Repräsentation im Rat richtet sich nach der Zahl der Betten. In den Regionen gibt es entsprechende **regionale Krankenhausräte** (*Conseil du Groupement Interhospitalier de Région*). Ihnen gehören etwa 40 Mitglieder an, die als Repräsentanten der verschiedenen Krankenhaustypen (öffentlich, gemeinnützig, kommer-

61 Ob der Planungsprozeß primär von unten nach oben oder von oben nach unten verläuft, ist unter Beobachtern des Gesundheitswesens umstritten (vgl. die unterschiedlich akzentuierten Darstellungen bei Altenstetter 1980 und Wilsford 1989).

62 Im Ministerium sind direkt unter dem Ministerbüro zwei voneinander unabhängige Abteilungen für den öffentlichen und den privaten Krankenhausbereich zuständig (Altenstetter 1980: 322, Lacronique 1982: 273).

ziell) fungieren. Diese Räte müssen bei allen Änderungen der *carte sanitaire* gehört werden. Nachdem sowohl die sektoralen wie die regionalen Krankenhausräte konsultiert wurden, ist der Rat diverser **regionaler Beratungskommissionen** einzuholen.

Das **Comité Régional de l'Équipement Sanitaire** ist ein Sachverständigen-gremium, das Verwaltungsexperten des privaten und öffentlichen Sektors sowie Vertreter der Kassen und Ärzteverbände vereint. Es nimmt zu Planungsvorhaben und zur Klassifizierung der Krankenhäuser in verschiedene Versorgungskategorien Stellung. Unter dem Vorsitz des regionalen Präfekten tagen 25 bis 29 Mitglieder, die sich wie folgt zusammensetzen: 1 Vertreter des Finanzministeriums, die 4 Leiter der vier Zweige der Sozialverwaltung (Krankenhausbau und -geräte, regionaler Medizininspektor, Sozialversicherung, öffentliche Gesundheit und Sozialdienste), Vertreter der Gebietskörperschaften (2-6 gewählte Räte pro Departement und der Bürgermeister der Hauptstadt der Region), je 2 Vertreter der Krankenhausärzte und der niedergelassenen Ärzte, je 3 Vertreter der öffentlichen und der privaten Krankenhäuser und 6 Vertreter der regionalen Kassen (Altenstetter 1980: 320).

Die **Commission Régionale de l'Hospitalisation** (CRH) wird zu allen Fragen konsultiert, die die Errichtung von Privatkrankenhäusern oder deren Ausstattung mit Medizintechnologie betreffen. Unter dem Vorsitz eines vom Präfekten ernannten Juristen vereint diese Kommission 4 Vertreter der Sozialverwaltungszweige und je 4 Vertreter der öffentlichen und privaten Krankenhäuser sowie der Krankenkassen. Der Direktor der Regionalkasse und ein Mitglied des *Conseil régional* haben beratendes Stimmrecht (ebd.).⁶³

Auf der obersten Stufe des Beratungsverfahrens findet sich die **Commission Nationale de l'Équipement Sanitaire**, das nationale Gegenstück zu den Regionalkommissionen gleichen Namens. Die nationale Kommission gibt Stellungnahmen zu allen Projekten ab, die von nationalem oder interregionalem Interesse sind wie z.B. Universitätskliniken. Sie erarbeitet

63 Zusätzlich wird die **Commission Régionale d'Action Sanitaire et Sociale** (CRASS) zu Rate gezogen, wenn Fragen der Sozialdienste und öffentlichen Wohlfahrt tangiert sind. Dieser Kommission gehören 18 Mitglieder an, nämlich: der den Vorsitz führende Präfekt, 2 Regierungsvertreter für Wohlfahrts- und Sozialversicherungswesen, 3 vom Präfekten ernannte Ärzte, 1 Vertreter des Arztverbandes, 1 Vertreter der Assoziation öffentlicher Krankenhäuser (*Fédération Hospitalière de la France*), 4 Vertreter der Kassen, der regionale Medizininspektor (s.u.) und 4 Vertreter des Familienbeihilfenprogramms (Altenstetter 1980: 320/321).

eine Synthese der verschiedenen regionalen Empfehlungen und Anträge, auf deren Grundlage das Ministerium für öffentliche Gesundheit und soziale Sicherheit dann seine Entscheidung trifft (ebd.: 321). Ihr gehören 38 Mitglieder an, die vielfältigere Interessen repräsentieren als die Regionalkommissionen. Neben Vertretern zahlreicher Ministerien zählen dazu ein Vertreter des *Commissariat Général du Plan*, die Vorsitzenden der Ausschüsse für kulturelle und soziale Angelegenheiten der Nationalversammlung und des Senats, Repräsentanten der Gebietskörperschaften, der Ärzte, der Kassen, der Krankenhäuser sowie einzelne Experten (z.B. ein Architekt). Die Sozialpartner oder die Kirchen sind allerdings nicht vertreten.

Dem *Commissariat Général du Plan* ist eine weitere Kommission angeschlossen, die Vorschläge zur Aufnahme von Krankenhausfragen in den Fünfjahresplan erarbeitet. Dieser *Commission de Santé et de l'Assurance Maladie* mit wechselnder Stärke gehörten um 1975/76 30 Mitglieder an, darunter neben Regierungsvertretern auch Repräsentanten von Kapital und Arbeit sowie Vertreter der Ärzteverbände und der Gesundheitsberufe. Die Kommission gliedert sich in vier Arbeitsgruppen für Präventivmedizin, Personalfragen, Krankenhäuser und Kostenfragen (ebd.: 321/322).

3.2.2 Finanzierung und Preisbildung

Unter Finanzierungsgesichtspunkten ist zwischen öffentlichen Krankenhäusern, Privatkliniken, die am öffentlichen Krankenhausdienst (*Service Public Hospitalier* - SHP) teilnehmen, und unabhängigen Privatkliniken, die volle finanzielle Autonomie besitzen, zu unterscheiden (French Hospital News 1987:8; Stevens 1982: 281). Frei gemeinnützige, d.h. nicht profitorientierte Kliniken können ohne weiteres den gleichen Status wie öffentliche Krankenhäuser erlangen und erhalten dann öffentliche Zuschüsse zu ihren Investitionen. Über die Hälfte der Kliniken im Besitz gemeinnütziger Träger hat von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht (Steffen 1987: 205). Profitorientierte Privatkliniken können auf Antrag eine staatliche Konzession zur Teilnahme an der öffentlichen Versorgung erhalten. Sie bekommen dann zwar keine Zuschüsse, wohl aber die Garantie, daß in ihrem Einzugsbereich keine konkurrierenden Kliniken zugelassen werden, solange der Bedarf gedeckt ist (Stevens 1982: 281). Die Privatkliniken, die nicht am öffentlichen Versorgungssystem teilnehmen, unterteilen sich

wieder in zwei Gruppen, nämlich solche, die ihre Tarife für Kassenpatienten binden, und solche, die völlig ungebunden bleiben (s.u.).

Für *Investitionen* der am öffentlichen Krankenhausdienst teilnehmenden Kliniken gilt ein System der *Mischfinanzierung*. Das Gesundheitsministerium trägt 40% der Kosten von (genehmigungspflichtigen) Erstinvestitionen. Der Rest wird zu 30% durch Zuschüsse verschiedener Zweige der Sozialversicherung und zu 30% aus Eigenmitteln der Krankenhäuser aufgebracht. Zu den Eigenmitteln zählen Zuwendungen der Gemeinden sowie Darlehen, welche von regionalen Kranken- oder Sparkassen zur Verfügung gestellt werden (Stevens 1982: 279).

Für die Finanzierung der *laufenden Ausgaben* galt lange Zeit ein System von Pflegesätzen. Runderlasse der Gesundheits- und Finanzministerien bestimmten den Rahmen, in dem die Präfekte die gültigen Tagessätze in öffentlichen und privaten Krankenhäusern festsetzen konnten. Nur mit den nicht am *Service Public Hospitalier* (SHP) teilnehmenden Krankenhäusern konnten die Krankenkassen den Pflegesatz aushandeln (Launois 1989: 82-83). Durch die Reform von 1983 sind die Pflegesätze im Bereich des öffentlichen Krankenhausdienstes durch *prospektive Budgets* ersetzt worden.

Die Initiative zur Festsetzung der Budgets geht vom Zentralstaat aus. Das Gesundheitsministerium bestimmt jedes Jahr eine Richtlinie für die zulässige Steigerungsrate der Krankenhausaufgaben (*taux directeur national*). Diese Richtlinie ist im Rahmen einer bestimmten Bandbreite (*marge de manœuvre*) für alle öffentlichen Krankenhäuser verbindlich. Ob ein einzelnes Krankenhaus Anspruch auf Mittel über den zugesicherten Mindeststeigerungssatz hinaus erhält, bestimmt sich in informellen Verhandlungen mit der *Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales* (DDASS). An den Gesprächen ist in beratender Funktion auch die zuständige regionale Krankenkasse beteiligt. Das tatsächlich zuzuteilende Budget bestimmt der Präfekt in einem Dekret, gestützt auf den Rat der DDASS.⁶⁴ Die zugestandenen Budgetmittel erhält das Krankenhaus dann in monatlichen Zahlungen über die Regionalkassen der Krankenversicherung (Mougeot 1989: 106; Pouvourville 1983: 1088; 1986: 403).

Für die Ermittlung der den Kliniken zuzuteilenden Budgetmittel standen anfangs drei Verfahren zur Debatte: Man konnte die Ausgangsniveaus einzelner Krankenhäuser inkrementell fortschreiben, nationale Stan-

64 Für Informationen zum Budgetierungssystem bin ich Gérard de Pouvourville zu Dank verpflichtet.

dardkosten einer Klinik vorgeben oder aber den spezifischen "case-mix" der Krankenhäuser zur Basis der Kostenberechnung machen. In Anlehnung an das in den USA praktizierte Verfahren der "*DRGs*" (*Diagnosis Related Groups*) hat man sich für den letzten Ansatz entschieden, mit dem seither experimentiert wird. Die *Direction des Hôpitaux* des Ministeriums hat dazu ein großes Projekt zum Aufbau eines neuen Informationssystems "*PMSI*" (*Projet de Médicalisation des Systèmes d'Information*) in Angriff genommen, in dessen Rahmen das Kostenprofil von etwa 470 Fallgruppen analog zu den amerikanischen DRGs ermittelt werden soll. In Frankreich spricht man hier von "*GHM*" (*Groupes Homogènes de Maladies* - vgl. Hatchuel u.a. 1989: 142). Das Ziel ist es, damit einerseits zu einer rationalen Methode der Ressourcenallokation entsprechend dem erwarteten "*case-mix*" zu kommen, andererseits einen Vergleich der Kosten pro GHM und damit der Effizienz verschiedener Krankenhäuser zu ermöglichen.⁶⁵

Die außerhalb der öffentlichen Versorgungsplanung operierenden *Privatkliniken* haben die Wahl zwischen drei Arten der Preisbildung. Für eine erste Gruppe setzt der Präfekt den geltenden Pflegesatz fest (French Hospital News 1987: 26). Eine zweite verhandelt mit der Krankenversicherung die für Kassenpatienten geltenden Tarife. In der dritten bestimmen die Klinikverwaltungen autonom den Preis, aber dafür verfügen ihre Patienten gegenüber der Krankenversicherung über keinen Erstattungsanspruch. Der Privatsektor umfaßt 34% aller Betten. Ein Drittel davon (31%) wird im Rahmen der öffentlichen Versorgung über globale Budgets finanziert. Für 19% der Privatbetten bestimmt der Präfekt den geltenden Pflegesatz. 49% bestimmen ihre Preise in Verhandlungen mit der Sozialversicherung, und nur 0,4% aller Betten zählen zum gänzlich unregulierten Privatsektor (French Hospital News 1987: 26-27).

3.2.3 Finanz- und Funktionskontrolle

Die am öffentlichen Krankenhausdienst teilnehmenden Kliniken unterliegen grundsätzlich der "*tutelle*" genannten Aufsicht durch die als Mittler-

65 In der Praxis stellen sich sowohl der fallspezifischen Kostenermittlung wie der Ermittlung des geeigneten Budgetverteilungsschlüssels allerdings große Schwierigkeiten in den Weg. So lassen sich Schwankungen des case-mix nur in unzureichendem Maße vorhersehen, und bislang gibt es offenbar noch zahlreiche Probleme mit der Standardisierung der Buchführungstechniken (vgl. dazu im einzelnen Hatchuel u.a. 1989: 145-153).

instanzen des Zentralstaates fungierenden Gesundheitsbehörden (DRASS und DDASS). Hinzu kommen Kontrollen durch die Sozialversicherung und die finanztechnische Prüfung durch den Rechnungshof.

Die *staatliche Aufsicht* erfolgt durch die regionalen und departementalen Gesundheitsbehörden. Während die Regionalbehörden (DRASS) eher Planungs- und Beratungsfunktionen wahrnehmen, übernimmt die *Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale* (DDASS) echte Kontrollaufgaben. Sie überprüft, inwiefern das Leistungsangebot der Kliniken der Bedarfsplanung entspricht, überwacht die Einhaltung technischer Normen, prüft die Verwaltungsberichte, untersucht Unfälle und führt mithilfe ihres medizinischen Dienstes Stichprobenkontrollen durch (Lacronique 1982, 277, 1984: 275; Pouvourville 1983: 1084). Allerdings verfügen die Gesundheitsbehörden nur über einen sehr beschränkten Personalstab. Den rd. 3.500 Kliniken stehen lediglich 1.300 Vollzeitkräfte im Dienste der DDASS und nur etwa 300 "*Médecins inspecteurs de la santé*" genannte Amtsärzte gegenüber, die schlecht bezahlt sind und gegenüber den Chefärzten der Kliniken ein hohes Kompetenzgefälle aufweisen (Lacronique 1984: 275; Pouvourville 1983: 1092; letzterer erwähnt sogar nur "*une centaine*" von Amtsärzten).

Die *Sozialversicherung* wirkt an der Überwachung der Krankenhäuser durch etwa 4.000 Inspektoren mit, die "*Médecins-conseils de la Sécurité Sociale*" genannt werden (Lacronique 1982: 277). Diese dem Medizinischen Dienst deutscher Kassen vergleichbaren Mediziner hatten ursprünglich die Aufgabe, die Versicherten zu kontrollieren und bei kostspieligen Eingriffen oder langwierigen Klinikaufenthalten als Gutachter ihr Placet zu geben. In neuerer Zeit haben sie sich aber darüber hinaus zu einem Kontrollorgan der Kliniken entwickelt, das Krankenhausbegehungen unternimmt, die Budgets analysiert, das Leistungsgebaren einzelner Fachabteilungen untersucht und darüber Berichte verfaßt, die mit der *Commission Médicale Consultative* der Klinik diskutiert werden (Catrice-Lorey 1987: 493).

Die *finanztechnische Kontrolle* der Krankenhäuser erfolgt durch die Inspektoren des dem deutschen Rechnungshof entsprechenden *Cour des Comptes*. Der Hof wählt stichprobenhaft einzelne Krankenhäuser zur Überprüfung aus und veröffentlicht Untersuchungsberichte. Sein Bericht von 1980 prangerte Mißstände in der Krankenhausverwaltung an und bot eine der Grundlagen für die Austeritätsmaßnahmen im Plan Barrot (Lacronique 1982: 278; vgl. im Detail Glaser 1980: III-5-6).

Über die genannten Überwachungsorgane hinaus gibt es auf zentralstaatlicher Ebene noch ein *Sachverständigengremium* mit Namen *Inspection Générale des Affaires Sociales* (IGAS), das als gemeinsamer Dienst der Ministerien für Arbeit, für Soziales und Gesundheit eingerichtet ist und über spezielle Untersuchungsberichte ebenfalls Kontrollfunktionen wahrnimmt (Ceccaldi 1989: 140). Ihm gehören vorwiegend Verwaltungsexperten, aber auch Ärzte an. Die IGAS veröffentlicht jedes Jahr einen Bericht über ausgewählte Bereiche, so z.B. 1980 über Professionen im Gesundheitswesen (Lacronique 1982: 277-278).

Statistische Informationen über das Leistungsgeschehen und die Kosten der Krankenhäuser sammelt die staatliche Ministerialbürokratie. Die Forschungsabteilung des Gesundheitsministeriums (*Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information* - SESI) veröffentlicht alljährlich Daten über die Ausstattung der Krankenhäuser mit Personal und Gerät und über die Patientenbewegungen auf der Grundlage von Berichtsblättern, die jedes Krankenhaus obligatorisch auszufüllen hat. Daten über die Entwicklung der Kosten erhebt eine Spezialabteilung im Finanzministerium auf der Basis der Verwaltungsberichte der Kliniken (Glaser 1980: III-15).

4. Arzneimittel

4.1 Charakteristika und Probleme

Der Arzneimittelverbrauch ist in Frankreich traditionell hoch. Bei verschiedenen internationalen Vergleichen des Pharmakonsums belegt das Land Spitzenplätze (vgl. OECD 1985: 76, 87, WIdO 1984: 87).⁶⁶ In der Ausgabenstatistik beanspruchen die Arzneimittelausgaben je nach Abgrenzung und Quelle zwischen 15 und 20% der französischen Gesundheitsausgaben.⁶⁷ 1986 beliefen sich die Kosten der insgesamt von den Ärzten

66 Laut O'Brien (in Chew u.a. 1985: 77) hat Frankreich allerdings eine etwas niedrigere Zahl verordneter Medikamente pro Kopf und Jahr als die Bundesrepublik, und nach der OECD-Statistik der Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel rangiert die Bundesrepublik unmittelbar vor Frankreich an der Spitze westlicher Industrienationen (OECD 1987: 77).

67 Nach der OECD-Statistik halbierte sich der Anteil der Arzneimittelausgaben zwischen 1960 und 1983 von 32 auf 16%, aber diese Angaben sind von beschränkter Zuverlässigkeit. Nach nationalen französischen Statistiken beanspruchten die Arzneimittel 1987 mit

verschriebenen Arzneimittel (einschließlich der Selbstbeteiligung) auf 44 Mrd. FF. Hinzu kamen etwa 10 Mrd. FF, die die Franzosen für die Selbstmedikation ausgaben (Reich 1988: 16). Der hohe Konsum wird durch die vergleichsweise niedrigen Arzneimittelpreise begünstigt.

4.2 Die Kontrolle des Arzneimittelsektors

Die staatliche Kontrolle der Arzneimittel geht auf ein *Apothekengesetz* der Vichy-Regierung vom **11.9.1941** zurück (Reich 1988: 25). Bis dahin unterlag die Vermarktung von Medikamenten keinerlei staatlicher Regulierung. Allerdings hatten die Arzneimittelhersteller im Rahmen freiwilliger Selbstkontrolle bereits 1926 ein "*Laboratoire national de contrôle des médicaments*" eingerichtet, das der Untersuchung und Registrierung von Medikamenten diente. Das Gesetz von 1941 führte dann ein ministerielles Zulassungsverfahren ein. Jedes Medikament bedurfte der Freigabe durch ein sog. "*visa ministériel*", das für 6 Jahre erstellt wurde. Primäres Ziel dieser Regelung war aber weniger die Nebenwirkungsprüfung im Interesse der Arzneimittelsicherheit als die Neuheitsprüfung im Interesse des Patentrechts (Reich 1988: 26).

Ähnlich wie in den USA 1938 oder in der Bundesrepublik 1964 gab auch in Frankreich eine Arzneimittelkatastrophe den Anstoß für weitergehende Regulierungsgesetze.⁶⁸ Zwischen 1953 und 1954 verursachte das zur oralen Behandlung von Staphylokokken verteilte Medikament "*Stalidon à la Vitamine F*" den Tod von 100 Menschen sowie schwere Gesundheitsschäden in einer noch größeren Zahl von Fällen. Daraufhin wurde durch eine gesetzesvertretende Verordnung (*ordonnance*) vom **4.2.1959** ein neues *Arzneimittelrecht* geschaffen, das von gesundheitspolitischen Zielen geleitet war und strenge Zulassungsprüfungen einführte. Dem Zulassungsantrag mußten nun Prüfunterlagen (*dossiers d'expérimentation*) beigefügt werden, die von zugelassenen Sachverständigen zu be-

73,8 Mrd. FF 17% des gesamten Medizinkonsums (gemäß der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung) und lagen damit bei weitem höher als die Ausgaben für ambulante Ärzte von 55,7 Mrd. (Annuaire Statistique de la France 1988: 218; vgl. auch die Angabe von 14% der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Reich 1988: 16).

68 Dem eine Unbedenklichkeitsprüfung einführenden amerikanischen Arzneimittelgesetz von 1938 ging die sog. Elixir-Sulfanilamid-Affäre voraus, der ähnliche Prüfverfahren begründenden deutschen Arzneimittelnovelle von 1964 die Contergan-Katastrophe (vgl. dazu Murswiek 1983).

stätigen waren und abschließend von einem "*comité de visa*" begutachtet wurden.

Eine *Ordonnance* vom 23.9.1967 übernahm dann die EWG-Richtlinie 65/65 in das französische Recht. Mit dem Dekret vom 21.11.1972 wurde das Visa-Verfahren abgelöst durch ein neues Zulassungsverfahren unter dem Namen "*Autorisation de mise sur le marché*" (AMM). Richtlinien der EWG von 1975 wurden durch ein Dekret vom 20.9.1978 übernommen. Voraussetzung für die Zulassung eines Medikaments ist seither seine Unbedenklichkeit, Wirksamkeit und Qualität. Prozedurale Regelungen über die anzustellenden Versuche, die Bestellung gutachtender Experten und die Zusammensetzung der Zulassungskommission sollen dafür sorgen, daß diese Ziele im Sinne genauerer Kriterien Berücksichtigung finden. Die Beweislast liegt beim Unternehmen, die Überprüfung gilt als scharf. Die im Gesundheitsministerium angesiedelte *Direction de la pharmacie et du médicament* (DPHM) überwacht das Prüfungsverfahren, beschäftigt aber keinen eigenen Beamtenstab, sondern bedient sich diverser beratender Kommissionen.

Das Genehmigungsverfahren verläuft zweistufig. Voraussetzung für die Genehmigung ist, daß das neue Mittel einer verlässlichen Prüfung unterzogen wurde. Zunächst begutachten verschiedene Gruppen von Sachverständigen, ob das Mittel allen Voraussetzungen genügt.⁶⁹ Bis zu einer Gesetzesänderung im Jahr 1987 wurden die Experten durch ministerielles "*agrément*" auf 5 Jahre bestellt, seither reicht ein Sachkundenachweis. Das Pharmaunternehmen wählt aus einer Liste von Sachverständigen diejenigen aus, denen es das Prüfverfahren anvertraut. Die bestellten Experten dürfen am Unternehmen bzw. an der Vermarktung des Produkts nicht beteiligt sein. Sie erstellen einen Abschlußbericht, der in die Zulassungsunterlagen eingeht.

Im zweiten Schritt kommt es dann zu einem "Dialog" des antragstellenden Unternehmens mit der *Commission AMM*. Ihr gehörten ursprünglich 12, später - nach einem Dekret vom 26.4.1984 - 24 ordentliche Mitglieder sowie die gleiche Zahl von Stellvertretern an, die vom Gesundheitsminister aufgrund ihrer Sachkenntnis berufen werden. Hinzu kommen je zwei teilnahme-, aber nicht mitwirkungsberechtigte Vertreter der pharmazeutischen Industrie und der Verbraucher (Reich 1988: 38). Alle Mitglieder der Kommission werden auf 6 Jahre ernannt und unterliegen einer

69 Drei Gruppen von Sachverständigen sind zu unterscheiden, nämlich die sog. "*experts analytiques*", "*experts toxicologiques ou pharmacologiques*" und "*experts cliniques*".

strikten Geheimhaltungspflicht. Pro Jahr behandelt die Kommission etwa 300 Anträge, die sich zum überwiegenden Teil auf Generika, also Kopien bereits bekannter Substanzen beziehen (Daten dazu bei Reich 1988; 40). In der Regel vergehen zwischen einer Antragstellung und der Kommissionsentscheidung etwa 4 Monate.⁷⁰

Die *Arzneimittelüberwachung* beschränkt sich nicht auf Zulassungskontrollen. Für bereits marktgängige Produkte kann die Zulassung widerrufen oder ausgesetzt werden. Die gesetzliche Handhabe dafür wurde durch ein Dekret vom 20.9.1978 gestärkt. Die behördliche Kontrolle stützte sich bis in die achtziger Jahre auf ein als "*pharmacovigilance*" bezeichnetes System der Selbstregulierung, das von der pharmazeutischen Industrie und den Kammern (*ordres*) der Ärzte und Apotheker getragen wurde.⁷¹ Nachdem ein von der sozialistischen Regierung in Auftrag gegebener Untersuchungsbericht (*Raport Dangoumau*) 1982 die Unzulänglichkeit des freiwilligen Selbstüberwachungssystems gebrandmarkt hatte, wurde das Melde- und Überwachungssystem durch Dekrete der Jahre 1982 und 1984 gestärkt. Die neue "*Commission nationale de pharmacovigilance*" erhielt die Aufgabe kontinuierlicher Informationssammlung und -auswertung über medikamentöse Nebenwirkungen sowie Vorschlags- und Empfehlungsrechte.⁷² Sie wird durch ein mit der Datensammlung betrautes "*comité technique*" sowie 29 an den Universitätskrankenhäusern eingerichtete "*centres régionaux*" unterstützt, die auf vertraglicher Basis zur regelmäßigen Berichterstattung an die DPhM verpflichtet sind. Für Ärzte und Hebammen besteht eine gesetzliche Meldepflicht beobachteter Nebenwirkungen von Medikamenten. Entscheidungen über die Verweige-

70 Für Arzneimittel gilt das allgemeine Patentrecht, das eine Schutzfrist von 20 Jahren vorsieht. Die Zahl der zugelassenen Medikamente ist mit 4.300 Spezialmitteln, 3.000 verschiedenen Substanzen und etwa 8.600 Darreichungsformen vergleichsweise niedrig (Reich 1988: 16; Sandier 1984: 188). Die Anzahl der in der Sozialversicherung erstattungsfähigen Medikamente liegt bei ungefähr 2.000 (Sandier 1984: 196).

71 wurde dazu ein privatrechtlicher Verein, das "*Centre national de pharmacovigilance*" gegründet, der durch ein Dekret vom 2.12.1976 rechtlich verankert wurde. Damit erhielt das *Centre* staatliche Anerkennung als Überwachungsinstanz. Ihm wurden 15 "*Centres de pharmacovigilance hospitaliers*" hinzugesellt, die Arzneimittel erfassen und evaluieren. Schließlich wurde unter dem Namen "*Commission de pharmacovigilance*" eine Expertenkommission eingerichtet, die den Minister in Arzneimittelfragen beriet.

72 In ihr sitzen neben 5 ständigen Vertretern der Gesundheitsbehörden 27 vom Gesundheitsminister auf 3 Jahre ernannte Sachverständige. Zur letztgenannten Gruppe zählen 11 Kliniker, 10 Toxikologen, 3 Krankenhausapotheker, ein vom Verbraucherministerium vorgeschlagener Experte sowie jeweils ein Vertreter der Apothekerschaft und der Pharmaindustrie (Reich 1988: 52).

zung oder den Rückzug einer Zulassung trifft der Gesundheitsminister; seine Entscheidungen sind vor dem Conseil d'Etat - dem französischen Verwaltungsgericht - anfechtbar (Reich 1988: 48,50). Für auftretende Medikamentenschäden haftet der Hersteller sowie bei nachgewiesener Verletzung der Sorgfaltspflicht auch die am Zulassungsverfahren Sachverständigen (Reich 1988: 74).

Die **Arzneimittelpreise** unterliegen staatlicher Regulierung, so daß in ganz Frankreich für die gesamte Bevölkerung einheitliche Preise gelten. Expertenurteilen zufolge hat das Land neben Italien die niedrigsten Arzneimittelpreise Europas (Sandier 1984: 199). Preiskontrollen haben in Frankreich eine lange Tradition. In der Nachkriegszeit stützen sie sich auf eine generelle Ermächtigungsverordnung (*ordonnance*) zur Preisregulierung vom 30.6.1945, die erst von der konservativen Regierung Chirac per Verordnung vom 1.12.1986 außer Kraft gesetzt wurde. Die Preiskontrollen dienen u.a. der Abschottung des französischen Marktes gegen ausländische Importe.

Für die in der Sozialversicherung erstattungsfähigen Medikamente wurde durch besondere ministerielle Erlasse ("*arrêtés*") ab 1948 ein besonderes Preiskontrollsystem geschaffen. Bis 1977 waren bei schon marktgängigen Medikamenten nur spezifisch begründete, nicht globale Preiserhöhungen erlaubt. Danach kam es, auch wegen der Verteuerung der Rohstoffe, im Kontext der Inflation zu einer gewissen Liberalisierung mit jährlichen Genehmigungen von Preiserhöhungen (Sandier 1984: 198). 1980 wurden nicht von der Sozialversicherung erstattungsfähige Medikamente aus der Preisüberwachung herausgenommen (Erlaß vom 10.7.1980, Verordnung vom 3.10.1980). Administrierte Preise gelten seither also lediglich für die erstattungsfähigen Medikamente im Sozialversicherungsrecht (Reich 1988: 85, 86; Sandier 1984: 198). Die konservative Gesundheitsministerin Barzach hatte 1988 sogar die völlige Liberalisierung der Arzneimittelpreise bis 1992 geplant (Die Ortskrankenkasse 12/1988: 381).

Die **Preisregulierung** setzt an den Herstellerpreisen an. Die *Direction de la pharmacologie et du médicament* prüft die Unterlagen der Unternehmen, und nach Verhandlungen mit dem Hersteller bestimmt der Gesundheitsminister den Preis (Sandier 1984: 198). Die Preise bereits marktgängiger Produkte werden regelmäßig überprüft und seit einem Erlaß vom 12.7.1977 periodisch entsprechend der allgemeinen Inflationsrate angepaßt. Überdies können individuelle Preiserhöhungen beantragt werden (Sandier 1984: 198/199). Um einen einheitlichen Apothekenabgabepreis zu gewährleisten, werden darüber hinaus Festspannen für die Groß- und Einzelhan-

delsebene festgelegt.⁷³ Alle Arzneimittelverkäufe sind mehrwertsteuerpflichtig. Als Solidarbeitrag zur Defizitdeckung in der Sozialversicherung wurde den Pharmaherstellern überdies nach 1982 vorübergehend eine Sonderabgabe in Höhe von 5% ihrer Vertriebsförderungskosten auferlegt (Reich 1988: 87). Die Einzelpreise der Medikamente werden für die Ärzte in dem vom *Centre national de pharmacovigilance* jährlich herausgegebenen "*Dictionnaire Vidal*" und für die Apotheker im monatlich erscheinenden "*Sempex*" bekanntgegeben.

In der Sozialversicherung **erstattungsfähige Arzneimittel** müssen seit einem Gesetz vom 18.8.1948 auf einer besonderen Liste erscheinen (Reich 1988: 96). Die heutige Regelung der Aufnahme von Medikamenten in die Erstattungsliste basiert auf einem Dekret vom 5.6.1967 sowie einer Novellierung vom 3.10.1980. Die **Positivliste** erstattungsfähiger Arzneimittel ("*liste des médicaments remboursables*") setzen der Gesundheits- und Sozialminister gemeinsam in einem im Staatsanzeiger veröffentlichten Erlaß fest (Reich 1988: 97; Sandier 1984: 194). Etwa 80% aller französischen Arzneimittel erscheinen auf der Liste und gelten damit als "*remboursable*".⁷⁴ Voraussetzung für die Aufnahme ist der Nachweis des therapeutischen Nutzens. Ihn beurteilt eine die DPhM im Ministerium beratende Transparenzkommission.

Die 1980 per Dekret neu geschaffene **Transparenzkommission** geht auf die durch ein Dekret von 1967 eingerichtete "*Commission de la Sécurité Sociale*" zurück, die Vorschläge zur Höhe der Selbstbeteiligung und zur Gestaltung der Erstattungsliste zu erarbeiten hatte. Die heutige Kommission bereitet nicht nur die Positivliste vor, sondern erarbeitet auch Transparenzlisten (*fiches de transparence*) zur Information der Ärzte. Sie hat also sowohl ökonomische wie gesundheitspolitische Funktionen. Der Kommission gehören 15 Mitglieder an, nämlich ein Präsident und Vizepräsident sowie 13 vom Minister ernannte Mitglieder, die relevante Gruppierungen des Gesundheitswesens repräsentieren sollen und vom Minister aus mehreren Vorschlägen ausgewählt werden.⁷⁵ Die Kommission spricht

73 Sie belaufen sich für den Großhandel auf 9,70%, für Apotheken ohne degressive Staffelung auf 32,44% (Reich 1988: 87). Die Apothekenspanne war 1983 von der sozialistischen Regierung um einen Prozentpunkt gesenkt worden. Lt. Sandier (1984: 197) lag 1976 auch die Großhandelsspanne noch um einen Prozentpunkt höher bei 10,7%.

74 Vgl. Reich (1988: 97). Sandier (1984: 196) spricht von etwa 2.000 erstattungsfähigen Medikamenten.

75 Im einzelnen handelt es sich um 5 aufgrund ihrer Fachkompetenz bestimmte Experten, 3 von den Sozialversicherungsträgern vorgeschlagene Ärzte oder Apotheker, 2 von den

auf der Grundlage der Untersuchung vom Hersteller einzureichender Unterlagen ("*dossier technique*" und "*dossier économique*") Empfehlungen über Aufnahme, Ablehnung und Streichung von Medikamenten sowie über die gebotene Selbstbeteiligungsquote aus. Die Begutachtung beruht auf dem Vergleich mit bereits marktgängigen Arzneimitteln. Der Minister ist zwar nicht formell an die Beschlüsse gebunden, muß abweichende Entscheidungen aber begründen.⁷⁶

Für *Apotheker* gelten anders als in Deutschland schon seit längerem *Niederlassungsbeschränkungen*. Für die Zulassung von Apotheken (*officines*) gilt ein an Bevölkerungszahlen orientierter Numerus clausus, der sich nach der Größe der Ortschaften staffelt. In Städten mit mehr als 30.000 Einwohnern gilt der Schlüssel 1 Apotheke pro 3.000 Einwohnern, in kleineren Ortschaften gelten Verhältniszahlen von 1: 2.500 bzw. 1: 2.000 (Reich 1988: 17; Sandier 1984: 189). Der Konzessionierungszwang geht mit der Zusicherung eines weitgehenden Vertriebsmonopols der Apotheken einher. Apotheken auf Gegenseitigkeit, die ausschließlich Mitglieder versorgen dürfen, können nur auf besonderen Antrag vom Gesundheitsminister genehmigt werden (Sandier 1984: 193).⁷⁷ Wie in Deutschland, so unterliegen auch in Frankreich die Apotheker dem Aut-simile-Verbot, d.h. sie sind verpflichtet, das vom Arzt verschriebene Produkt auszuhändigen, ohne die Möglichkeit, es durch ein anderes zu ersetzen (Sandier 1984: 193).

Erleichtert wurde in Frankreich allerdings in jüngster Zeit die Substitution teurer Arzneimittel durch preisgünstigere *Generika*. Ursprünglich standen der Durchsetzung von Generika im durch die enge Kooperation von Industrie, Apothekern, Ärzten und Staatsverwaltung gekennzeichneten Regulierungssystem noch hohe Hindernisse entgegen. Das 1941 eingeführ-

Verbänden der Arzneimittelhersteller nominierte Mitglieder, je einen Vertreter der Ärzteschaft und der Apotheker, die von ihren jeweiligen Kammern vorgeschlagen werden, sowie die beiden Leiter der DPhM und der Sozialabteilung des Sozialministeriums (Reich 1988: 105).

- 76 Neben der Positivliste gibt es auch eine Liste von Kriterien zum Ausschluß der Erstattungsfähigkeit, die in etwa die Funktionen einer "Negativliste" erfüllt (vgl. dazu Reich 1988: 100-101). Ein statistischer Überblick der Tätigkeit der Transparenzkommission im Zeitraum 1981 bis 1986 findet sich bei Reich (1988: 111).
- 77 Abel-Smith und Grandjeat (1979: 45) meinen dazu, daß sich der zuständige Minister "seit 30 Jahren jeder Neueröffnung einer Apotheke auf Gegenseitigkeit widersetzt" habe. Im Interesse der Apotheker war auch die Verteilung von Arztmustern lange Zeit verboten. Heute setzt sie eine schriftliche Anforderung von seiten des Arztes voraus (Reich 1988: 164). Dessen ungeachtet gibt auch die französische Pharmaindustrie etwa 11% ihres Umsatzes für Arztpraxen bereisende Pharmaberater aus (ebd.: 162).

te Visa-System für die Zulassung von Medikamenten verwickelte patentrechtliche und gesundheitspolitische Aspekte. Erst als das Patentrecht Anfang der sechziger Jahre auch auf Arzneimittel ausgedehnt wurde⁷⁸, wurde die Neuheitsprüfung aus dem Zulassungsverfahren eliminiert. Für Generika gelten seither die gleichen Zulassungskontrollen wie für andere Pharmaka, wobei es bis 1988, anders als in Deutschland, nicht möglich war, Zulassungsanträge auf das Prüfungsmaterial des Erstanmelders zu stützen.⁷⁹

Da die Apothekenspanne in Frankreich nicht degressiv gestaffelt ist, variieren die Einkommen der Apotheker unmittelbar mit dem Preis der verkauften Medikamente. Deshalb versuchten die Apothekerverbände, das ab Ende der siebziger Jahre beobachtbare Vordringen der Generika mit Boykottaufrufen in Rundschreiben an ihre Mitglieder zu verhindern. Das rief die Verbraucherorganisationen auf den Plan, die schließlich erreichten, daß die Kartellkommission einschritt und der Wirtschaftsminister das Vorgehen der Apothekerverbände untersagte. Im sich anschließenden Rechtsstreit bestätigte der Conseil d'Etat in einem Urteil vom 7.6.1985 die Ministerentscheidung. Dennoch hält sich der Marktanteil der Generika nach wie vor in engen Grenzen. 1985 lag er laut Reich (1988: 151) bei 2,5%.

Um den weitgehend von Ärzten gesteuerten Konsum von Medikamenten zu drosseln, wurden in jüngster Zeit verschärfte Kontrollen des Verschreibungsverhaltens eingeführt. Das der deutschen Wirtschaftlichkeitsprüfung vergleichbare Verfahren des *TSAP* (*tableaux statistiques d'activité professionnelle*) ist in Abschnitt C.1 geschildert worden (vgl. auch Launois 1989: 87). Auf der Nachfrageseite stellt das Selbstbeteiligungsprinzip der Krankenversicherung einen Versuch der *Mengenkontrolle* dar. Der Grundsatz der *Selbstbeteiligung* ("*ticket modérateur*") war bereits im Krankenversicherungsgesetz von 1930 enthalten, ist aber in jüngster Zeit ausgedehnt worden (vgl. oben Tabelle 3.2 sowie den Abriß historischer Entwicklung bei Reich 1988: 95 ff.). Der Regelsatz der Selbstbeteiligung im Bereich der Arzneimittel liegt, wie schon berichtet, bei 30%,

78 Ursprünglich waren Medikamente nicht patentfähig. 1944 wurden dann erstmals Verfahrenspatente für Medikamente zugelassen. Verordnungen der Jahre 1959 und 1960 machten auch einzelne Wirkstoffe patentfähig, und 1968 wurde das Patentrecht für Arzneimittel auf eine gesetzliche Basis gestellt; zur historischen Entwicklung vgl. Reich (1988: 130-132).

79 Diese Möglichkeit wurde erst durch ein Dekret vom 6.5.1988 eingeführt, das für Erstanmelder aber eine generelle Schutzfrist von 10 Jahren vorsah (Reich 1988: 146).

kann aber für bestimmte Mittel und/oder Personengruppen zwischen 0 und 100% variieren.⁸⁰

Durch die Pflicht zur Vorstreckung der Arzneimittelkosten und die nur partielle Kostenerstattung hofften die Gesundheitspolitiker, den Konsum von Pharmaka zu drosseln. Allerdings hat sich seit geraumer Zeit mit dem System des "*tiers payant*" eine Einrichtung entwickelt, die den vom Gesetzgeber angestrebten Effekt verwässert. Ein Rahmenvertrag vom 21.12.1982 zwischen der "*Caisse Nationales d'Assurance Maladie*" und den Apothekerverbänden empfiehlt allen departementalen Kassen und Verbänden den Abschluß von Verträgen zur direkten Zahlung der Pharmakosten durch die Krankenkassen (Reich 1988: 121). Damit werden die Versicherten von der Pflicht zur Vorleistung befreit. Die Kassen zahlen allerdings nur den gesetzlichen Erstattungssatz, überlassen den Versicherten also nach wie vor das *ticket modérateur*. Hierfür springen aber, wie in Abschnitt A beschrieben, häufig die freiwilligen Versicherungen auf Gegenseitigkeit (*mutuelles*) ein, die Zusatzversicherungen zur Zahlung der Selbstbeteiligung anbieten. Die als institutionelle Bremsmechanismen der Kostenexpansion angesehenen Prinzipien der Direktzahlung durch die Patienten mit Kostenerstattung und der Selbstbeteiligung sind in Frankreich in der Praxis also weitgehend außer Kraft gesetzt.

80 Für etwa 700 als Bagatellmittel eingestufte Medikamente ("*médicaments de confort*") beträgt der Selbstbeteiligungssatz 60%, für ca. 2.000 als unentbehrlich geltende Mittel ("*médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux*") ist er auf 0% reduziert (Reich 1988: 102-103; Sandier 1984: 195).

Literatur

- Abel-Smith, Brian, 1984: *Cost Containment in Health Care: The Experience of 12 European Countries 1977-83*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Abel-Smith, Brian, 1985: *Eurocare*. Basel: Health Econ.
- Abel-Smith, Brian/ P. Grandjeat, 1979: *Der Verbrauch von Arzneimitteln*. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- Abel-Smith, Brian/ Alan Maynard, 1979: *Die Organisation, Finanzierung und Kosten des Gesundheitswesens in der Europäischen Gemeinschaft*. Luxemburg: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- Acker, Françoise/ Gisèle Denis, 1988: *Evolution du travail et des emplois dans les services administratifs et logistiques de l'hôpital*. Paris: Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications.
- Alber, Jens, 1988: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit* (Sonderheft 19 der Politischen Vierteljahresschrift). Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150.
- Alber, Jens, 1989: Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive. In: *Journal für Sozialforschung* 29, 259-284.
- Alber, Jens, 1990: Gesundheitspolitische Erfahrungen in OECD-Ländern. Zur Einordnung der bundesrepublikanischen Erfahrung. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 36, 126-138.
- Altenstetter, Christa, 1980: Hospital Planning in France and the Federal Republic of Germany. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 5 (2), 309-331.
- Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*, 1985. Paris: Ministère des affaires sociales et de l'emploi.
- Annuaire statistique de la France*, 1988. Paris: Institut national de la statistique et des études économiques.
- Ashford, Douglas E., 1982: *British Dogmatism and French Pragmatism*. London: George Allen.
- Bague, Agnès, 1989: *Mécanismes de régulation concurrentielle à l'intérieur des systèmes de soins ambulatoires français et allemands*. Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Hannover: Diskussionspapier Nr. 139. Hannover: Universität Hannover.
- Benz, Arthur/ Angelika Benz, 1987: *Dezentralisierungspolitik in Frankreich*. Speyer: Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung.
- Björkmann, James Warner, 1985: Who governs the health sector? In: *Comparative Politics* 17, 399-420.
- Bundesminister für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.), 1988: *Grund- und Strukturdaten 1988/89*. Bad Honnef: Bock.
- Catrice-Lorey, Antoine, 1987: La santé est-elle sous-administrée? In: *Revue française d'Administration Publique* Nr. 43, 483-501.

- Ceccaldi, Dominique, 1989: *Les institutions sanitaires et sociales*, 2 Bde. Paris: Editions Foucher.
- Chew, Robert/ George Teeling-Smith/ Nicholas Wells, 1985: *Arzneimittel in 7 OECD-Ländern*. Mainz: Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft.
- Comité Européen des Assurances, Kommission Krankenversicherung, Unterausschuß Technische Fragen, 1988: *Frankreich*. (o.O.)
- Deppe, Hans-Ulrich (Hrsg.), 1983: *Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa*. Frankfurt a.M.: Campus.
- De Weck, Roger, 1985: Ohne Glanz und Gloire. In: *Die Zeit*, 1985(18), 39.
- Dieck, Margret, 1983: *Sicherung älterer Menschen gegen Pflegebedürftigkeit und chronische Krankheit in 18 Ländern - Informationen und internationaler Vergleich*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Döhler, Marian, 1989: Physicians' Professional Autonomy in the Welfare State: Endangered or Preserved? In: Giorgio Freddi/ James Warner Björkman (Hrsg.), *Controlling Medical Professionals*. Bologna: il Mulino, 178-197.
- Dupeyroux, Jean-Jacques, 1975: *Droit de la sécurité sociale*. Toulouse: Boisseau.
- Duru, Gérard u.a. (Hrsg.), 1989: *Ökonomische Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Frankreich*. Frankfurt a.M.: Campus.
- EcoSantè, o.J.: Diskette. Paris: Credos.
- EG-Kommission, 1985: *Comparative Tables of the Social Security Schemes in the Member States of the European Communities*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Ehrmann, Henry W., 1977: *Das politische System Frankreichs. Eine Einführung*, 2. Aufl. München: Piper.
- Eurostat, 1987: *Zahl der Ärzte und der Zahnärzte in den Mitgliedstaaten der europäischen Gemeinschaft*. Luxemburg: Eurostat/E1/3447/87/DE.
- Fefaure, Christian/ Francis Fagnani, 1989: Planung und Verbreitung der Geräte der medizinischen Bildgebung in Frankreich: Bewertungsmethoden und Möglichkeiten anhand der Digitalen Subtraktions-Angiographie. In: Duru u.a. (Hrsg.), a.a.O., 324-337.
- Ferrera, Maurizio/ Giovanna Zincone, 1986: *La Salute Che Noi Pensiamo*. Bologna: il Mulino.
- Flora, Peter u.a., 1983: *State, Economy, and Society in Western Europe 1815-1975. A Data Handbook*, Bd. I. Frankfurt a.M.: Campus, London: Macmillan, Chicago: St. James Press.
- Freddi, Giorgio/ James Warner Björkman, 1989: *Controlling Medical Professionals*. London: Sage.
- French Hospital News, 1987: *Hospital Care in France*. Paris: Ministry of Welfare and Employment.
- Glaser, William A., 1970: *Paying the Doctor*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Glaser, William A., 1978: *Health Insurance Bargaining*. New York: Gardner Press.

- Glaser, William A., 1980: *Paying the Hospital in France*. Unveröff. Manuskript. New York: Columbia University.
- Glaser, William A., 1985: Krankenhauskosten im internationalen Vergleich. Ein internationaler Vergleich der Krankenhausfinanzierung: Die europäischen und die amerikanischen Traditionen. In: Christian von Ferber u.a. (Hrsg.), *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*. München: Oldenbourg.
- Godt, Paul J., 1985: Doctors and Deficits: Regulating the Medical Profession in France. In: *Public Administration* 63, 151-169.
- Godt, Paul J., 1987: Confrontation, Consent, and Corporatism: State Strategies and the Medical Profession in France, Great Britain, and West Germany. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 12, 459-480.
- Godt, Paul J., 1988: *The Revival of Neo-Liberal Doctrine and French Health Care Policy*. Unveröffentlichtes Manuskript. Paris: The American College.
- Godt, Paul J., 1989: Health Care: the political economy of social policy. In: Godt, Paul J. (Hrsg.), *Policy-Making in France. From de Gaulle to Mitterrand*. London: Pinter Publishers, 191-208.
- Godt, Paul J., 1990: *Liberalism in the Dirigiste State: A Changing Public-Private Mix in French Medical Care*. Unveröff. Manuskript. Paris.
- Hatchuel, Armand/ Jean-Claude Moisson/ Hugues Molet, 1989: Globales Krankenhausbudget und homogene Patientengruppen. In: Duru (Hrsg.), a.a.O., 141-156.
- Hatzfeld, Henri, 1971: *Du Paupérisme a la sécurité sociale. Essai sur les origines de la sécurité sociale en France*. Paris: Armand Colin.
- Heidenheimer, Arnold J./ Hugh Hecl/ Carolyn Teich-Adams, 1983: *Comparative Public Policy*. London: MacMillan.
- Herrmann, J., 1986: Frankreichs neue Gesundheitspolitik. In: *Die Krankenversicherung* 38, 114-115.
- Herrmann, J., 1986: Neue Krankenhausreform in Frankreich. In: *Die Krankenversicherung* 10, 288.
- Herzlich, Claudine, 1982: The Evolution of Relations Between French Physicians and the State from 1880 to 1980. In: *Sociology of Health & Illness* 4, 241-253.
- Hollingsworth, J. Rogers/ Jerald Hage/ Robert Hanneman, 1990: *State Intervention in Medical Care: Consequences for Britain, France, Sweden and the United States*. Ithaca: Cornell University Press.
- Hurst, Jeremy, 1990: The Reform of Health Care in France. Unveröff. Manuskript. Paris: OECD.
- Igl, Gerhard, 1978: Einführung in das Recht der sozialen Sicherheit von Frankreich. In: Igl, Gerhard u.a. (Hrsg.), *Einführung in das Recht der sozialen Sicherheit von Frankreich, Großbritannien und Italien*. Berlin: Schweitzer, 1-148.

- Igl, Gerhard, 1987: *Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Recht der sozialen Sicherheit. Eine rechtsvergleichende Untersuchung für die Bundesrepublik Deutschland und Frankreich*. Baden-Baden: Nomos.
- International Labour Office, 1985: *The Cost of Social Security*. 11th International Inquiry. Genf.
- Immergut, Ellen, 1987: *The Political Construction of Interest: National Health Insurance Politics in Sweden, France, Switzerland, 1930-1970*. Dissertation, Cambridge, MA (Erscheint 1992 als *The Political Construction of Interests*. Cambridge: Cambridge University Press).
- Immergut, Ellen M., 1989: *Health Care: The Politics of Collective Choice*. Unveröff. Manuskript. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Immergut, Ellen M., 1991: Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care. In: *Journal of Public Policy* 11, 391-416.
- Kessler, Francis, 1989: Krankenversicherung in Frankreich - Neue Entwicklungen in den 80er Jahren. In: *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht* 3, 47-68.
- Krukemeyer, Hartmut, 1985: *Vergleichende Systemanalyse des Krankenhauswesens in den OECD-Ländern*. Bremen: Hauschild.
- Lacronique, Jean-François, 1982: The French Health Care System. In: McLachlan/ Maynard (Hrsg.), a.a.O., 265-288.
- Lacronique, Jean-François, 1984: Health Services in France. In: Marshall W. Raffel (Hrsg.), *Comparative Health Systems*. University Park, PA: Pennsylvania State University, 259-285.
- Lacronique, Jean-François, 1988: Technology in France. In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 4, 385-394.
- Launois, Robert J., 1989: Das Gesundheitswesen in Frankreich. In: Duru u.a. (Hrsg.), a.a.O., 73-92.
- Le Pen, C., 1987: Regolamentazione e deregolamentazione dei sistemi sanitari: il caso della Francia. In: Vittorio Ghetti (Hrsg.), *"Deregulation versus Regulation" nei sistemi sanitari in cambiamento*. Mailand: Franco Angeli, 71-98.
- McLachlan, Gordon/ Alan Maynard (Hrsg.), 1982: *The Public/Private Mix for Health. The Relevance and Effects of Change*. London: Nuffield Provincial hospitals trust.
- Maigne, Dominique, 1990: Hôpitaux publics: vers une vraie régulation? In: *Revue Française des Affaires Sociales* 44(2), 37-49.
- Majnoni D'Intignano, Béatrice, 1987: *Santé mon cher souci*. Paris: Economica.
- Maynard, Alan, 1975: *Health Care in the European Community*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- Mougeot, Michel, 1989: Informationsasymmetrien, Entscheidungsmechanismen und Anreize im französischen Gesundheitswesen. In: Duru u.a. (Hrsg.) a.a.O., 93-109.

- Murswieck, Axel, 1983: *Die staatliche Kontrolle der Arzneimittelsicherheit in der Bundesrepublik und den USA*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- OECD, 1985: *Measuring Health Care 1960-1983. Expenditure, Costs and Performance*. Paris: OECD.
- OECD, 1987: *Financing and Delivering Health Care. A Comparative Analysis of OECD Countries*. Paris: OECD.
- OECD, 1990: *Health Care Systems in Transition*. Paris: OECD.
- Private Behandlung in französischen Krankenhäusern eingeschränkt, 1983: In: *Der Praktische Arzt* 20, 2393-2394.
- Pouvourville, Gérard de, 1983: Faut-il centraliser le système de santé ? In: *Projet* Nr. 179-180 (Hefttitel: Sommes-nous malades de la santé?), 1082-1097.
- Pouvourville, Gérard de, 1986: Hospital Reforms in France under a Socialist Government. In: *The Milbank Quarterly* 64, 392-413.
- Pouvourville, Gérard de, 1988: *Le Paiement à l'acte en France: Le Rôle de la nomenclature générale des actes professionnels*. Paris: Ecole Polytechnique.
- Raffel, Marshall W., 1984: *Comparative Health Systems. Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems*. London: Pennsylvania State University Press, 259-285.
- Reich, Norbert, 1988: *Arzneimittelregelung in Frankreich*. Baden-Baden: Nomos.
- Reinhardt, Uwe/ Simone Sandier/ Markus Schneider, 1986: *Die Wirkungen von Vergütungssystemen auf die Einkommen der Ärzte, die Preise und auf die Struktur ärztlicher Leistungen im internationalen Vergleich*. Augsburg: Baysys.
- Roualt, J., 1984: Public Administration and Health Services in France. In: A. van der Werff (Hrsg.), *Public Administration and Health Services in Western Europe, Bd. II*. Maastricht: European Institute of Public Administration. 55-80.
- Rodwin, Victor G., 1982: Management without Objectives: The French Health Policy Gamble. In: McLachlan/ Maynard (Hrsg.), a.a.O., 289-328.
- Saint-Jours, Yves, 1981: Landesbericht Frankreich. In: Peter A. Köhler/ Hans F. Zacher (Hrsg.), *Ein Jahrhundert Sozialversicherung*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Salowsky, Heinz/Achim Seffen, 1976: *System- und Kostenvergleich der Gesundheitsversicherung in sechs europäischen Industriestaaten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Sandier, Simone/ Jean-Claude Stephan, 1983: Frankreich. In: Deppe (Hrsg.), a.a.O., 65-103.
- Sandier, Simone, 1983: Les dépenses de soins médicaux en France depuis 1950. In: *Revue française de Finances publiques* 10(2), 5-30.
- Sandier, Simone, 1984: Frankreich. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), *Der europäische Arzneimittelmarkt*, Band 6, Bonn: WIdO, 185-200.

- Sandier, Simone, 1985: Honorierungssystem in Frankreich. In: Christian von Ferber u.a (Hrsg.), *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*. München: Oldenbourg.
- Sandier, Simone, 1990: Health services utilization and physician income trends. In: OECD (Hrsg.), a.a.O., 41-56.
- Schneider, Markus/ Jürg H. Sommer/ Aynur Kececi, 1987: *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Schneider, Markus/ Jürg H. Sommer/ Aynur Kececi, 1989: *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Seibel, Wolfgang, 1989: Der 'Dritte Sektor' in Frankreich. In: *Lendemains* Jg. 14, Nr. 55/56, 256-267.
- Shils, Edward, 1975: *Center and Periphery. Essays in Macrosociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Singly, Chantal de, 1989: Les Réformes Structurelles dans le Système de Santé Français. Beitrag zur Konferenz "Structural Reforms in National Health Care Systems" in Maastricht. Unveröff. Manuskript.
- Sozialindikatoren für die Europäische Gemeinschaft 1960-1978*, 1980: Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Spitaels, G. u.a. (Hrsg.), 1971: *Le salaire indirect et la couverture des besoins sociaux*, Bd. III. Bruxelles: Institut de sociologie.
- Steffen, Monika, 1987: The Medical Profession and the State in France. In: *Journal Public Policy* 7, 189-208.
- Steffen, Monika, 1988: *The Illusion of Privatisation in the French Health Policy*. Beitrag zum European Consortium for Political Research. Bologna-Rimini: Unveröff. Manuskript.
- Stevens, Barrie, 1982: *Regionale Disparitäten in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen - Eine internationale Perspektive*. Frankfurt a.M.: R.G. Fischer.
- Suleiman, Ezra N., 1974: *Politics, Power and Bureaucracy in France*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Suleiman, Ezra N., 1987: State Structures and Clientelism: The French State Versus the 'Notaires'. In: *British Journal of Political Science* 17, 257-279.
- Le système de santé français*, 1983: *Réflexions et propositions. Rapport des médiateurs au Premier ministre*. Paris: La documentation française.
- U.S. Department of Health and Human Services, 1986: *Social Security Programs Throughout the World - 1985*. Research Report. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Visser, Jelle, 1984: *Dimensions of Union Growth in Postwar Western Europe*. European University Institute Working Paper 89. Florenz: EUI.

-
- Visser, Jelle, 1986: Die Mitgliederentwicklung der westeuropäischen Gewerkschaften. Trends und Konjunktoren 1920-1983. In: *Journal für Sozialforschung* 26, 3-33.
- Weidenfeld, Ernst, 1980: *Frankreichs Geschichte seit dem Krieg*. München: Beck.
- WHO/Europe, 1986: *Financing of dental care in Europe*, Part I. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilsford, David, 1989: Physicians and the State in France. In: Freddi/ Björkman, (Hrsg.), a.a.O., 130-156.

Kapitel 4

Italien

Brigitte Bernardi-Schenkluhn

Einleitung: Problemperzeption im Inland

Am 23. Dezember 1978 wurde in Italien das Gesetz Nr. 833 über die Einführung des *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), des nationalen Gesundheitsdienstes, verabschiedet. Zehn Jahre später steht die "Reform der Reform" im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatte. Wie in anderen westeuropäischen Ländern, so dreht sich auch hier die Diskussion vor allem um die Ausgabenentwicklung. Man ist sich zwar bewusst, daß Italien mit seinem Ausgabenanteil von ca. 7% am Bruttosozialprodukt im internationalen Vergleich eine recht günstige Position einnimmt, dennoch scheint die Ausgabenentwicklung nicht kontrollierbar zu sein. Die Differenz zwischen geplanten und tatsächlichen Ausgaben wird jährlich größer, geplant werden die Ausgaben vom Zentralstaat, getätigt werden sie aber von den "lokalen Gesundheitseinheiten" (*Unità Sanitaria Locale* - USL), geklagt wird auf beiden Seiten. Aus lokaler Sicht wird u.a. auf die schlechte Zahlungsweise der Zentrale verwiesen, die immer wieder zur Folge hat, daß die USL ihren Zahlungsverpflichtungen nicht nachkommen können. Apotheker und Ärzte streiken, und die Bevölkerung

Allen italienischen Interviewpartnern danke ich für ihre große Gesprächsbereitschaft, Ugo Ascoli für seine Hilfe, die ersten Ansprechpartner in Italien zu finden. Sabino Cassese, Maurizio Ferrera, George France, Giovanna Vicarelli, Michele LaRosa und Renzo Scortegagna haben mich mit wichtigen Materialien und Veröffentlichungen versorgt. Mein ganz besonderer Dank gilt Carla Colicelli, Vittorio Mapelli, Aldo Piperno, Mario Racco und Sg. Serafin, die mir außer hilfreichen Materialien vor allem auch immer wieder ihre Zeit opferten. Die Gespräche mit ihnen haben mir vor allem dann weitergeholfen, wenn Bücher, Aufsätze und Statistiken mehr Fragen als Antworten bereithielten und ihnen verdanke ich es, wenn sich die zahlreichen Informationen über das italienische Gesundheitssystem allmählich zu einem geschlossenen Bild verdichtet haben.

klagt über eine mangelhafte Versorgungslage. Aus der Perspektive der Zentrale wird das "fröhliche Ausgabeverhalten" der USL angeprangert, ihre fehlende Bereitschaft, die zugewiesenen Mittel effizient einzusetzen und effektiv zu nutzen. Angereichert werden diese Zustandsbeschreibungen und Wertungen durch Skandalmeldungen über Verschwendungen und Betrügereien in einzelnen USL, nicht nur im Süden, sondern auch im bislang so mustergültigen Norden (der Fall Turin, vgl. *La Repubblica*, 10.2.87).

Die mit der Reform verbundenen Erwartungen sind nicht in Erfüllung gegangen. Dies betrifft zum einen die Kostenkontrolle, zum anderen aber auch die Beseitigung regionaler Disparitäten in der Gesundheitsversorgung. Hinter letzterer verbirgt sich das bekannte Nord-Süd-Problem, wobei allerdings auch einige (wenige) nördlichere Regionen von den Ungleichgewichten betroffen sind. Die "objektiven" Probleme des Gesundheitsdienstes werden dabei durch die subjektiven Bewertungen unterstrichen. Häufig kritisiert werden die Desorganisation, die Bürokratisierung und die schlechte Qualität der Gesundheitsdienste. Erfahrungen und Vorurteile spiegeln sich hierin wider, möglicherweise aber auch eine Spur von Koketterie, wenn man vor allem der ausländischen Gesprächspartnerin gegenüber das hinreichend bekannte italienische Chaos beklagt (vgl. auch LaPalombara 1987: 16). Diesen Klagen stehen - i.d.R. weniger prononcierte - positive Beurteilungen gegenüber. Eine der wenigen Umfragen, die ein objektiveres Licht auf das Spektrum der Meinungen zu diesem Thema werfen, wurde 1984 durchgeführt (Grillo 1986; Guazzini 1986). Hier zeigen sich nun deutliche Unterschiede in der Bewertung durch die verschiedenen sozialen Gruppen: niedrigere soziale Schichten haben eine bessere Meinung über den SSN als die höheren, doch das Urteil wird um so schlechter, je weiter man in den Süden kommt (Grillo 1986)¹.

Auf politischer Ebene ist das Thema "Reform der Reform" schon seit einiger Zeit auf der Tagesordnung. Weitreichende Pläne sind 1987 vom damals amtierenden Gesundheitsminister Donat Cattin vorgelegt und von seinem Nachfolger De Lorenzo weiterentwickelt worden. Die im neuesten Reformprogramm enthaltenen Problemlösungsansätze werden

1 Die Ergebnisse verlieren dabei jedoch an Eindeutigkeit, je nachdem welchen Aspekt die jeweiligen Fragen berühren. Mal sind es die Schichten mit höherer Bildung bzw. höherem Berufsstatus, die eine bessere Meinung haben, mal dreht sich dies Verhältnis wieder um.

in Kapitel 6 dargestellt und im Vergleich mit den Reformansätzen der übrigen Länder diskutiert.

A. Grundzüge

1. Die Stellung des "Servizio Sanitario Nazionale" im italienischen Gesundheitssystem

Der nationale Gesundheitsdienst Italiens (SSN) soll allen Staatsbürgern die gleichen Zugangschancen zu einer umfassenden medizinischen Versorgung garantieren. Zuständig für diese Versorgung ist ein flächendeckendes Netz aus "lokalen Gesundheitseinheiten" (USL). Sie organisieren sowohl die ambulante und stationäre Versorgung für die Bewohner ihres Einzugsgebietes als auch den Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens und der Arbeitsmedizin. Diese Konzentration der Kompetenzen im Gesundheitswesen in einer einzigen, territorial definierten Behörde unterscheidet denn auch den nationalen Gesundheitsdienst Italiens von seinem englischen Vorbild. Die lokalen Gesundheitseinheiten Italiens bilden einen eigenständigen Zweig im staatlichen Verwaltungsapparat, und die Entscheidungskompetenzen innerhalb dieses Zweiges folgen unmittelbar der Verteilung der politischen Kompetenzen. Diese sind seit der Regionalisierung von 1972 verteilt auf den Zentralstaat, die Regionen und die Kommunen.

Die Bildung der lokalen Gesundheitseinheiten stellt in Italien den Kern der "Verstaatlichung" des Gesundheitswesens dar. Der Status der Leistungserbringer blieb demgegenüber unberührt. Bisher private Einrichtungen verblieben in privater Hand und konnten weiterhin auf vertraglicher Basis (Konvention) Leistungen für das öffentliche System der Gesundheitsversorgung erbringen. So versorgen vor allem private Apotheken, private Krankenhäuser, private Facharztpraxen und Laboratorien die Patienten des SSN nach dem Direktleistungsprinzip, und zwar auf der Basis der Konvention, die zwischen ihren Interessenvertretern und dem Staat ausgehandelt wurde (siehe Tabelle 4.1).

Die weitgehende Verschränkung zwischen öffentlichen und privaten Leistungserbringern wird noch verstärkt durch den großen Anteil an Ärzten, der in öffentlichen und privaten Einrichtungen zugleich arbeitet.

Dieser ausgeprägte Public/private Mix ist dabei ein zweites Charakteristikum des nationalen Gesundheitsdienstes Italiens (siehe Tabelle 4.2).

Auf der Ebene der Finanzierung zeichnet sich der vergleichsweise große Spielraum privater Leistungserbringer durch einen hohen Anteil privater Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen ab. Dabei hat sich dieser Anteil seit der Errichtung des SSN nicht

Tabelle 4.1: Leistungserbringer im nationalen Gesundheitsdienst (SSN) nach ihrem rechtlichen Status 1986

	öffentlich	privat
Krankenhäuser	1.157 (ca. 84% der Betten)	616 (ca. 16% der Betten)
Ambulatorien und Polyambulatorien	4.964	7.893
Beratungsstellen	3.011	27
Tageskliniken	180	17
Apotheken	1.627	12.835
Familienärzte	...	61.943
Fachärzte	...	24.936

Quelle: Censis (1988: 480)

Tabelle 4.2: Public/private Mix in Italien

Leistungs- erbringung	öffentlich	privat
Finan- zierung		
öffentlich	<ul style="list-style-type: none"> - Basisdienste (ohne Basisarzt) - öffentliche Apotheken - angestellte Fachärzte - öffentliche Ambulatorien - öffentliche Krankenhäuser 	<ul style="list-style-type: none"> - konventionierte Basisdienste - konventionierte Basisärzte - konventionierte Apotheken - konventionierte Fachärzte - konventionierte Fachpraxen - konventionierte Kliniken
privat	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstbeteiligung bei - Arzneimitteln - Facharztbesuchen - Analysen - Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern 	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeinmediziner - diverse Dienste - bestimmte Arzneimittel und Selbstmedikation - Fachärzte - Analysen - Privatkliniken

Quellen: Censis (1988: 447); Piperno (1988: 3)

vermindert, sondern vielmehr noch erhöht². Veranlaßt werden diese privaten Ausgaben zu einem geringeren Teil vom Staat selbst, und zwar über die Erhebung von Gebühren (sogenannte *Tickets*) für Facharztbesuche und Rezepte sowie durch die Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln³. Der weitaus größere Teil der Privatausgaben ist jedoch dadurch bedingt, daß italienische Bürger mit ihrer Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in bestimmten Fällen ganz auf den privaten Markt ausweichen. Ambulante und stationäre Leistungen der privaten Anbieter werden privat bezahlt, um bürokratischen Aufwand und Wartezeiten zu vermeiden sowie eine bessere Qualität der Behandlung sicherzustellen. Die Bezahlung erfolgt dabei vielfach aus der eigenen Tasche. Ein neuer Markt für private Zusatzversicherung konnte sich zwar in den letzten Jahren mit steigenden Umsatzzahlen entwickeln, ohne jedoch bereits ein größeres wirtschaftliches Gewicht bekommen zu haben⁴.

Der steigende Anteil privater Ausgaben bildet einen der Anknüpfungspunkte für die erneute Diskussion um eine Reform des italienischen Gesundheitswesens (siehe Tabelle 4.3). Denn sollte die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes eine effiziente und qualitativ gleich gute Versorgung für alle Bürger sicherstellen, so werden die steigenden Privatausgaben als Signal für eine fehlende Zielerreichung in beiden Dimensionen gewertet. Steigende Kosten werden danach eben nicht, wie erwartet, durch eine effizientere Organisation aufgefangen. Die Finanzierungsprobleme würden vielmehr, so die Argumentation, allein auf die Patienten abgewälzt, und zwar in Form einer ständig wachsenden Selbstbeteiligung oder aber in Form des Zwangs, infolge der Ineffizienz des öffentlichen Systems auf den privaten Markt ausweichen zu müssen.

2 Die vorliegenden Berechnungen von Piperno in seinem Bericht für den Sozialausschuß der Abgeordnetenkommer (Camera dei Deputati 1988: 223) und dem Basys Institut (Basys 1989) differieren erheblich in den absoluten Zahlen, stimmen aber in der Tendenz überein:

Piperno:	öffentliche Ausgaben	1980:	83.3%	1987:	78.3%
	private Ausgaben		16.6%		21.7%
Basys:	öffentliche Ausgaben	1980:	76.0%	1986:	70.4%
	private Ausgaben		24.0%		29.6%

3 An den privaten Ausgaben insgesamt hatten sie 1984 und 1985 einen Anteil von knapp 10%, 1986 stiegen sie dann auf ca. 13% an (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: Tabelle 1.6, 1.7).

4 Die Entwicklung befindet sich noch in den Anfängen, die Umsätze der privaten Versicherer bleiben im Verhältnis zu ihren Gesamtumsätzen häufig unter 1% (mit einem maximalen Umsatzanteil eines Versicherers von 13,3%) und erweisen sich derzeit noch als wenig rentabel, siehe Censis (1988: 466-477).

Tabelle 4.3: Öffentliche Ausgaben für private und öffentliche Leistungserbringer

Leistungserbringung	öffentliche Ausgaben in %	
	1980	1987
öffentlich	65,4	59,4
privat	34,6	40,6

Quelle: Censis (1988: 449)

Diese Debatte um Kostenbegrenzung und Effizienz in der Gesundheitsverwaltung ist in Italien altbekannt, ebenso wie das Bemühen, mit den verschiedenen Reformen in der Vergangenheit zu einer endgültigen Problemlösung zu gelangen. Die Skizzierung dieser Abfolge von Reformen bzw. Reformversuchen ist Gegenstand des folgenden Abschnittes.

2. Historie

Der nationale Gesundheitsdienst Italiens steht am - vorläufigen - Ende einer Entwicklung der italienischen Gesundheitsversorgung, die durch verschiedene strukturelle Veränderungen und Brüche gekennzeichnet ist. Der Überblick über die historische Entwicklung läßt dabei zweierlei deutlich werden: zum einen die lange Tradition der italienischen Reformdebatte. In ihrem Mittelpunkt stand stets das Problem der Krankenhausfinanzierung, an ihrem Endpunkt 1978 die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes, die nicht eine bloße Imitation der englischen Reform von 1948 darstellte, sondern auch auf eigenen, weit zurückliegenden Diskussionsansätzen fußte. Zum anderen wird deutlich, daß die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes in erster Linie eine Reform der Verwaltungsorganisation war. Unter den Leistungserbringern haben allein die öffentlichen Krankenhäuser eine direkte Statusveränderung erfahren, während die übrigen Leistungserbringer zwar ihren Vertragspartner wechselten, ihren hergebrachten formalen Status jedoch beibehielten.

2.1 Erste staatliche Regulierungen des italienischen Gesundheitssystems

Die ordnungspolitischen Grundlagen der Entwicklung des italienischen Gesundheitssystems wurde mit den ersten staatlichen Regulierungen der Gesundheitsversorgung in den Jahren 1880 bis 1890 gelegt. Diese Eingriffe regelten Angebot und Nachfrage der medizinischen Versorgung in drei Bereichen: dem Bereich der Krankenversicherung, dem der medizinischen Versorgung von Armen und schließlich dem Bereich der Krankenhausversorgung.

Den ersten Eingriff stellte das Gesetz von 1886 über die Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit (*società di mutuo soccorso*) dar. Vorausgegangen war dem eine Phase des verstärkten Wachstums dieser Vereine. Sie ging jedoch einher mit einer geringen Bestandsdauer. Eine Untersuchung der Regierung brachte zudem zutage, daß nur 28 der 470 erfaßten Vereine ihren statutarischen Aufgaben nachkamen (Zacher 1909: 850). Das Gesetz ermöglichte nun die Anerkennung der Hilfsvereine als juristische Person, wodurch den Einlagen ihrer Mitglieder ein größerer Rechtsschutz gewährt werden konnte. Die Registrierung blieb jedoch ins Ermessen der Vereine gestellt, nicht registrierte Vereine konnten weiter verfahren wie bisher (Zacher 1909: 850; Cherubini 1977: 65). Die regulierende Wirkung des Gesetzes blieb gering. Acht Jahre später waren nur ca. 17% der Hilfsvereine (1.156 von 6.722) gesetzlich anerkannt, der größte Teil der übrigen Vereine hatte sich um eine derartige Anerkennung erst gar nicht bemüht. Die Versicherungsdichte stagnierte zum Ende des Jahrhunderts bei 2,8%⁵. Damit blieb der Anteil der gegen das Krankheitsrisiko versicherten Bevölkerung vergleichsweise gering und eine medizinische Versorgung der Bevölkerung über die Institution der Hilfsvereine war damit keineswegs gewährleistet.

Den Zugang breiterer Bevölkerungsschichten zur ärztlichen Versorgung eröffnete 1888 das Gesetz über die öffentliche Gesundheit. Erstmals verpflichtete sich hier der italienische Staat, selbst für das Angebot einer Sozialleistung Sorge zu tragen. Delegiert wurde die Leistungsverpflichtung an die Kommunen, in deren Aufgabe es nun fiel, die Versorgung der kranken Armen über die Anstellung eines Gemeindefarztes (*medico*

5 1885 zählte man 781.491 Mitglieder in den Hilfsvereinen (Bevölkerungszahl 1881: 28.953.000), 1904 waren es 926.026 Hilfsvereinsmitglieder (Bevölkerungszahl 1901: 32.965.000) (Zacher 1909: 852; Chiellino u.a. 1983: 25).

condotto) sicherzustellen (Piperno 1976a: 45). Dieser Gemeindefeldarzt sollte nur für die Armen zuständig sein, faktisch aber versorgte er auch einen großen Teil der wohlhabenderen Bevölkerungskreise, da die Kommunen dazu neigten, den Begriff der "Armen" extensiv auszulegen, um so die Höhe der staatlichen Zuschüsse zu steigern⁶. Die Bezahlung des angestellten Gemeindefeldarztes und der Krankenhausaufenthalte der "Armen" (in den Krankenhäusern der Wohltätigkeitsorganisationen) erfolgte durch die Gemeinde, die Finanzierung übernahm der Zentralstaat, der zur Koordination der staatlichen Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung die *Direzione Generale della Sanità* (Generaldirektion für Gesundheit) im Innenministerium errichtete (Piperno 1986a: 43-45). Mit dem gleichen Gesetz wurde der Schutz der öffentlichen Hygiene dem Innenminister zugewiesen, dem seinerseits der zentralstaatliche Verwaltungsapparat von Präfekten, Unterpräfekten und Bürgermeistern zur Aufgabenerfüllung zur Verfügung stand (Piperno 1986b: 76).

Der dritte Bereich staatlicher Interventionen waren die *opere pie*, die vorwiegend kirchlichen Wohltätigkeitsorganisationen, die die primären Krankenhausträger dieser Zeit waren. Kurz nach der italienischen Einigung war diesen Organisationen (IPAB - *Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza*) mit dem Gesetz von 1862 noch eine weitgehende Unabhängigkeit von zentralstaatlichem Einfluß zuerkannt worden (Primerico 1984: 395/396). Knapp 30 Jahre später wurde diese Autonomie der Wohlfahrtsorganisationen mit dem Gesetz von 1890 "über die öffentlichen Institutionen der Wohlfahrt" (*opere pie*) eingeschränkt. Dem ging auch hier eine Untersuchung der Regierung voraus, die Verschwendungen und Veruntreuungen großer Vermögen bei diesen Organisationen aufdeckte (Cherubini 1977: 60). Das Gesetz berührte allerdings im wesentlichen nur die Verwaltungs- und nicht die Leistungssphäre. Das bis dahin geltende System schwacher Kontrollen wurde präzisiert und verschärft, der Bereich der (autonomen) Finanzverwaltung begrenzt und die Krankenhauseinrichtungen (*enti ospedalieri*) enger an die Organe des öffentlichen Gesundheitswesens angebunden, die mit dem Gesetz über die öffentliche Gesundheit von 1888 geschaffen worden waren (*Congregazione di Carità*) (Frascani 1986: 126)⁷.

6 So berichtet Piperno, daß noch 1904 in Parma von 48.000 Einwohnern 24.000 in der Armenliste eingetragen waren, in Ancona und Vicenza seien es 40,2%, in Arezzo 39,5% und in Bologna 25% gewesen (Piperno 1986b: 76).

7 Laut Piperno (1986a: 48) wurde damit vor allem der kirchliche Einfluß in der Verwaltung

Mit den drei Gesetzen von 1886, 1888 und 1890 waren die grundlegenden Regelungen für die Bereiche der Krankenversicherung, der öffentlichen Gesundheitsversorgung und der Krankenhausversorgung getroffen worden, welche bis zur Machtübernahme durch den Faschismus und teilweise noch über diesen Zeitpunkt hinaus Bestand hatten. Ihre Funktionsdefizite boten in der Folgezeit immer wieder Anlaß zur Kritik und neuen Reformdiskussionen.

2.2 Die Vertagung der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bis zum Ausgang der faschistischen Periode

Mit dem Gesetz von 1888 waren im öffentlichen Gesundheitsdienst die Voraussetzungen dafür geschaffen worden, daß ein Angebot an ärztlichen Leistungen in einem relevanten Umfang entstehen konnte (Piperno 1986a: 29). Der staatliche Bereich war hierüber zum zentralen Sektor innerhalb des ärztlichen Arbeitsmarktes geworden, sei es über die Institution des Gemeindearztes, sei es indirekt über die Bezahlung der Krankenhausaufenthalte "Armer" durch die Gemeinden. Als zweites wurde der Arbeitsmarkt der Ärzte aus den Fonds der Hilfskassen alimentiert, der aber angesichts des geringen Anteils der hierüber versorgten Bevölkerung nur von sekundärer Bedeutung war⁸.

Die Kommunen als wichtigste Bezahler ärztlicher Leistungen konnten ihren finanziellen Verpflichtungen jedoch nicht nachkommen, da es an einer hinreichenden Mittelausstattung durch den Zentralstaat fehlte. Zugleich wuchs insbesondere auch im Krankenhausbereich die Inanspruchnahme derart, daß die Nachfrage schließlich die Kapazitäten überstieg⁹. Der Anstieg der selbstzahlenden Patienten sowie der Patienten, deren Kosten durch die Hilfskassen übernommen wurden, konnte die Finanze-

zurückgedrängt, 1926 unter faschistischer Regierung jedoch wieder neu etabliert. Die Trägerschaft der Krankenhäuser blieb davon unberührt.

- 8 Als weitere Voraussetzungen auf der Angebotsseite nennt Piperno den Übergang der italienischen Medizin von der spekulativen zur klinisch experimentellen Methode Mitte des 19. Jahrhunderts und die allmähliche Erringung einer Monopolstellung über die Kontrolle der Berufsausübung durch die Ärzte, was 1910 zur gesetzlichen Institutionalisierung von Ärztekammern in allen Provinzen führte. Damit sei der Bevölkerung der Zugang zu weniger kostspieligen Gesundheitsberufen verwehrt worden. Zu den Faktoren auf der Nachfrageseite siehe Piperno (1986a: 34/35).
- 9 Piperno (1986a: 32) spricht davon, daß sich die Zahl der Krankenhauseinweisungen nahezu verdreifacht hat.

rungslücken nicht schließen, so daß um 1910 die Krankenhäuser an der Grenze des wirtschaftlichen Zusammenbruchs standen (Piperno 1976: 43).

Die finanzielle Lage der Hilfsvereine, der öffentlichen Körperschaften und der Krankenhäuser verschärfte sich weiter durch den Kriegseintritt Italiens 1915. Eine rationalere Form der Leistungserbringung und eine gleichmäßige Form der Finanzierung durch Staat, Arbeitgeber und Arbeitnehmer wurden zum Dreh- und Angelpunkt der nun einsetzenden Reformdiskussion (Cherubini 1977: 225). Der "Dreibund" (*triplice*), bestehend aus der Allgemeinen Konföderation der Arbeit, der Nationalen Liga der Kooperativen und der Föderation der Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit (*Confederazione Generale Italiana del Lavoro, Lega Nazionale delle Cooperative, Federazione delle Società di Mutuo Soccorso*), hatte sich als stabile Vertretung der Arbeiterschaft herausgebildet und forderte bereits während des Krieges 1915 die Einführung einer organischen, rationalen Pflichtversicherung, die die Gesamtheit der sozialen und gesundheitlichen Risiken integrieren sollte (Krankheit, Invalidität, Alter, Unfall, Schwangerschaft und Kindbett).

Die integrierte Sozialversicherung (*assicurazione globale*) und die Versicherungspflicht waren Reformziele, die aus "technischen, ökonomischen und sozialen Gründen" in den Jahren 1917 bis 1919 eine breite Zustimmung erfuhren, und zwar nicht zuletzt aufgrund der besonderen Stimmung nach dem Kriegsende. In diesem Zusammenhang empfahl eine Regierungskommission 1919 ein sehr weitgehendes Reformprogramm. Danach sollte die Versicherungspflicht eingeführt und auf alle abhängig Beschäftigten ausgedehnt werden. Die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung sollten auf nationaler Ebene und die Krankenversicherungen auf Provinzebene durch neue Institutionen koordiniert werden. Ferner sollten diese neuen Provinzinstitute auch die ambulanten und stationären medizinischen Dienste integrieren, und zwar über einen Ausbau eigener ambulanter Dienste sowie eine Koordination mit externen Leistungserbringern. Die Finanzierung sollte paritätisch über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge erfolgen (Cherubini 1977: 230/231; Bonizzi 1944: 83-85).

Nach der Wahl von 1919 wich der einheitliche Reformwillen jedoch einer zunehmenden politischen Polarisierung zwischen der katholischen Volkspartei auf der rechten und der sozialistischen Partei auf der linken Seite. Letzte Versuche, 1921 zu einem gemeinsamen Vorgehen zwischen sozialistischen und katholischen gewerkschaftlichen Kräften zu gelangen, wurden durch die Machtübernahme Mussolinis hinfällig (Cherubini 1977: 262).

Mit der Machtübernahme Mussolinis 1922 kam die Diskussion über eine Reform der Krankenversicherung zum Stillstand. Orientiert an liberalistischen wirtschaftspolitischen Grundsätzen verfolgte Mussolini einen Kurs, der der bisherigen Reformdiskussion zunächst entgegenlief. Eine Neuordnung der Gesundheitsfürsorge unterblieb. Allein in den "befreiten", ehemals österreichischen Provinzen wurde die dort bereits eingeführte Versicherungspflicht beibehalten. Für das übrige Italien sollte die Pflichtversicherung vertagt werden bis zu dem Zeitpunkt, an dem sich die Situation der italienischen Wirtschaft und des italienischen Staatshaushaltes verbessert hätten (Cherubini 1977: 267/268). 1926 erfolgte ein wirtschaftspolitischer Strategiewechsel Mussolinis und damit verbunden der Übergang von einer Politik des *laissez faire* zu einer Politik der "geteilten Verantwortung" von Arbeitgebern und Arbeitnehmern in den faschistischen Korporationen. Diesen Korporationen wurde nunmehr auch die Gesundheitsvorsorge anvertraut. 1927 legte die *Carta del lavoro* die Grundzüge dieser neuen Politik fest¹⁰. Wo es technisch möglich war, sollten die Arbeitsverträge die Konstituierung von Krankenkassen (*casse mutue per malattia*) vorsehen, finanziert mit Beiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, verwaltet durch Vertreter beider unter der Aufsicht von Organen der Korporation (Cherubini 1977: 272, Bonizzi 1944: 23/24, 121). Der faschistische Staat entzog sich der direkten Verantwortung für die Krankenversicherung, überantwortete sie der Abstimmung zwischen Unternehmern und Arbeitern und ordnete sie damit zugleich der Produktivität in den unterschiedlichen Wirtschaftszweigen und Regionen unter. Bis 1940 wurde eine Ausweitung der Versicherungsdichte auf 35% der Gesamtbevölkerung erzielt (Piperno 1986a: 54).

Parallel zum Ausbau der Krankenversicherung im Faschismus wurde die Bedeutung der kommunalen Gesundheitsversorgung ab 1923 systematisch zurückgedrängt. Den Kommunen blieben nur reduzierte Aufgaben in der Armenhilfe und in der öffentlichen Hygiene (Piperno 1986a: 47), und infolgedessen verlagerte sich das Schwergewicht der Gesundheitsfinanzierung vom Staat auf die Krankenkassen, bei denen es jedoch große Unterschiede in der Leistungsfähigkeit gab (Piperno 1976a: 52-55; Cherubini 1977: 324).

10 Sie bildete die Grundlage des *Stato Corporativo*, in dem "die den Interessen der Produktion untergeordnete Versöhnung der gegensätzlichen Interessen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer" postuliert wurde (Chiellino 1981: 96/97).

Ungelöst blieb das Problem der Krankenhausfinanzierung. Die Inflation hatte in der Zwischenzeit die Erträge aus den Gründungsstiftungen für die Krankenhäuser reduziert, während parallel erhebliche Kostensteigerungen zu verzeichnen waren. Neue staatliche Krankenhäuser wurden zwar in den großen Städten gebaut und Privatkliniken entstanden für die obere Mittelklasse, ohne daß dies die grundlegenden Versorgungs- und Finanzierungsprobleme beseitigte (Piperno 1986a: 49/50).

Die Kritik am bestehenden System richtete sich noch im Faschismus auf seine Unüberschaubarkeit, auf die Unterschiedlichkeit der Leistungen und den Mangel an Koordination. Verschiedene Möglichkeiten einer stärkeren Vereinheitlichung wurden diskutiert (Piperno 1986b: 96). Erneut tauchte der Plan einer umfassenden Reorganisation sowohl der Krankenkassen als auch der medizinischen Dienste auf mit dem Ziel, Spannungen und Doppelungen zu vermeiden. Nach erfolglosen Versuchen einer Koordination der verschiedenen Kassen in übergreifenden Organisationen kam es schließlich mit dem Gesetz vom 11.1.1943 zur Gründung der ersten gesetzlichen, öffentlich-rechtlichen Krankenkasse (*ente mutualità*), der INAM (*Istituto Nazionale per l'Assistenza contro le Malattie*). In ihr sollten die Krankenkassen aufgehen, die bisher im Zuständigkeitsbereich zentraler Gewerkschaften lagen. Die Schaffung der INAM sollte ein erster Schritt in Richtung einer Vereinheitlichung der Gesundheitsabsicherung und -versorgung sein (Cherubini 1977: 340-354; Chiapelli 1969: 59).

2.3 Der Ausbau der Pflichtversicherung in den gesetzlichen Krankenkassen nach 1943

In der neu konstituierten italienischen Republik erfolgte tatsächlich eine Konzentration der Versicherten auf die INAM als berufsübergreifender, auf nationaler Ebene organisierter Krankenkasse. Jedoch bestanden, ähnlich wie in Frankreich nach 1945, eine Vielzahl größerer und kleinerer berufsbezogener Krankenkassen fort¹¹. Zu den nationalen Kassen gehörten insbesondere: die ENPAS als Versicherung für die staatlich Beschäftigten, die ENPDEDP als Versicherungsanstalt für mittlere Staatsbeamte, die INADEL als Versorgungsinstitut für die Angestellten der Gebietskörper-

11 Und zwar mehr als 200, vgl. Marburger Bund (1981: 20). Zu den verschiedenen Kassenarten vgl. auch Chiapelli (1969), Illuminati (1970), Petroni/ Pietropaolo (1975), Terranova (1983).

schaften. Auf Provinzebene organisiert waren hingegen solche berufsbezogenen Krankenkassen wie die *Mutue dei Commercianti* als Krankenkassen der Händler, die *Mutue degli Artigiani* als Krankenkassen der Handwerker und die *Mutue Coltivatori Diretti* als Krankenkassen der selbständigen Bauern (Chiapelli 1969: 14). Daneben bestanden weitere Krankenkassen für kleinere Berufsgruppen mit regionalem Bezug, für freie Berufe und Künstler, teils auf freiwilliger, teils auf Pflichtbasis, ferner Betriebskrankenkassen, überbetriebliche Krankenkassen und verschiedene Hilfskassen. Die Zuständigkeiten der verschiedenen Krankenkassen waren dabei nach unterschiedlichen und keineswegs konsistenten Kriterien voneinander abgegrenzt (Domenicantonio 1978: 76).

Die Organisation der großen Krankenkassen wies sowohl Merkmale einer staatlichen Behörde als auch Merkmale einer Selbstverwaltung auf. So oblag die Aufsicht über die Kassen dem Minister für Arbeit und Sozialvorsorge, der bei den größeren Kassen auch den jeweiligen Präsidenten sowie den Verwaltungsrat ernannte. Im Verwaltungsrat, dem formal höchsten Entscheidungsgremium einer Kasse, waren die Repräsentanten relevanter betroffener Gruppen vertreten. Bei der INAM waren dies zuletzt: die Versicherten, die Arbeitgeber, die Pensionäre, die Ärzte, die Mitarbeiter der Krankenkasse selbst, Vertreter der Ministerien, Vertreter der Sozialversicherungen (Illuminati 1970: 92-94). Die Beitragssätze für die Krankenkassen der abhängig Beschäftigten wurden jährlich von der Regierung per Dekret erlassen, die Beitragsanteile der Arbeitgeber überschritten dabei i.d.R. die der Arbeitnehmer (Illuminati 1970: 201, 204 Tabelle 23). Die Bedingungen der Leistungserbringung wurden in den Kollektivverhandlungen zwischen der jeweiligen Krankenkasse und den Leistungserbringern ausgehandelt (Illuminati 1970: 85/86). Die Beitragssätze in den Krankenkassen der Selbständigen wurden nicht per Dekret festgesetzt, sondern durch gewählte Organe bestimmt (Petroni/ Pietropaolo 1975: 13).

Die Entwicklung der Krankenkassen in der Zeit nach 1943 wird von Petroni/ Pietropaolo (1975: 5) in drei Phasen eingeteilt¹²:

- Die Phase von 1943 bis 1952, die gekennzeichnet war von der Ausdehnung der Versicherung auf alle abhängig Beschäftigten,

12 Insgesamt wird hier von vier Phasen der Krankenkassenentwicklung (*quattro tempi della mutualità*) gesprochen, wobei die erste Periode bis 1943, dem Jahr der Institutionalisierung der *ente mutualità* angesetzt wird.

- die Phase von 1952 bis 1962, gekennzeichnet durch die Einbeziehung abhängig Beschäftigter "in speziellen Arbeitsbeziehungen" (z.B. Hausangestellte), sowie der Selbständigen (Bauern, Händler, Handwerker) und der Rentner,
- die Phase ab 1963 (bis zur Reform), gekennzeichnet durch die Finanzkrise der Krankenkassen und Krankenhäuser und die anhaltende Diskussion um eine Reform des Sicherungssystems.

Gegen Ende der letzten Phase war es gelungen, 94% der Bevölkerung in das System der gesundheitlichen Absicherung über die Krankenkassen einzubeziehen (Domenicantonio 1978: 113, Anm. 9). Zentrale Ansatzpunkte der erneut aufbrechenden Reformdiskussion waren wiederum die Fragmentierung des Systems und sein Mangel an Koordination, aber auch die gravierenden Ungleichheiten in den Beitragszahlungen und den Leistungen der verschiedenen Kassen¹³ sowie die ungleiche räumliche Versorgungsstruktur (Domenicantonio 1978: 77; Piperno 1986a: 56/57; Quaranta 1985: 4).

2.4 Die Schritte hin zur Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes

Nach dem Ende des zweiten Weltkrieges war wie in England auch in Italien die Gesundheitsfürsorge offiziell als Bestandteil der wohlfahrtsstaatlichen Aufgaben anerkannt worden¹⁴. Seinen deutlichsten Ausdruck fand dies im Artikel 32 der italienischen Verfassung von 1948: "Die Republik schützt die Gesundheit als grundlegendes Recht des Individuums und als Interesse der Gemeinschaft und gewährleistet den Bedürftigen kostenlose Heilbehandlung". Die Realisierung dieses Programmpunktes setzte eine Reform des Gesundheitswesens voraus, und die Diskussion hierüber hatte bereits vor Beendigung des Zweiten Weltkrieges begonnen. Noch im März 1944 war auf Regierungsebene beschlossen worden, eine Kommission einzusetzen, die Vorschläge zur Weiterentwicklung des geltenden italienischen Vorsorgesystems entwickeln sollte. Im Juli 1947 kam

13 So übernahmen beispielsweise die Krankenkassen der Handwerker und Händler nur die Kosten der Krankenhausbehandlung, die Krankenkasse der Kleinbauern schloß Leistungen für Arzneimittel aus (Petroni/ Pietropaolo 1975: 10).

14 Wobei die Diskussion des Beveridge-Plans in England offensichtlich auch hier seine Wirkung hatte (Cherubini 1977: 352; Illuminati 1970: 22).

es zur Bildung der *Commissione D'Aragona*, die die Umsetzung dieses Verfassungsartikels in die Praxis beraten sollte (Ferrera 1986: 390, 456; Berlinguer 1968: 5; Illuminati 1970: 24-28).

Diese Vorschläge zielten ab auf eine umfassende Ausweitung des Versicherungsschutzes auf breite Bevölkerungskreise und auf eine verbesserte Koordination der Versicherungsträger wie auch der Leistungserbringer¹⁵. Ein knappes Jahrzehnt später wurde dann der Plan einer grundlegenden Neustrukturierung der medizinischen Versorgung über die Errichtung eines nationalen Gesundheitsdienstes in die Diskussion gebracht. Unterbreitet wurde er von der CGIL, der größten, kommunistisch-sozialistisch ausgerichteten Gewerkschaft Italiens¹⁶. Zum Gegenstand einer breiten Reformdiskussion wurde dieser Plan in den 1960er Jahren.

Anlaß der Reformdiskussion in den 60er Jahren war eine Problemkonstellation ähnlich der vor dem ersten Weltkrieg. Die Kosten im Krankenhausbereich stiegen ständig, die Kommunen kamen ihren Verpflichtungen aus der Armenfürsorge nicht oder nicht rechtzeitig nach, ebensowenig konnten die Krankenkassen ihre Verpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern einlösen, was wiederum die Krankenhäuser selbst ins Defizit trieb (Interview Nr. 4). Sache der Regierung wäre es gewesen, über eine Anhebung der Beitragssätze in der Krankenversicherung der abhängig Beschäftigten für ausreichende Finanzmittel der Krankenkassen zu sorgen. Dies hätte aber den Protest der Arbeitgeber hervorgerufen, die den höheren Beitragsanteil aufzubringen hatten. Bei einer Erhöhung des Arbeitnehmeranteils hätte man demgegenüber mit dem Widerstand der Gewerkschaften rechnen müssen. Statt dessen wurden nun die jeweiligen Defizite der Krankenhäuser und Krankenkassen fortlaufend durch die verschiedenen Regierungen ausgeglichen (Cavazzuti/ Giannini 1982: 16), d.h., über den Staatshaushalt und damit über Steuern oder öffentliche Verschuldung finanziert. Dies bedeutete aber zugleich eine Umverteilung der Finanzierung zu Lasten der Lohneinkommen, welche den größten Beitrag zur Finanzierung des Staatshaushalts aufbringen.

15 Die angeregte Koordination der Leistungserbringung auf territorialer Basis beinhaltete strukturelle Änderungen, die letztlich erst mit der Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes realisiert wurden (Cherubini 1977: 370/371; Piperno 1986a: 30).

16 Nach Berlinguer (1968: 10) bildete die Grundlage dieses Reformvorschlages der 1955 von der CGIL vorgelegte *piano di sicurezza sociale*, der nach Ferrera (1986: 456) 1957 in die Vorlage eines Gesetzentwurfs der CGIL über die Errichtung eines Nationalen Gesundheitsdienstes führte und in den folgenden Jahren verstärkt propagiert wurde (Illuminati 1970: 42-44; Pietroni/ Pietropaolo 1975: 28-30).

Die Ursachen des Kostenproblems wurden, wie bereits in der Reformdiskussion von 1917-19, in der Zersplitterung von Zuständigkeiten gesehen. Die aktuelle Reformdiskussion schwankte dabei zwischen zwei Argumentationslinien (Piperno 1986a: 61). Einerseits wurde grundsätzlich auch von den politischen Kräften des mitte-rechts Spektrums konstatiert, daß die Bedingungen nunmehr gegeben seien, wonach der Staat die Aufgabe der Gesundheitsfürsorge übernehmen und den nationalen Gesundheitsdienst einrichten sollte. Andererseits sah man unmittelbar keine Möglichkeit gegeben, eine solche Gesamtreform staatlich zu finanzieren, weshalb sich die Reformanstrengungen getrennt auf die einzelnen Sektoren richten sollten.

Der Krankenhaussektor bildete schließlich 1968 den Ansatzpunkt für eine erste größere Umstrukturierung des Gesundheitssystems. Kernpunkte dieser Reform waren: die Überführung der Krankenhäuser in öffentlich-rechtliche Körperschaften (*ente ospedaliero*) (Primicerio 1984: 399; Simons 1977: 444), die Beteiligung auch der Gebietskörperschaften in der Verwaltung der neuen Krankenhauskörperschaften, die Abstimmung der Krankenhausplanung zwischen dem Zentralstaat und den (noch einzurichtenden) Regionen, die Finanzierung der Krankenhäuser über Betriebskosten deckende Tagessätze einerseits und einem einzurichtenden nationalen Krankenhausfonds zur Durchführung von Neuinvestitionen (*Fondo Nazionale Ospedaliero*). Der Krankenhausfonds selbst wurde im Budget des Gesundheitsministeriums ausgewiesen (Quaranta 1975: 7/8; Domenicantonio 1978: 94; Marburger Bund 1981: 66-69).

Gedacht als Maßnahme, mit deren Hilfe die Einführung eines nationalen Gesundheitsdienstes vermieden werden sollte, stellte die Krankenhausreform infolge ihres Scheiterns faktisch den ersten konkreten Schritt in Richtung auf einen nationalen Gesundheitsdienst dar. Denn der Anstieg der Krankenhauskosten konnte nicht begrenzt werden, was in Anbetracht der bundesdeutschen Erfahrungen mit kostendeckenden Pflegesätzen nicht verwundert¹⁷.

Mit dem Scheitern der Krankenhausreform war - bei gleichzeitig veränderter politischer Großwetterlage - schließlich der Weg hin zu

17 80% der Krankenhauspatienten waren Kassenmitglieder, infolgedessen waren es die Kassen, die den größten Teil der Finanzmittel aufbringen mußten, ohne auf ihr Zustandekommen Einfluß nehmen zu können. Für die Krankenhäuser war mittels der Pflegesatzregelung jeder Anreiz zur effizienteren Arbeit entfallen. 1975 wurde schließlich die Vorschrift über die kostendeckenden Pflegesätze aufgehoben (Domenicantonio 1978: 94), zu einem Zeitpunkt, als sie in der Bundesrepublik erst eingeführt wurde.

einem nationalen Gesundheitsdienst frei. Die Christdemokraten (DC), die die dominante Kraft in allen Koalitionsregierungen seit 1948 waren, befanden sich Mitte der 1970er Jahre in einer politischen Krise, die Kommunisten (PCI) verbuchten demgegenüber ihre größten Stimmengewinne, und die DC sah sich gezwungen, das Angebot der PCI zum "historischen Kompromiß" anzunehmen: die DC-Minderheitsregierung konnte mit Unterstützung auch der kommunistischen Partei regieren, PCI und Sozialisten konnten ihrem, seit den 1950er Jahren favorisierten Konzept eines nationalen Gesundheitsdienstes in Italien zum politischen Durchbruch verhelfen.¹⁸ Die wesentlichen gesetzlichen Etappen zum nationalen Gesundheitsdienst waren (Domenicantonio 1978; Simons 1977; Quaranta 1985; Terranova 1983; Primicero 1984):

- 1972 die Übertragung der Zuständigkeiten für die öffentliche Wohlfahrt und die Gesundheitsfürsorge an die Regionen im Zuge der Regionalisierung (D'Ambrosio/ Izzo 1986: 19).
- 1974 die Tilgung der Schulden der Krankenkassen und der Kommunen gegenüber den Krankenhauskörperschaften durch den Staatshaushalt. Für die Finanzierung der künftigen Krankenhauskosten wurde im Haushalt des Gesundheitsministers der "Nationale Fonds für die Krankenhausfürsorge" (*Fondo Nazionale per l'Assistenza Ospedaliera*) eingerichtet, gespeist aus den Beitragsmitteln der Sozialversicherungen und anderer entlasteter Träger, sowie aus Steuermitteln¹⁹. Für die gesamte Bevölkerung wurde die kostenlose stationäre Behandlung eingeführt.
- 1977 wurden die gesetzlichen Krankenkassen aufgelöst. Die Zuständigkeit für sämtliche Bereiche der Gesundheitsversorgung auch anderer öffentlicher Körperschaften wurde auf die Regionen übertragen. Zudem wurden Übergangsregelungen für den Abschluß einheitlicher Verträge mit den Gesundheitsberufen getroffen.
- Am 3.12.1978 wurde das Gesetz über die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes verabschiedet, das zum 1.1.1980 endgültig in

18 Zu den politischen Rahmenbedingungen vgl. Hausmann (1989: 73-80). Der Kurswechsel der PCI hin zum "historischen Kompromiß" wurde 1972 durch die Wahl Enrico Berlinguers zum Generalsekretär der Partei eingeleitet. Zu den übrigen, die Reform forciierenden Faktoren vgl. auch Taylor (1984), Ferrera (1986), Kriescher-Fauchs (1981).

19 Die Regionen waren nunmehr zuständig für die Bezahlung der Krankenhäuser, ohne ihnen gegenüber aber weitergehende Kontrollmöglichkeiten zu haben. Bis 1977 kam es zu einem erneuten Anwachsen der Schulden der Krankenhäuser und Krankenkassen auf 12.000 Mrd. Lire (Domenicantonio 1978: 96).

Kraft treten sollte. Damit ging die Verwaltungs- und Leistungsstruktur der Krankenkassen über in die Organisation der neuzuschaffenden "lokalen Gesundheitseinheit" (USL - *Unità Sanitaria Locale*). Für eine bis 1980 angesetzte Übergangsphase wurden die SAUBs²⁰ gebildet, die mit den administrativen Strukturen der Krankenkassen auch deren Personal übernahmen. Die Krankenhauskörperschaften wurden als selbständige Institutionen aufgelöst und als abhängige Einrichtungen in die Leistungsstruktur der USL integriert.

Die Reform verfolgte damit unmittelbar zwei Ziele: Auf der einen Seite ging es um die Integration der fragmentierten Verwaltungs- und Versorgungsstruktur, von der man sich einen Rationalisierungs- und Kostendämpfungseffekt versprach. Auf der anderen Seite sollte das Leistungsangebot vereinheitlicht werden, und zwar sowohl für die Bevölkerungsgruppen der unterschiedlichen beruflichen und sozialen Schichten als auch für die Bewohner unterschiedlicher Regionen, wodurch insbesondere das Nord-Süd-Gefälle in der Gesundheitsversorgung beseitigt werden sollte.

Zusammenfassend läßt der historische Abriß drei Kennzeichen der Entwicklung des italienischen Gesundheitssystems deutlich werden:

- die Beständigkeit, mit der seit Anfang des 20. Jahrhunderts das Grundproblem des Gesundheitswesens in der Fragmentierung von Zuständigkeiten gesehen wird;
- die schrittweise Übernahme direkter Verantwortung durch den Staat, ausgehend von der Armenfürsorge (1888), gefolgt von der Mitwirkung in der Verwaltung der gesetzlichen Krankenkassen (ab 1943), der Finanzierung der Krankenhauskörperschaften (1968) bis hin zur Übernahme der Gesamtverantwortung mit der Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes. Die Einführung des SSN erscheint aus dieser Perspektive als letzter konsequenter Schritt in einer langjährigen Entwicklung. Die einmal übernommene Verantwortung des Staates für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung entfaltete dabei eine Sogwirkung in Richtung auf eine immer stärkere staatliche Intervention;
- der nur partielle Wandel des Gesundheitssystems infolge der Einrichtung des nationalen Gesundheitsdienstes. Die Veränderung durch den

20 *Struttura Amministrativa Unificata di Base*, zu übersetzen als "einheitliche Verwaltungsstrukturen an der Basis".

SSN beschränkte sich letztlich auf eine Veränderung in den formalen Verantwortlichkeiten und eine Umstrukturierung der Verwaltungsorganisation. Das hergebrachte System der Finanzmittelaufbringung und der Leistungserbringung blieb hingegen zunächst weitgehend unverändert.

3. Mitgliederkreis

Mit der Einführung des SSN (*Servizio Sanitario Nazionale* - Nationaler Gesundheitsdienst) zum 1.1.1979 sind in Italien alle Staatsbürger in gleicher Weise berechtigt, die Versorgungsleistungen des SSN in Anspruch zu nehmen (Legge 23 dicembre 1978 n. 833). Dieser Anspruch erstreckt sich allerdings nur auf die *assistenza*, nicht aber auf die *previdenza*. *Assistenza* wäre wörtlich mit "Fürsorge" zu übersetzen, meint aber konkret die Versorgung mit medizinischen bzw. sozio-sanitären Diensten. *Previdenza* hingegen wäre wörtlich mit "Vorsorge" zu übersetzen und meint die Vorkehrungen gegen künftige Notfälle, insbesondere die Absicherung des Einkommens im Falle von Arbeitsunfähigkeit oder Alter. Unter den früheren Systemen der italienischen Absicherung gegen Krankheit "hatten" die Mitglieder der Krankenkassen demnach eine *previdenza* (Versicherung) und im Krankheitsfall kam ihnen die *assistenza* (Gesundheitsversorgung) zu, deren Kosten dann teilweise oder ganz durch die jeweilige Versicherungseinrichtung gedeckt wurde. Bürger ohne Versicherungsschutz hatten Anspruch auf *assistenza* dann, wenn sie in den Armenlisten der Gemeinden eingetragen waren.

Für einen italienischen Staatsbürger wird diese Unterscheidung im Krankheitsfall heute i.d.R. nicht spürbar, da die Versicherung nicht mehr die Voraussetzung für die im Prinzip kostenlose Gesundheitsversorgung ist. Erst beim Überschreiten der Staatsgrenzen wird der Versicherungsaspekt wieder relevant, da die Krankheitskosten im Rahmen internationaler Versicherungsabkommen nur dann durch den SSN gedeckt werden, wenn der Betroffene auch die *previdenza* hat, die an die regelmäßige Entrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen gebunden ist (mündl. Auskunft der ital. Botschaft).

Die Zahlung von Kranken- und Mutterschaftsgeld ist seit der Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes institutionell getrennt von den Aufgaben der Gesundheitsversorgung und gehört infolgedessen nicht mehr

in den Aufgabenbereich des SSN. Zuständig hierfür ist nunmehr das Nationale Institut für Sozialvorsorge INPS (*Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale*), das an Stelle der aufgelösten Krankenkassen die Sozialbeiträge einzieht und die Leistungsverpflichtung für die Krankengeldzahlung übernommen hat (Cavazzuti/ Giannini 1982: 29/30). Sofern die Versicherungsbeiträge regelmäßig entrichtet worden sind, haben die abhängig Beschäftigten in Industrie, Handel und Landwirtschaft Anspruch auf ein Krankengeld in Höhe von 66%, die Beschäftigten im öffentlichen Dienst in Höhe von 80% des monatlichen Nettolohnes²¹.

4. Leistungskatalog und Leistungsorganisation

4.1 Leistungskatalog

Die im Reformgesetz²² deklarierten **Ziele** des SSN gehen weit über den Zweck einer einheitlichen, obligatorischen Krankenversicherung hinaus. Vielmehr gilt es, neben der Schaffung gleicher Bedingungen in der Versorgung mit Gesundheitsdiensten im engeren Sinne auch den Schutz der Gesundheit im Sinne einer umfassenden Gesundheitsvorsorge zu gewährleisten, und zwar über (Art. 2)

- die Sicherheit am Arbeitsplatz,
- den Schutz von Mutter und Kind,
- die gesundheitliche Betreuung von Kindern in Kindergarten und Schule, wobei die Integration Behinderter mit allen Mitteln gefördert werden soll,
- den gesundheitlichen Schutz sportlicher Tätigkeit,
- den gesundheitlichen Schutz älterer Menschen, wobei auch ihrer sozialen Isolierung entgegengewirkt werden soll,

21 Für Arbeiter und Angestellte des zuerst genannten Bereiches wird der Lohn die ersten drei Tage vom Arbeitgeber fortgezahlt. Die folgenden 20 Tage wird ein Krankengeld in Höhe von 50%, die anschließenden 160 Tage in Höhe von 66% des Monatslohns durch INPS ausbezahlt. Im öffentlichen Dienst wird die ersten 30 Tage ein Krankengeld in Höhe von 80% und danach für weitere 150 Tage in Höhe von 50% des Monatslohns entrichtet. Siehe Ferrera (1986: 414, Tabelle 6).

22 "Reformgesetz" meint im folgenden stets das Gesetz Nr. 833 vom 23.12.1978 über die Einführung des SSN.

- den Schutz der mentalen Gesundheit und der gesellschaftlichen Integration der geistig Behinderten und psychisch Kranken,
- die Erkennung und Beseitigung der Gründe der Verschmutzung von Luft, Wasser und Boden.

Jedem Staatsbürger soll damit eine umfassende und gleiche Gesundheitsversorgung garantiert werden. Sie beinhaltet:

- sektoral betrachtet die ambulante Versorgung einschließlich des Zahnbereichs, die stationäre und die Arzneimittelversorgung ebenso wie die häusliche Versorgung und das öffentliche Gesundheitswesen,
- funktional betrachtet die Prävention und Prophylaxe sowie kurative Maßnahmen und Rehabilitation.

Die Versorgung durch die Gesundheitsdienste obliegt grundsätzlich den lokalen Gesundheitseinheiten USL, denen damit ein der Zielsetzung des SSN entsprechend umfangreiches Aufgabengebiet zugewiesen worden ist (Falcon 1984: 589; D'Ambrosio/ Izzo 1986: 56; Quaranta 1985: 118).

Die Frage nach der Realisierung des gesetzlich verankerten Leistungskataloges läßt sich allerdings erst anhand der konkreten Arbeit einer USL beantworten, und sie zeigt, daß Anspruch und Wirklichkeit nicht unerheblich auseinanderfallen (s.u.). Einen wichtigen Anhaltspunkt für die konkrete Arbeit einer USL liefert ihre Organisationsstruktur und die hierin vorgesehenen Dienste, welche im folgenden beschrieben werden.

4.2 Leistungsorganisation

4.2.1 *Organisation des Leistungsangebots durch die USL*

Das gesamte Territorium Italiens ist mit einem Netz von lokalen Gesundheitseinheiten (USL) überzogen. Die territoriale Untergliederung fällt in die Gesetzgebungskompetenz der Regionen, wobei das Reformgesetz als Richtwert eine Größe von 50.000 bis 200.000 Einwohner pro USL vorsieht. Je nach den regionalen Gegebenheiten weisen die einzelnen Gesundheitseinheiten so erhebliche Größenunterschiede auf (siehe Tabelle 4.4).

Nicht selten werden außerdem die Grenzen einer USL verändert. Hier kommt es sowohl zur Ausdehnung als auch zur Verkleinerung des Einzugsgebietes einer USL, wobei als Motiv in beiden Fällen das Ziel

Tabelle 4.4: Durchschnittliche Einwohnerzahl von lokalen Gesundheitseinheiten (USL) nach Regionen

Region	Anzahl der USL	Einwohnerzahl je USL im Durchschnitt
Piemont	76	60.000
Lombardei	75	120.000
Kampanien	61	90.000
Latium	59	86.000
Sizilien	52	96.000
Apulien	50	78.000
Emilia-Romagna	41	96.000
Toskana	39	92.000
Venetien	31	140.000
Sardinien	29	55.000
Kalabrien	28	75.000
Marken	24	59.000
Ligurien	20	93.000
Trient-Südtirol	16	55.000
Abruzzen	14	89.000
Umbrien	12	67.000
Friaul J. V.	7	178.000
Basilikata	7	89.000
Molise	7	48.000
Aostatal	1	115.000
Gesamt	649	

Quelle: D'Ambrosio/ Izzo (1986: 66)

einer Effizienzverbesserung in den Vordergrund gestellt wird²³. Als Folge solcher Veränderungen schwankt die jeweils aktuelle Gesamtzahl der lokalen Gesundheitseinheiten, die nach Auskunft des Gesundheitsministeriums derzeit bei 673 liegt (mündl. Auskunft v. 27.2.1990).

Für die USL-interne Organisation des Leistungsangebots gibt das Reformgesetz einige Rahmenrichtlinien (Art. 10, 13 ff.). Prinzipiell stehen sowohl die öffentlichen als auch die privaten, vertraglich gebundenen (konventionierten) Leistungserbringer zur Verfügung, um den "Versorgungsauftrag" der USL zu erfüllen. Die Umsetzung der Rahmenrichtlinien

23 1988 wurde in Rom die Anzahl der USL von 20 auf 12 reduziert, während in Turin die "Mega-USL" in 10 kleinere Einheiten unterteilt wurde (ISIS 1988/ 5: 3; 1988/ 8: 12).

in eine konkrete Organisationsstruktur bleibt jedoch wiederum den Regionen überlassen (Art. 11), was zur Folge hat, daß diese Strukturen innerhalb Italiens erheblich voneinander abweichen (D'Ambrosio/ Izzo 1986: 57).

Zum besseren Verständnis dieser Vielfalt der aktuellen Strukturen wird zunächst das programmatische Modell einer USL dargestellt, das die Theoretiker der Gesundheitsreform von 1978 entwickelt hatten und welches hier anhand der Ausführungen von Bernabei/ Cirinei/ Zolo (1981) wiedergegeben wird. Es dient als Grundlage, die realisierte Versorgungsstruktur nachfolgend im Vergleich mit den Zielen der Reform zu bewerten.

a) *Das Modell: Grundversorgung in Basisbezirken und Spezialversorgung durch funktional gegliederte Dienste*

Eine optimale Versorgung der Bevölkerung sollte durch eine differenzierte Organisation der Grundversorgung einerseits und der Spezialversorgung andererseits erreicht werden. Die Grundversorgung sollte in kleineren Basisbezirken (*distretti*) erfolgen, die Spezialversorgung hingegen in räumlich übergeordneten Leistungszentren bzw. durch zentrale Dienste gewährleistet werden.

Kriterien für die räumliche Unterteilung des Gebietes einer USL in Basisbezirke waren danach Zugänglichkeit, Anzahl der potentiellen Nutzer und deren Möglichkeit zur Partizipation, was zu einer optimalen Größe von 5.000 bis 10.000 Einwohner je Bezirk führen würde. Als Aufgaben des Bezirkes nennen Bernabei/ Cirinei/ Zolo (1981: 265/266):

- Gesundheitserziehung,
- allgemeine Prävention,
- Betreuung von Mutterschaft und Kind, kinderärztliche Versorgung, Familienberatung,
- Hygiene und schulärztliche Betreuung,
- allgemeinmedizinische und krankenpflegerische Betreuung zu Hause und ambulant,
- Arzneimittelversorgung,
- Ausstellung von Bescheinigungen und andere Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Zur Erfüllung der Aufgaben in der Grundversorgung sollten in den Basisbezirken medizinisches, d.h. ärztliches und pflegerisches Personal mit

sozialfürsorgerischem Personal zusammenarbeiten. Zu den Basisbezirken gehörte außerdem das notwendige Verwaltungspersonal sowie eine Apotheke für je 4.000 Einwohner.

Bei einer derartigen Realisierung der Basisversorgung verblieben Aufgaben, die nicht auf Bezirksebene erfüllt werden könnten. Dazu gehören insbesondere die Bereiche

- Umwelthygiene und Überwachung,
- arbeitsmedizinische Betreuung und Prävention,
- sportmedizinische Betreuung,
- Überwachung von Nahrungsmitteln und Getränken,
- tierärztliche Tätigkeiten,
- Rehabilitation.

Dies sind typischerweise die Aufgaben fachlich spezialisierter Dienste, die i.d.R. in sogenannten "Präsidien" (*presidi*) erbracht werden, worunter die jeweiligen Leistungszentren der verschiedenen Dienste verstanden werden.

Die administrative Anbindung der oberhalb der Bezirksebene tätigen Leistungserbringer sollte mittels der sogenannten *servizi* (wörtlich übersetzt als "Dienste") erfolgen. Im Gegensatz zu den Basisbezirken, in denen das territoriale Arbeitsprinzip der USL verkörpert würde, spiegelte sich in der Organisation der "Dienste" das funktionale Prinzip wider. (vgl. D'Ambrosio/ Izzo 1986: 57). Derartige Dienste sind nach Bernabei/ Cirinei/ Zolo (1981: 257):

- der Krankenhausdienst (*servizio ospedaliero*),
- der Dienst der Spezialisten (*servizio specialistico*),
- der ökologische und präventive Dienst (*servizio ecologico e prevenzione*),
- der Arzneimitteldienst (*servizio farmaceutico*),
- der tierärztliche Dienst (*servizio veterinario*),
- der Dienst für Epidemiologie, Gesundheitserziehung und Planung (*servizio epidemologico, educazione sanitaria e programmazione*).

Mit diesem Modell verbanden die Reformer die Erwartung einer Abkehr von der bisher üblichen sektoralen Arbeits- und Organisationsweise (*no al dipartimento*) und die Hinwendung zur interdisziplinären Praxis, zur Ganzheitlichkeit der Gesundheitsorganisation. Die Überwindung des "Abteilungsdenkens" zielte insbesondere darauf ab, das Krankenhaus aus seiner zentralen Stellung in der Gesundheitsversorgung zu lösen, indem

Prävention und Beratungsdienste aufgewertet und das Krankenhaus selbst vom Zentrum der Gesundheitsversorgung zum Glied in einer Kette von aufeinander bezogenen Diensten werden sollte (Bernabei/ Cirinei/ Zolo 1981: 261/262). Hier ging es mithin nicht nur um eine Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, wie in der Diskussion in Deutschland seit Anfang der 1960er Jahre (vgl. Rosewitz/ Webber 1990). Vielmehr sollten hier zusätzlich auch die Bereiche Prävention (im weitesten Sinne) und sozialpflegerische Betreuung mit den kurativen Funktionen in der ambulanten und stationären Versorgung verbunden werden.

*b) Die realisierte Organisation des Leistungsangebots in den USL:
Unterschiedlichkeit der Leistungsorganisation und fehlende
Verschränkung der Funktionsbereiche*

Die weitgesteckten Erwartungen, die in dem oben skizzierten Modell deutlich werden, haben sich in der Praxis bisher nicht erfüllen können. Doch in der öffentlichen Diskussion wird dies kaum thematisiert. Die "ganzheitliche Medizin" hat in der Debatte um die Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen die Bedeutung verloren, die sie während der Debatte um die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes noch hatte. Damals sollte mit der Einführung der Basisdienste auch eine Verlagerung der Nachfrage weg vom teuren Krankenhaus hin zu den einfacheren Diensten der Grundversorgung erreicht werden. Heute ist das kein Thema der öffentlichen Diskussion mehr.

Wie weit das Reformmodell selbst überhaupt realisiert worden ist, läßt sich dabei allerdings nur annähernd beantworten. Die italienische Literatur zeichnet sich hier weitgehend durch einen hohen Abstraktionsgrad, eine Diskussion von rechtlichen Normen und Definitionen und einen Mangel an Deskription konkreter empirischer Tatbestände aus. Fragt man danach, wie die Leistungserbringung innerhalb einer USL tatsächlich organisiert ist, so wird man hierauf schwerlich eine konkrete Antwort finden. Der Grund dafür liegt allerdings auch darin, daß weder national noch regional einheitliche Kriterien bei der Organisation der gesundheitlichen Versorgung zur Anwendung gekommen sind. So kann man nach Falcon (1984: 620/621) zwar relativ einfach den Rahmen der "typischen" Organisation einer USL skizzieren, doch wird diese nur zufällig mit einer konkreten Situation in einer bestimmten USL in einer ausgewählten Re-

gion übereinstimmen²⁴. So ist beispielsweise in Kalabrien die Basisversorgung zusammengefaßt mit der fachärztlichen und der Krankenhausversorgung, in der Emilia-Romagna hingegen stellt die Basisversorgung mit der fachärztlichen und der Arzneimittelversorgung einen eigenen organisatorischen Bereich dar, und in Molise sind die Dienste der Basisbezirke eigenständig, jedoch getrennt vom Dienst der Basisärzte.

Damit findet sich in der Praxis ebensowenig eine klare Trennung zwischen Basisversorgung und übergreifender Gesundheitsversorgung wie eine klare Einteilung der verschiedenen Fachdienste (*servizi*), die nicht zuletzt auch von der Größe der jeweiligen USL abhängt²⁵.

Die verschiedenen Beschreibungen lassen eines vermuten: Die funktionale Organisation in fachliche "Dienste" (*servizi*) bildet den eigentlichen Anknüpfungspunkt der Leistungsorganisation und nicht die territoriale Integration verschiedener Fachrichtungen in einem Basisbezirk, wie es im Idealmodell vorgesehen war. Dies zeigt sich vor allem an der schleppenden Realisierung der Basisbezirke durch die regionale Gesetzgebung. Noch 1983 bestanden nur in 14 von 22 Regionen²⁶ überhaupt Pläne zur Einrichtung von Basisbezirken, und diese Pläne waren bis zu jenem Zeitpunkt auch nur teilweise realisiert worden (siehe Abbildung 4.1).

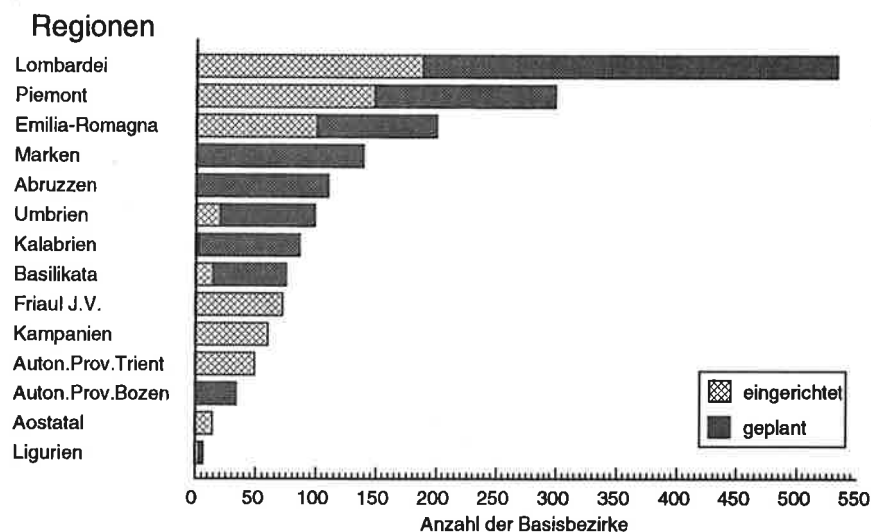
Zurückzuführen ist diese zögernde Implementation nicht zuletzt auf die wenig konkreten Richtlinien, die das Reformgesetz von 1978 für die Umsetzung des Konzeptes der Basisbezirke bereithielt. Die Realisierung der Basisbezirke war damit Sache der Regionen, die ihrerseits zunächst an die bekannte, fachliche und zugleich institutionelle Gliederung des alten Gesundheitssystems anknüpften, um das Leistungsangebot der USL zu strukturieren. Krankenhäuser, öffentliche Medizin, Schulmedizin, die Beratung und Versorgung von Mutter und Kind, die Fürsorge und

24 Infolgedessen stellt er die Organisation nach *servizi* und *distretto di base* auch nicht als komplementär, sondern als alternativ dar und fügt dem noch weitere mögliche Organisationsprinzipien hinzu (Falcon 1984: 617).

25 Das erklärt, warum die verschiedenen Autoren jeweils voneinander abweichende Einteilungen der Dienste nennen. Siehe hierzu die jeweils im Vergleich zu Bernabei/ Cirinei/ Zolo (1981) anderen Einteilungen bei D'Ambrosio/ Izzo (1986: 57), Falcon (1984: 620). Wenn demnach D'Ambrosio/ Izzo (1986: 57) von maximal acht solcher Fachdienste einer USL sprechen, kann dies folglich nur als funktionale, nicht aber als konkrete organisatorische Einteilung gemeint sein. Sie nennen: die Administration, die Betreuung von Mutterschaft und Kindern, die öffentliche Hygiene, die Gesundheitsversorgung, den Bereich öffentliche Gesundheit, die tierärztliche Versorgung, die Arzneimittelversorgung, den Schutz der geistigen Gesundheit.

26 Wobei die autonomen Provinzen hier als Regionen subsumiert werden.

Abbildung 4.1: Sozio-sanitäre Basisbezirke (1983)



Quelle: Consiglio sanitario nazionale 1987 : 877

die Verwaltungsdienste wurden so zumeist als eigenständige "Dienste" in die Organisationsstruktur der USL übernommen und mit einem eigenen Abteilungsleiter versehen, der i.d.R. bereits der frühere Leiter dieses Bereichs war. Diese Dienste konkurrieren miteinander um knappe Ressourcen. Werden nun im nachhinein Basisbezirke eingeführt und ihnen Fachpersonal aus den verschiedenen *servizi* zugeordnet, ohne aus den Fachabteilungen selbst herausgelöst zu sein, bleibt die Abteilungsstruktur dominant. Eine eigene, interdisziplinäre Entwicklungsdynamik kann sich in den Basisbezirken nur schwerlich entfalten. Die fehlende Bereitschaft zu einer solch fachübergreifenden Zusammenarbeit zeigt sich insbesondere bei den freiberuflichen "Familienärzten". Mit ihrer Weigerung ist jedoch das Konzept einer sozialintegrativen Medizin von vornherein zum Scheitern verurteilt²⁷.

27 Interview Nr. 10. Hierauf hebt offenbar auch der Bericht des Nationalen Gesundheitsrates (CSN 1988: 807/ 808) ab, wenn er fordert, die Erfordernisse der Basisbezirke in den zentralen und dezentralen Verhandlungen zu berücksichtigen. Grundsätzlich sollen danach die Funktionen und Verfahrensweisen der Basisbezirke eindeutiger definiert werden, um

4.2.2 Organisation der Nachfrage

Prinzipiell sichert das Reformgesetz jedem Bürger "die freie Wahl des Arztes und des Ortes der Heilbehandlung" zu, allerdings im Rahmen der objektiven Grenzen (Reformgesetz, Art. 19). Diese "objektiven Grenzen" stellt nun die Versorgungsstruktur der einzelnen USL dar, an die die Bürger verwiesen sind. Die Wahlfreiheit gilt grundsätzlich für die öffentlichen Einrichtungen in einer USL und mit einigen Einschränkungen für die privaten Vertragseinrichtungen, insbesondere für die privaten Facharztambulatorien, Laboratorien und Kliniken.

Jeder Bürger muß sich zunächst bei der für seinen Wohnort zuständigen USL in ein Verzeichnis einschreiben und sollte dann von der USL sein persönliches "Gesundheitsbüchlein" (*libretto sanitario personale*) erhalten²⁸. Danach ist er berechtigt, das Leistungsangebot seiner USL in Anspruch zu nehmen. In begründeten Fällen sowie in Notfällen steht ihm allerdings auch das Angebot in anderen Gesundheitseinheiten offen.

Der Weg der Inanspruchnahme des Gesundheitsdienstes durch den einzelnen Bürger beginnt formal beim "**Vertrauensarzt**" (*medico di fiducia*). Vertrauensarzt ist ein Allgemeinmediziner (*medico generico*) bzw. ein Kinderarzt (*pediatrica*), der vom Benutzer unter den Ärzten der USL ausgewählt worden ist. Eine Liste der in Frage kommenden Ärzte liegt zu diesem Zweck bei der USL aus. Diese Liste umfaßt im Prinzip sowohl angestellte (*medici dipendenti*) als auch Vertragsärzte (*medici convenzionati*), wobei die allgemeinmedizinische Versorgung in der Regel durch Vertragsärzte sichergestellt wird. Diese Vertragsärzte sind freiberufliche Ärzte mit eigener Praxis, die über eine "Konvention" in das System der öffentlichen Gesundheitsversorgung eingegliedert sind²⁹. Unter diesen Ärzten hat man nun die freie Wahl, solange die Zahl der bei einem Arzt eingeschriebenen Patienten nicht die Obergrenze erreicht hat, die durch das Reformgesetz auf 1500 Patienten je Allgemeinmediziner und 800 Patienten je Kinderarzt festgelegt ist. Ein Wechsel des Vertrauensarztes ist jederzeit möglich, wenn das Vertrauensverhältnis zwi-

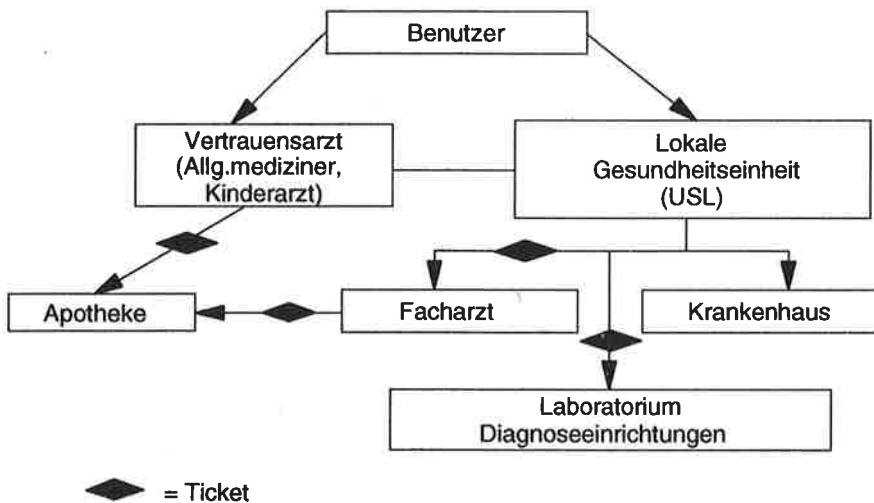
Konflikte zu vermeiden und ihre Funktionsfähigkeit zu gewährleisten.

- 28 Darin sollen von der USL die wesentlichen Angaben über den Gesundheitszustand eingetragen werden, wobei das Buch beim Benutzer verbleiben und der Geheimhaltung unterliegen sollte (Reformgesetz Art. 27). Tatsächlich aber ist dieses Gesundheitsbuch bisher noch nicht auf nationaler Ebene eingeführt worden.
- 29 Die Vertrauens- bzw. Basisärzte, die heute noch den Angestelltenstatus innehaben, dürften weitgehend noch aus der Gruppe der ehemaligen Gemeindeärzte (*medici condotti*) stammen, die es mittlerweile als Berufsgruppe nicht mehr gibt.

schen Arzt und Patient von der einen oder anderen Seite als gestört empfunden wird (Art. 25). Von seiten des Arztes ist hierfür eine knappe schriftliche Erklärung gegenüber der USL ausreichend, die den Grund des Arztwechsels benennt (Quaranta 1985: 130).

Der Vertrauensarzt soll nun über die weitere Inanspruchnahme des Gesundheitsdienstes entscheiden, indem er seine Patienten mit einem Rezept an die Apotheke weiterleitet, zur Weiterbehandlung an den Facharzt oder das Krankenhaus überweist oder eine Analyse in einem Laboratorium bzw. eine medizinisch-technische Diagnose anordnet (siehe Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2: Weg der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen



Quelle: Ferrera/Zincone 1986:193

Ohne Überweisung durch den Vertrauensarzt können allerdings noch Augenarzt, Zahnarzt und Gynäkologe konsultiert werden, deren Tätigkeit zum Bereich der medizinischen Grundversorgung gezählt wird (D' Ambrosio/ Izzo 1986: 71). Die zahnärztliche Versorgung in öffentlichen Ambu-

latorien umfaßt allerdings i.d.R. keine prothetische Behandlung³⁰. Sie hat sich außerdem ihren schlechten Ruf aus den Zeiten der alten Krankenkassen auch im neuen System bewahrt, so daß, wer es sich finanziell eben leisten kann, einen privaten Zahnarzt aufsucht und diesen auch privat bezahlt. Prinzipiell besteht dabei ein Anspruch auf Rückerstattung eines Teils der Kosten durch die USL, doch sind diese Beträge gering und der Antrag mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden, so daß hierauf von seiten der Patienten zumeist verzichtet wird.

Die *ambulante fachärztliche Versorgung* erfolgt i.d.R. in den Poliambulatorien der Krankenhäuser, und zwar durch angestellte Krankenhausärzte oder konventionierte Vertragsärzte, welche von außen allein zu den Sprechstunden in die Krankenhausambulatorien kommen. Eine fachärztliche Betreuung findet außerdem statt in den Poliambulatorien der früheren Krankenkassen (hier i.d.R. durch konventionierte Ärzte) sowie in privaten konventionierten Ambulatorien, in denen die Ärzte freiberuflich oder auf privatvertraglicher Basis arbeiten³¹.

Bei der Inanspruchnahme privater, konventionierter fachärztlicher Dienste, Laboratorien und Analyseeinrichtungen hat die USL in bestimmten Grenzen die Möglichkeit zur Nachfragesteuerung. Sie muß vorab zustimmen und kann ihre Zustimmung verweigern, wenn die öffentlichen Einrichtungen nicht ausgelastet sind. Doch häufig bestehen dort Wartelisten und formal gilt seit 1980 die Regel, daß man sich nach einer Wartezeit von drei bzw. heute vier Tagen an die privaten konventionierten Leistungserbringer wenden kann. Bei aus- und überlasteten öffentlichen Einrichtungen führt dies in der Praxis z.T. dazu, daß die USL sofort die Zustimmung erteilt (Ferrera/ Zincone 1986: 195; D'Ambrosio/ Izzo 1986: 70; Censis 1988: 461).

Sofern für Facharztbesuche oder für spezielle apparative Analysen durch die Regierung eine Selbstbeteiligung bzw. ein *Ticket* eingeführt worden ist, muß dies vom Patienten vor der Inanspruchnahme ebenfalls bei der USL bezahlt werden. Hier wird auch entschieden, ob der Patient gegebenenfalls zum Kreis derjenigen Härtefälle gehört, die von der *Ticket*-Regelung ausgenommen sind (siehe Näheres unter Abschnitt A.7).

30 Diese wird im Rahmen des SSN zumeist nur an wenigen spezialisierten Zahnkliniken durchgeführt, an denen lange Warteschlangen bestehen, die wiederum Anlaß geben, in den privaten Bereich auszuweichen.

31 Diese privaten Ambulatorien können dabei ihrerseits zu einer privaten, konventionierten Klinik gehören.

Die **Krankenhausversorgung** wird grundsätzlich durch die zu einer USL gehörenden öffentlichen und konventionierten Krankenhäuser sichergestellt. Voraussetzung für die Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus ist die Überweisung des behandelnden Arztes und die Vorlage des Berechtigungsausweises (*documenta d'assistenza*) durch den Patienten. Voraussetzung für den Zugang zu einer privaten Vertragsklinik ist zusätzlich die Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung seitens der USL³². Hiermit hat die USL im Prinzip die Möglichkeit, die Auslastung der öffentlichen Krankenhausbetten sicherzustellen, bevor sie einer Behandlung in einer privaten konventionierten Klinik zustimmt. Doch ihre Möglichkeit zur Nachfragesteuerung bleibt begrenzt auf die Versorgungsstruktur ihres Territoriums³³. Über leerstehende Betten im öffentlichen Krankenhaus der Nachbar-USL kann sie nicht verfügen, und Gremien zur horizontalen Abstimmung zwischen den USL einer Region gibt es nicht. Im Ergebnis zeigen so die regionalen Statistiken leere Betten in öffentlichen Krankenhäusern parallel zur Nutzung privater Betten in konventionierten Kliniken durch den SSN.

Nimmt ein Patient die Leistung privater, nicht konventionierter Kliniken in Anspruch, kann er prinzipiell die Erstattung eines Pauschalbetrages beantragen, vorausgesetzt, die USL ist darüber im voraus informiert worden. Allerdings sind hier, ähnlich wie bei der privaten Zahnbehandlung, die erstatteten Beträge gering, so daß diese Leistungen weitgehend vom Patienten privat zu tragen sind.

-
- 32 Eine Notfallbehandlung wird allerdings sowohl in den öffentlichen als auch in den "konventionierten" Krankenhäusern ohne die vorliegenden Dokumente vorgenommen, die Kostenübernahmeerklärung muß dann aber im letzteren Fall binnen 24 Stunden nachgereicht werden.
- 33 Ein Beispiel hierfür sind die benachbarten USL 10 und USL 9 in Rom, erstere mit einer großen, nicht ausgelasteten Bettenkapazität in ihren öffentlichen Krankenhäusern, letztere ohne ein öffentliches Krankenhaus in ihrem Einzugsgebiet, dafür hohen Ausgaben für den privaten konventionierten Bereich. Dieses Ungleichgewicht blieb auch nach der Zusammenlegung und Reduktion von 20 auf 12 USL fortbestehen (vgl. ISIS 1988/ 9/10: 5-7, ISIS 1988/ 12: 8-11).

5. Die Verwaltungsorganisation des nationalen Gesundheitsdienstes

Der Verwaltungsaufbau des nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) folgt dem Aufbau des politischen Systems Italiens. Seit der Regionalisierung 1972 haben hier die Regionen als mittlere Ebene an Eigenständigkeit gewonnen und politische Entscheidungskompetenzen auch im Gesundheitswesen übernommen. Dem Zentralstaat obliegt jedoch auch nach der Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes mit der Reform von 1978 weiterhin die Rahmengesetzgebung bzw. die Entscheidung über grundlegende Richtlinien, während die Regionen diese Richtlinien mit ihrer Gesetzgebung konkretisieren³⁴ und somit die Grundlagen für die praktische Arbeit der USL schaffen.

Verantwortlich für die Gesundheitsverwaltung ist auf der zentralen Ebene der Gesundheitsminister, auf regionaler Ebene der Assessor für Gesundheit und auf lokaler Ebene der Präsident der USL. Auf allen drei Ebenen besteht eine hohe Verquickung zwischen politischen und administrativen Funktionen, was auf zentraler und regionaler Ebene offenkundig ist dadurch, daß Gesundheitsminister und Gesundheitsassessor Mitglied der nationalen bzw. regionalen Regierung sind. Doch auch auf der lokalen Ebene ist die Besetzung des Präsidentenamtes ein Politikum. Denn die Gesundheitseinheiten stellen als Arbeitgeber sowie als Käufer externer Dienstleistungen und Produkte einen lokal bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar. Kontrolliert werden soll er nach der Absicht des Reformgesetzes nicht durch professionelle Kräfte, sondern durch die kommunalen Parlamente und damit durch die betroffenen Wohnbürger selbst.

5.1 Zentralstaatliche und regionale Kompetenzen in der Gesundheitsverwaltung

Wichtigste Kompetenz des *Gesundheitsministers* im Rahmen der Regulierung des nationalen Gesundheitsdienstes ist die Vorbereitung des "Nationalen Gesundheitsplanes" (PSN - *Piano Sanitario Nazionale*). Hierbei arbeitet der Gesundheitsminister allerdings in enger Abstimmung mit dem

34 Vgl. Quaranta (1985: 44), Zariski (1987: 110). Anders als in einem föderalen Staatsaufbau verfügen die italienischen Regionen über keine eigenständigen Hoheitsrechte und sind in ihrer Gesetzgebung darauf begrenzt, nationale Normen auszufüllen.

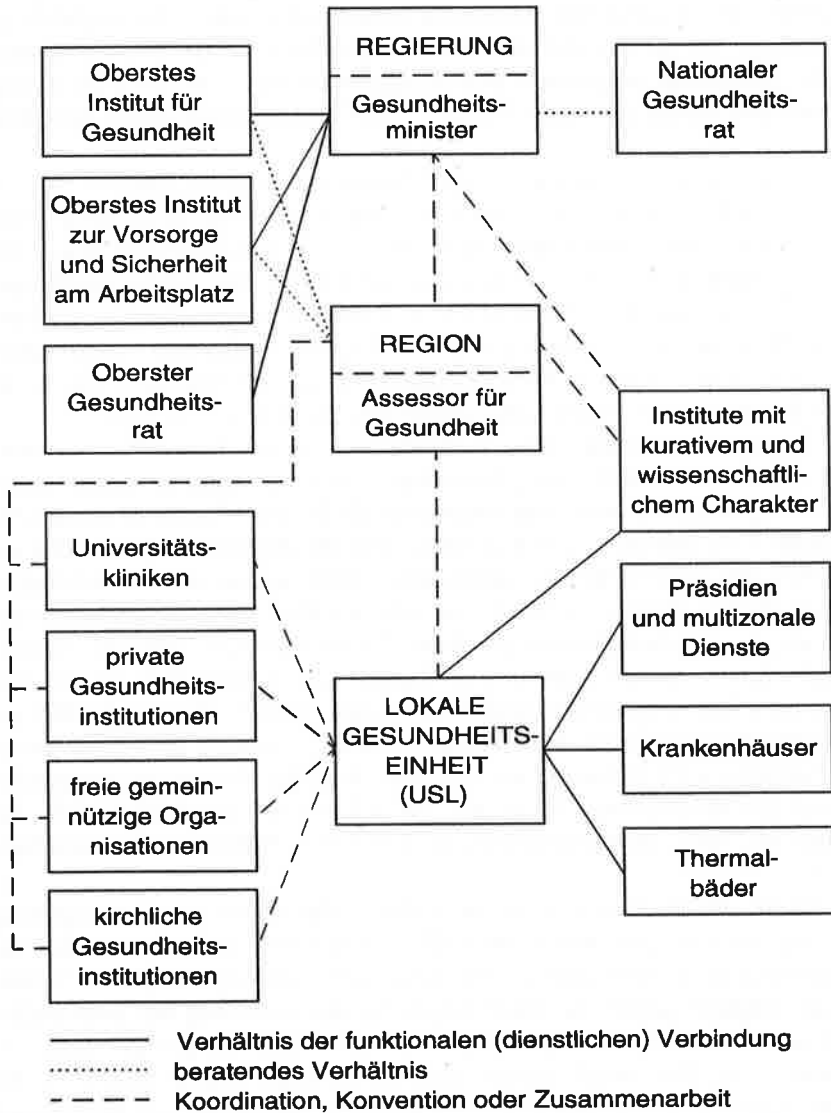
"Nationalen Gesundheitsrat" (CSN - *Consiglio Sanitario Nazionale*), der ein formales Anhörungsrecht besitzt. Über den Nationalen Gesundheitsplan soll die Performanz der USL gesteuert werden, indem hier die quantitativen und qualitativen Standards festgelegt werden, die zugleich als Grundlage für die Finanzmittelzuweisung dienen sollen. Die Umsetzung dieser Standards in konkrete Handlungsanweisungen an die USL erfolgt jedoch erst durch regionale Planung und Gesetzgebung (siehe Abschnitt A.6).

Einen weiteren zentralen und ebenso mittelbaren Einfluß auf die Arbeit der USL nimmt der Gesundheitsminister ferner durch seine Rolle als Verhandlungspartner bei den Lohn- und Honorarverhandlungen mit den Gesundheitsberufen. Federführend leitet er hier die Neuverhandlungen der Verträge mit den freiberuflichen, konventionierten Leistungserbringern. Beteiligt ist er zudem an den Vertragsverhandlungen für das angestellte Personal, welche unter der Federführung des Ministers für Arbeit und Sozialvorsorge stattfinden (siehe Abschnitt C.1 und C.2).

Unmittelbare Regulierungskompetenzen hat der Gesundheitsminister hingegen in den Verwaltungsbereichen, die einer national einheitlichen Regelung bedürfen oder aber internationale Belange betreffen (siehe Abbildung 4.3). Hierzu gehören insbesondere die Arzneimittelkontrolle, der Bereich der öffentlichen Gesundheitskontrolle sowie der der arbeitsmedizinischen Kontrolle. In diesen Bereichen stehen dem Gesundheitsminister eigene Sonderbehörden zur Seite. Diese sind das "Oberste Gesundheitsinstitut" (*Istituto Superiore di Sanità*), das vergleichbar ist mit dem deutschen Bundesgesundheitsamt, sowie das "Oberste Institut für Prävention und Sicherheit am Arbeitsplatz" (ISPEL - *Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro*). Als eine Art wissenschaftlicher Beirat des Ministeriums für Fragen der öffentlichen Gesundheit steht ihm ferner der "Oberste Gesundheitsrat" zur Seite (Näheres siehe Abschnitt B.1).

Sache der Regionen ist es, im Rahmen der nationalen Gesetzgebung die Organisation und Arbeit der USL zu regulieren und zu kontrollieren. Insbesondere werden durch den "regionalen Gesundheitsplan" Versorgungsstandards sowie die Grundlagen für die Zuteilung der finanziellen und personellen Ressourcen für jede einzelne USL festgelegt (siehe Abschnitt A.6). Hier wird entschieden, ob in einer bestimmten USL ein neues Krankenhaus gebaut oder aber Krankenhausabteilungen geschlossen werden. Der "**Assessor für Gesundheit**" (*assessore regionale alla sanità*) übernimmt die Funktionen eines regionalen Gesundheitsministers

Abbildung 4.3: Organisation des nationalen Gesundheitsdienstes



Quelle: nach De Cesare (1984: 91)

und verfügt über eine eigene, je nach der Größe der Region in ihrer Komplexität variierende Organisationsstruktur aus mehreren Referaten (*uffici di assessorato*). Diese Fachreferate stehen in ständiger Verbindung zu den Fachabteilungen der USL und in ihnen konzentriert sich das Wissen über die Performanz der USL-Dienste, wobei es hier allerdings keine standardisierte Kommunikationsstruktur gibt. Neben den Fachreferaten stehen dem Gesundheitsassessor teilweise persönliche oder parteigebundene Berater zur Verfügung. Das Regionalgesetz kann allerdings auch vorsehen, dem Büro des Assessors einen Experten offiziell als Berater für einen befristeten Zeitraum an die Seite zu stellen, der einen relevanten Einfluß ausüben kann, ohne parteikonform sein zu müssen³⁵.

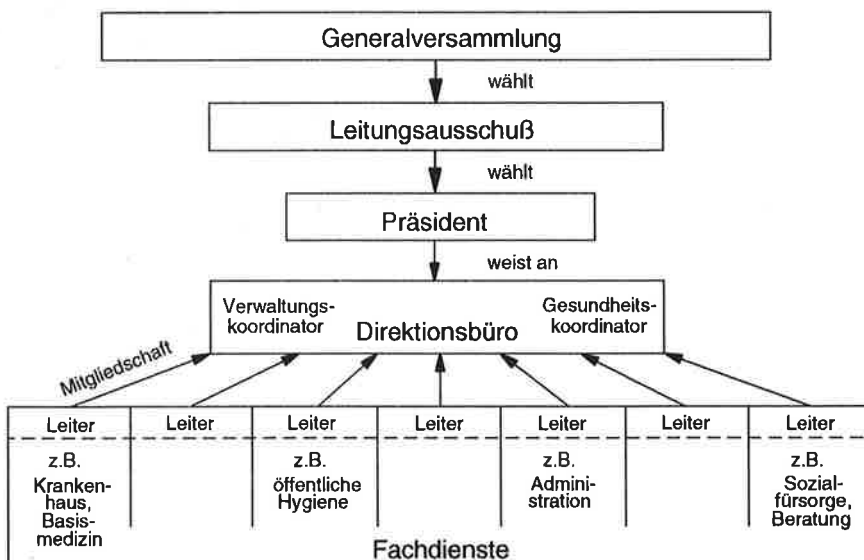
Einen mittelbaren, aber bedeutenden Einfluß auf die Arbeit der USL üben die Regionen ferner dadurch aus, daß sie entscheiden, welche privaten Leistungserbringer für den Nationalen Gesundheitsdienst überhaupt arbeiten können. D.h., ihnen obliegt es, die Verträge (Konventionen) mit privaten Kliniken und privaten Poliambulatorien abzuschließen, wodurch den USL erst die Möglichkeit eröffnet wird, auf der Basis des Sachleistungsprinzips Patienten des SSN an private Leistungserbringer zu überweisen. Solche Konventionen werden außerdem abgeschlossen zwischen der Region und anderen medizinischen Versorgungsinstituten wie Universitätskliniken, universitätsunabhängigen klinischen Forschungs- und Wissenschaftseinrichtungen, kirchlichen und auch militärischen Krankenhäusern (Quaranta 1985: 45/46).

5.2 Die Verwaltung auf lokaler Ebene durch die USL

Die eigentliche Leistungsverwaltung obliegt der USL. Sie integriert nicht nur die verschiedenen sozio-sanitären Dienste, sondern auch drei verschiedene Akteurgruppen: Vertreter der lokalen Politik, Verwaltungsfachleute und das Fachpersonal des Gesundheitsdienstes (siehe Abbildung 4.4).

35 Interview Nr. 10. Entsprechend der regionalen Kompetenzen in der Verwaltungsorganisation variiert auch die Organisation des Gesundheitsassessorats zwischen den Regionen, so daß es hier keine detailliertere Beschreibung gibt (vgl. Quaranta 1985: 46).

Abbildung 4.4: Verwaltungsorganisation der lokalen Gesundheitseinheit USL



5.2.1 Die Führungsorgane der USL

Die Grundstruktur der USL ist erkennbar dem Modell einer parlamentarischen Regierung nachgebildet³⁶: Die Organe der USL waren ursprünglich nur die Generalversammlung (*assemblea generale*), der Leitungsausschuß (*comitato di gestione*) und der Präsident (*presidente*) des Leitungsausschusses (Reformgesetz Art. 15). 1982 wurde durch das Finanzierungs-gesetz der Zentralregierung außerdem das Kollegium der Revisoren (*Collegio dei Revisori*) als internes Kontrollorgan der USL geschaffen (D'Ambrosio/ Izzo 1986: 62, siehe dazu Abschnitt A.6.3).

Die **Generalversammlung** (*assemblea generale*) ist als eine Art lokales Sonderparlament konzipiert. Die Rekrutierung der Delegierten richtet sich nach dem Einzugsbereich der USL (D'Ambrosio/ Izzo 1986: 60). Ist das Gebiet der USL deckungsgleich mit oder kleiner als das einer Kommune, so bildet der Gemeinderat gleichzeitig auch die Generalver-

36 Dazu Freddi (1984: 219): "... si respira l'aria del costituzionalismo illuministico" (man atmet die Luft des aufgeklärten Konstitutionalismus).

sammlung der USL. Wird die USL durch das Gebiet eines Gemeindeverbandes (*associazione dei comuni, comunità montana*) gebildet, so stellt die Generalversammlung dieses Gemeindeverbandes zugleich die Generalversammlung der USL dar. Der Generalversammlung obliegt es, die Richtlinien für die Arbeit der USL zu bestimmen. Ihrer Zustimmung bedarf insbesondere das jährliche Budget, der Dienststellenplan, der Erlaß von Vorschriften sowie die Verträge bzw. Konventionen, die auf lokaler Ebene mit den privaten Leistungsanbietern abgeschlossen werden.

Insbesondere aber wählt die Generalversammlung den **Leitungsausschuß** (*comitato di gestione*) aus der Reihe ihrer eigenen Mitglieder oder aus externen Personen³⁷. Als Pendant zur quasi legislativen Funktion der Generalversammlung haben die Funktionen des Leitungsausschusses exekutiven Charakter. Eine Spezifizierung dieser Funktionen überließ das Reformgesetz den Regionen. Sie umfassen danach i.d.R. neben der Vorbereitung von Vorlagen an die Generalversammlung insbesondere die konkrete Umsetzung der von der Generalversammlung bestimmten Ziele, die Leitung der Fachdienste und Ämter der USL, die Ernennung der Koordinatoren (siehe unten) und die Einstellung des Personals.

Der Leitungsausschuß wählt schließlich den **Präsidenten** (*presidente*) der USL aus seinen Reihen. Er ist der eigentliche Machträger. Seine Kompetenzen werden durch Regionalgesetz spezifiziert und schreiben ihm sowohl Außenvertretungs- und Koordinierungsfunktionen zu.

Deutlich zeigt sich in diesem Aufbau der führenden Organe der lokalen Gesundheitsverwaltung die Anlehnung an die politischen Strukturen der Kommunalverwaltung. Die bis zur Deckung von Kommunalparlament und Generalversammlung hin gehende Parallelität führte zwangsläufig zu einer Widerspiegelung der lokalen parteipolitischen Verhältnisse auch in den Organen der USL, so daß die parteipolitischen Proportionen in den kommunalen und regionalen Parlamenten auch unter den Mitgliedern des Leitungsausschusses erhalten blieben (siehe Tabelle 4.5). 1986 zog die "Mini-Reform" des Gesundheitsministers Degan daraus die Konsequenz, die Generalversammlung als Organ der USL abzuschaffen und ihre Funktionen - bis zum Zeitpunkt einer grundlegenden Reform der

37 Dabei haben die Delegierten hier nur ein beschränktes Stimmrecht, das heißt sie können jeweils nur einen Teil der Mitglieder des Leitungsausschusses wählen (D'Ambrosio/ Izzo 1986: 60). Dadurch soll offensichtlich gewährleistet werden, daß keine der repräsentierten territorialen Gruppen majorisiert wird.

Institutionen der USL - den entsprechenden kommunalen Parlamenten zu übertragen (Legge 15 gennaio 1986 n. 4).

Tabelle 4.5: Parteipolitische Durchdringung der USL-Leitungsausschüsse

Partei	Leitungsausschüsse						Wahlergebnisse 1980	
	Mitglieder		Präsidenten		Vizepräsidenten		Kommune	Region
	n	%	n	%	n	%	%	%
DC	2.009	39,2	240	54,0	79	25,6	| 35,7	36,8
PCI	1.311	25,6	90	20,3	63	20,5	| 30,0	31,5
PSI	975	19,0	89	20,0	114	37,0	| 14,1	12,7
PSDI	392	7,6	16	3,6	27	8,8	| 5,3	5,0
PRI	211	4,1	4	0,9	4	1,3	| 3,7	3,0
PLI	80	1,5	1	0,2	7	2,3	| 2,6	2,7
MSI-DN	36	0,7	...	...	...	...	| 4,8	5,9
PDUP	19	0,4	...	...	2	0,6	| 0,5	1,2
DP	10	0,2	...	...	2	0,6	| 0,6	0,9
Unabh.	64	1,4	2	0,5	4	1,3	| ...	...
Andere	17	0,3	2	0,5	6	2,0	| 2,7	0,3
Gesamt	5.124	100,0	444	100,0	308	100,0	100,0	100,0

Quelle: Freddi (1984: 229)

Die Funktion der Generalversammlung erschöpfte sich faktisch darin, den Leitungsausschuß zu bestellen und jährlich den Haushalt zu genehmigen (Interview Nr. 11). Auch der auf sieben Mitglieder begrenzte Leitungsausschuß tritt in seiner Bedeutung hinter der des Präsidenten zurück, der nicht "*primus inter pares*" ist, sondern einfach nur "*primus*" (Interview Nr. 10). Er ist der undiskutierte Leiter der USL aufgrund des höheren Prestiges seiner Position, der besseren Bezahlung³⁸, der meist besseren administrativen Qualifikation und vor allem aufgrund seines größeren (partei-)politischen Gewichtes. Denn die Besetzung des Präsidentenamtes erfolgt - ähnlich wie die Besetzung des Bürgermeisteramtes - nach dem in Italien üblichen Prinzip des Parteienproporz (*lottizzazione*). Je nach Bedeutung der USL wird die Besetzung nicht nur auf kommunaler, sondern bereits auf regionaler oder nationaler Ebene unter den

38 Der Präsident einer kleinen USL verdient ca. 1,5 Millionen Lire im Monat (Interview Nr. 10).

Parteien ausgehandelt. Der Kandidat für das Präsidentenamt kommt häufig aus der kommunalen Verwaltung oder hat eine parteiinterne Karriere hinter sich, kann sich von seinem Arbeitsplatz beurlauben lassen und die Präsidentschaft als Vollzeitbeschäftigung ausüben. Er hat sein Verwaltungsmandat (*mandato amministrativo*) für fünf Jahre inne und setzt danach seine Karriere in der kommunalen oder regionalen Administration fort.

Tabelle 4.6: Die Vertretung von Berufsgruppen in den Leitungsgremien der USL

Beruf	Präsidenten-Vizepräsidenten		Mitglieder		Insgesamt			
	n	%	n	%	n	%		
Arzt	3	1,4	4	2,5	13	3,9	20	2,8
Freiberufler	34	16,0	13	8,3	30	8,9	77	10,9
Unternehmer	3	1,4	2	1,3	12	3,6	17	2,4
Universitätsprofessor	4	1,9	0	0,0	10	3,0	14	2,0
Lehrer	34	16,0	27	17,2	49	14,6	110	15,6
Angestellter	40	18,8	49	31,2	81	24,1	170	24,1
Arbeiter	1	0,5	3	1,9	20	6,0	24	3,4
Angest. öff.-rechtl. Körperschaften	32	15,0	21	13,4	37	11,0	90	12,7
Parteifunktionär	7	3,3	3	1,9	1	0,3	11	1,6
Hausfrau	0	0,0	0	0,0	3	0,9	3	0,4
Leitender Kommunalbeamter	0	0,0	0	0,0	2	0,6	2	0,3
Leitender Angestellter	8	3,8	4	2,5	14	4,2	26	3,7
Rentner	27	12,7	20	12,7	38	11,3	85	12,0
Selbständiger	16	7,5	9	5,7	19	5,7	44	6,2
Student	0	0,0	2	1,3	7	2,1	9	1,3
Apotheker	4	1,9	0	0,0	0	0,0	4	0,6

Quelle: Freddi (1984: 226)

Die parteipolitische Dominanz in den führenden Gremien der USL geht nahezu zwangsläufig einher mit einer entsprechend geringen Präsenz der medizinischen Profession (siehe Tabelle 4.6). Dies ist denn auch eine der wesentlichen Konsequenzen der Reform von 1978, mit der die medizinische Profession und insbesondere die Chefärzte der Krankenhäuser unmittelbare Mitwirkungs- und Einflußmöglichkeiten auf die Leitung der Gesundheitsverwaltung verloren haben. Sie müssen sich ihre Einflußkanäle nunmehr über den zweistufigen Verwaltungsaufbau der USL suchen, während sie in den vorhergehenden Krankenhauskörperschaften unmittelbaren Zugang zur Verwaltungsspitze hatten und sich die Verwaltung eher

als administratives Ausführungsorgan der Beschlüsse des Chefarztes verstand denn als Leitungsorgan.

5.2.2 Die Verwaltungsorganisation der Fachdienste

Das Fachpersonal des Gesundheitsdienstes ist auf der mittleren Ebene der internen Verwaltungsorganisation im Direktionsbüro (*ufficio di direzione*) vertreten, welches durch die Leiter der einzelnen Fachdienste (*servizi*) gebildet wird. Das Direktionsbüro repräsentiert das Fachpersonal damit unter funktionalen, nicht unter berufsgruppenspezifischen Gesichtspunkten. Prinzipiell nicht zu dieser Leitungsebene gehört jedoch der Leiter der Basisbezirke, in einigen Fällen ist er sogar dem Leiter eines Fachdienstes untergeordnet³⁹.

Die Arbeit des Direktionsbüros soll von einem zweiköpfigen Team geleitet werden: dem medizinischen Koordinator (*coordinatore sanitario*) und dem Verwaltungs-Koordinator (*coordinatore amministrativo*). Beide Koordinatoren müssen für diese Position besondere Voraussetzungen erfüllen: Hochschulabschluß in Medizin der eine, in Ökonomie und Recht der andere⁴⁰. Die beiden, von Freddi (1984: 220) auch als "Manager" bezeichneten Koordinatoren sind vom hierarchischen Aufbau her gesehen das Bindeglied zwischen den "politischen Verwaltern" und den "fachlichen Verwaltern" (D'Ambrosio/ Izzo 1986: 64). Sie sollen sicherstellen, daß die von den Organen der USL vorgegebenen Ziele umgesetzt werden. Dabei haben sie jedoch weder Mitwirkungsrechte bei der Entscheidungsfindung im Leitungsausschuß oder beim Präsidenten, noch irgendwelche Weisungsrechte gegenüber den Fachdiensten. Die formalen Informationsbeziehungen zwischen den Fachdiensten und der politischen Führung sind einseitig von oben nach unten strukturiert, womit sie eher den Anforderungen einer reinen Ordnungsverwaltung denn denen einer Leistungsverwaltung gerecht werden. Die formale hierarchische Distanz zwischen der (politischen) USL-Führung und den Fachdiensten bildet vor allem für die vormals selbständigen Krankenhäuser und ihre leitenden Ärzte eine Verschlechterung ihrer Position gegenüber der Situation vor

39 Damit verfügen die Basisbezirke als innovativer Teil der Reform von 1978 innerhalb der USL-Organisation über keine Lobby.

40 In einigen Regionen (z.B. Toskana, Piemont, Venetien), in denen der Bereich der Sozialarbeit mit dem der Gesundheitsversorgung zusammengelegt wurde, ist zusätzlich die Position des Sozialkoordinators (*coordinatore sociale*) geschaffen worden (D'Ambrosio/ Izzo 1986: 63).

1978. Während zuvor jedes Krankenhaus sein eigenes Budget hatte, muß es heute mit den anderen Diensten um knappe Mittel konkurrieren. Und während die Anschaffung neuer Geräte zuvor im unmittelbaren Kontakt zwischen dem Chefarzt und dem Präsidenten des Krankenhausinstituts entschieden wurde, ist der formale Weg zwischen Präsident und Chefarzt heute länger⁴¹, die Position des Präsidenten gewichtiger und die Interventionsmöglichkeiten anderer fachlicher oder politischer Interessen größer geworden.

Dem "Team" der Koordinatoren kann es dabei kaum gelingen, eine Vorabstimmung zwischen den unterschiedlichen Interessen in den Fachdiensten zu erreichen. Denn infolge ihres fehlenden Mitwirkungsrechts bei den Entscheidungen im Leitungsausschuß können sie keinen Einigungszwang auf die übrigen Mitglieder im Direktionsbüro ausüben. Zudem bilden die beiden Koordinatoren i.d.R. nicht das vom Reformgesetz vorgesehene Team. Die Gleichberechtigung des Verwaltungsfachmannes (*coordinatore amministrativo*) mit dem Mediziner (*coordinatore sanitario*) hat vielmehr einen Konkurrenzmechanismus zwischen beiden ausgelöst, der tendenziell dazu führt, daß Entscheidungen auf dieser Ebene blockiert werden⁴². Diese Blockierung kann vermieden werden, wenn der medizinische Koordinator informell die Führung übernimmt. Erschwert wird dies jedoch, wenn er als Karrierebeamter nicht das fachliche Ansehen bei seinen ärztlichen Kollegen besitzt, welche durch ihre Unterstützung über die Stärke seiner Position entscheiden (Interview Nr. 10).

Die Entscheidungsschwäche des Direktionsbüros hat nun zur Folge, daß die fachlichen Entscheidungen nicht hier, sondern am Tisch des Präsidenten getroffen werden, sofern der Präsident selbst entscheidungsfreudig genug ist. Betroffen hiervon sind keineswegs nur größere Entscheidungen über Investitionen z.B. in einen Computertomographen,

-
- 41 Der Chefarzt eines Krankenhauses ist keineswegs zwangsläufig Leiter des entsprechenden Fachdienstes, wenn etwa die Krankenhaus- und die medizinische Basisversorgung zu einem gemeinsamen Fachdienst zusammengelegt sind.
- 42 Die Zweiteilung der Zuständigkeiten für den administrativen und den medizinischen Bereich gab es bereits vor der Reform in den Krankenhauskörperschaften (*enti ospedaliere*), wobei der Mediziner dominierte und sachlich entschied, während der Verwaltungsfachmann die formalen Prozeduren vorbereitete. Freddi (1984: 248, 252) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß die Koordinatoren bei der Einführung des SSN sich vorrangig aus dem Personal der alten Strukturen, vor allem aus den alten Krankenhauskörperschaften rekrutierten und genau nicht die Qualifikation der unbürokratischen Koordination und Integration verschiedener Disziplinen vollbringen konnten, die für diese neue Funktion notwendig gewesen wäre.

sondern etwa auch die Neuanschaffung von Bettlaken für ein Krankenhaus. Von den informellen Zugangschancen zum Verhandlungstisch des Präsidenten hängt somit die Funktionsfähigkeit und die Weiterentwicklung eines Sektors der gesundheitlichen Versorgung in einer USL ab. Hier gelingt es nun vor allem den Sektoren, sich Gehör zu verschaffen, auf die die höchsten Budgetanteile entfallen, und das sind die medizinischen Bereiche, vor allem aber der Krankenhaussektor. Die Entscheidungsstrukturen innerhalb der USL führen somit tendenziell zu einer Vernachlässigung der Verwaltung, der sozialen Dienste und der territorialen präventiven Dienste (Interview Nr. 16)⁴³.

Der Entscheidungsspielraum einer USL wird dabei freilich begrenzt durch den finanziellen Rahmen des Budgets. Innerhalb dieses Rahmens verfügen die USL über eigene Gestaltungsmöglichkeiten, etwa wenn es um eine personelle Umstrukturierung der bestehenden Fachdienste geht oder um die Vergabe von Dienstleistungsaufträgen und Anschaffungen für den laufenden Unterhalt der Einrichtungen. Hierüber und über die interne Leistungsorganisation könnten die USL eigene Qualitätsstandards in der Versorgung setzen, zumal dort, wo solche Standards von oben nicht vorgegeben sind (siehe A.6.1). In dem Maße allerdings, in dem sie bloße Verwalter des finanziellen Mangels geworden sind, dürfte dies ein kaum realisierbarer Anspruch sein. Hier gehen die Meinungen und Maßstäbe jedoch auseinander, stehen sich die Thesen vom "fröhlichen Ausgabeverhalten" der USL auf der einen und die von der Unterfinanzierung der USL auf der anderen Seite diametral gegenüber.

Ziel des folgenden Abschnittes ist es daher, die Grenzen und Rationalitäten auszuloten, die von seiten der zentralstaatlichen und regionalen Ebene der Arbeit der USL auferlegt werden.

43 Der Bereich der öffentlichen Hygiene könnte sehr wichtig sein, weil ihm starke Gesetze zugrunde liegen, mit deren Hilfe die wirtschaftliche Entwicklung einer ganzen Region zu blockieren wäre. Allerdings gibt es in Italien wenige große Ärzte der öffentlichen Medizin, so daß dieser Bereich, von wenigen Ausnahmen abgesehen, innerhalb einer USL kein großes Gewicht hat (Interview Nr. 10).

6. Planung, Budgetierung und Kontrolle

6.1 Gesundheitsplanung auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene

Die inhaltliche Arbeit der lokalen Gesundheitseinheiten soll nach dem Reformgesetz durch einen zweistufigen Planungsprozeß gelenkt werden. Sein Ziel ist es, die vor der Reform bestehenden Disparitäten in der regionalen Versorgung zu beseitigen sowie eine gleichmäßige Qualität und einen effizienten Mitteleinsatz zu garantieren.

Die erste Stufe dieses Planungsprozesses bildet die Aufstellung des *nationalen Gesundheitsplanes* (PSN - *Piano Sanitario Nazionale*). Er soll für drei Jahre gelten und die grundlegenden Ziele, Richtlinien, Standards und Verfahrensweisen für den Nationalen Gesundheitsdienst festlegen, die dann die Grundlage für Verteilung der Finanzmittel an die Region bilden. Im einzelnen soll der nationale Gesundheitsplan u.a. definieren (Reformgesetz Art. 53, Paderni 1984: 461/462):

- die Ziele der Gesundheitspolitik für die nächsten drei Jahre,
- die Ressourcen zur Zielerreichung, d.h. die Höhe des jährlich zu bildenden nationalen Gesundheitsfonds,
- die Indexpzahlen und Standards, nach denen der nationale Gesundheitsfonds auf die Regionen aufgeteilt werden soll,
- die Richtlinien, nach denen die Regionen die Finanzzuweisungen auf die lokalen Gesundheitseinheiten aufteilen sollen, sowie
- die Regeln zur Erfolgskontrolle.

Die Vorbereitung des Gesundheitsplans obliegt dem Gesundheitsminister, doch seine Ausarbeitung ist faktisch Sache des Nationalen Gesundheitsrates (CSN - *Consiglio Sanitario Nazionale*) (siehe Abschnitt A.5 und B.1). Vertreten sind in dem Gremium neben dem Gesundheitsminister und anderen relevanten Ministerien auch die Regionen, die obersten Gesundheitsbehörden und andere Experten. Den Regionen wird somit über das Anhörungsrecht des Nationalen Gesundheitsrates ein Mitwirkungsrecht bei der Rahmenplanung eingeräumt.

Zur Vorbereitung steht dem Gesundheitsminister ferner eine eigene Planungsabteilung (*Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria*) zur Verfügung, die vorrangig mit der Sammlung von Daten über den Gesundheitsdienst betraut ist. Ein Ausschuß qualifizierter Experten aus den Bereichen Wirtschaft und Gesundheit, der technisch-wissenschaftliche

Planungsausschuß (*Comitato Tecnico-Scientifico per la Programmazione*) steht ihm als weiteres Beratungsgremium zur Seite (Reformgesetz Art. 53; Paderni 1984: 472). Der ausgearbeitete Plan ist schließlich dem Ministerrat und dem Parlament zur Zustimmung vorzulegen und sollte dann vom Parlament als Gesetz verabschiedet werden, um nachfolgend die jährliche Haushaltsplanung zu binden.

Tatsächlich aber ist es bis heute zu keiner Verabschiedung des Nationalen Gesundheitsplanes durch das Parlament gekommen. Insbesondere die im Plan festzuschreibenden Versorgungsstandards haben nicht den notwendigen politischen Konsens finden können. Eine erste Hürde stellte dabei bereits die Vorbereitungsphase innerhalb des Nationalen Gesundheitsrates dar. Hier stießen vor allem die unterschiedlichen Interessen der Regionen aufeinander, wenn es beispielsweise um die Richtwerte für Krankenhauskapazitäten ging (Interview Nr. 1)⁴⁴. Doch selbst wenn diese Hürde überwunden und der Plan in die vorbereitende parlamentarische Kommission (*Commissione Affari Sociali*) eingebracht werden konnte, wurde er hier endgültig blockiert. Aktiv wurden jetzt nicht die Regionen, sondern vor allem die einzelnen USL, die Nachteile von den vorgesehenen Standards befürchten mußten. Mit Hilfe der Mobilisierung politischer Verbindungen zu den Abgeordneten im Ausschuß gelang es, ausreichende Vetomacht zu mobilisieren, um eine Verabschiedung des Planes als Gesetz durch das Parlament zu verhindern⁴⁵.

1983 wurden schließlich die Bestimmungen dahingehend geändert, daß nur noch die Teile des Planes als Gesetz verabschiedet werden sollten, die konkrete Vorschriften für die regionale Gesetzgebung beinhalten. Den übrigen Teilen soll das Parlament in einer unverbindlicheren Form, etwa als parlamentarische Anträge oder Erklärungen, zustimmen (Paderni 1984: 469). Damit wurden erstmals bindende Anweisungen und Normen für die Aufstellung des Nationalen Gesundheitsplanes festgeschrieben, seine Ausarbeitung der Exekutive übertragen⁴⁶, wobei die Planung nun-

44 Auch hatten die Regionen und die Kommunen offenbar in den ersten Jahren nur unvollständige Informationen an das Ministerium geliefert aus Angst, ihre gerade gewonnene Autonomie wieder an den Zentralstaat zu verlieren (Interview Nr. 9).

45 Interview Nr. 10. Zudem wurde die parlamentarische Diskussion mehrfach durch vorzeitige Auflösung des Parlaments als Folge von Regierungskrisen abgebrochen (vgl. CSN 1987: 429).

46 Der Gesundheitsplan war bis dahin der einzige Plan, dem auch die Legislative zustimmen sollte. Mit der neuen Regelung wurde das Planungsverfahren im Gesundheitswesen dem Verfahren in den übrigen Politikbereichen angeglichen. Bei diesen anderen Planungsverfahren muß allein der interministerielle Ausschuß für Wirtschaftsplanung (CIPE -

mehr auch in die mehrjährige Finanzplanung eingebunden werden sollte (Censis 1986: 118; Granaglia 1987: 300). Verbindliche Standards wie die Bettendichte in den öffentlichen und konventionierten Krankenhäusern wurden seither in gesonderten Gesetzen bzw. Gesetzesdekreten geregelt⁴⁷.

Somit wird nun von der Regierung in Abständen ein jeweils neuer nationaler Gesundheitsplan (PSN) vorgelegt, er hat für die Regionen aber nicht die bindende Wirkung eines Gesetzes, sondern einen eher empfehlenden Charakter. Indirekt übt er dennoch einen wichtigen Einfluß auf den gesundheitspolitischen Handlungsspielraum der Regionen aus, indem die Verteilung der zentralstaatlichen Finanzmittel sich an den hier festgelegten Parametern orientieren. Die in dem Plan enthaltenen Leistungsstandards üben ihre Wirkung vor allem über die staatlichen Stellenpläne (*organici*) aus, die ihrerseits als Gesetz oder Gesetzesdekret bindende Wirkung auch für die Regionen haben⁴⁸.

Die **regionalen Gesundheitspläne** sollen nun in den Grenzen des nationalen Gesundheitsplanes die Quoten und Standards festlegen, die für einen Planungshorizont von drei Jahren maßgeblich für die Arbeit der einzelnen USL ihres Gebietes sind. Vorbereitet wird der regionale Gesundheitsplan von der Regionalregierung (*giunta regionale*), welche zuvor die Institutionen und Organisationen anhören muß, die laut jeweiligem Regionalstatut beratend hinzuzuziehen sind. Über dieses Anhörungsrecht wird vor allem den betroffenen Kommunen ein Mitwirkungsrecht eingeräumt⁴⁹. Der regionale Gesundheitsplan soll abschließend durch das regionale Parlament (*consiglio regionale*) als Gesetz verabschiedet werden.

Tatsächlich war der Planungsprozeß auf dieser Ebene erfolgreicher als auf der nationalen. Ende 1988 hatten insgesamt 10 von 20 Regionen

Comitato Interministeriale della Programmazione Economica) zustimmen (Paderni 1984: 473).

47 Siehe beispielsweise die Diskussion und das entsprechende Gesetzesdekret (Decreto Legge 27/88) in den Heften der ISIS 1988.

48 Der nationale Gesundheitsplan für 1987-89 enthält beispielsweise zeitliche Standardvorgaben für die Dauer der Krankenpflege, der ärztlichen Behandlung, für die Größe und Personalausstattung der Basisbezirke, Produktivitätsindizes für die Arbeit der Poliambulatorien, Standards für die Bettendichte und die Belegquote etc. (Ministero della sanità 1986).

49 Ferner anzuhören sind die Universitäten der Region, die Interessenvertretungen der sozialen Gruppen der Region und die Beschäftigten im Gesundheitswesen, begrenzt auf die Organisationen, die die Beschäftigten am stärksten repräsentieren, außerdem die Organe der für die Region zuständigen militärischen Gesundheitsversorgung (Quaranta 1985: 356).

einen regionalen Gesundheitsplan verabschiedet, wobei es sich hauptsächlich um die Regionen des Nordens handelte (Ministero per il bilancio 1989: 152 - III). Die regionalen Gesundheitspläne richten sich nach den Standards des nationalen Gesundheitsplanes oder setzen eigene Standards dort, wo ihnen der fehlende Gesetzescharakter des Nationalen Gesundheitsplanes eigene Spielräume gibt. Verabschiedet als Regionalgesetz haben diese Standards für die einzelnen USL formal eine hohe Verbindlichkeit. Faktisch geht der Einfluß wiederum vor allem von den in den Plänen festgeschriebenen Quoten für die Finanzausweisungen und von den Versorgungsstandards aus. Letztere dienen als Grundlage für die Personalplanung der Region und der einzelnen USL. Der Antrag einer USL auf zusätzliche Stellen wird nur genehmigt, wenn sie mit den Standards des regionalen Gesundheitsplans vereinbar sind. Das gleiche gilt für größere Anschaffungen medizin-technischen Gerätes. Beiden, Region und USL, bringt die Aufstellung des regionalen Gesundheitsplanes den Vorteil, nicht mehr einzeln über die Anträge einer USL in bezug auf Stellenzuweisungen und Investitionen verhandeln zu müssen. Die Übereinstimmung mit dem Plan ist Entscheidungsgrundlage für die Genehmigung und Abweisung solcher Anträge.

Der regionale Gesundheitsplan wird schließlich auf lokaler Ebene durch einen *Implementationsplan* (*piano attuativo*) ergänzt. Er übersetzt ins Detail, was die Region den USL zur Verwirklichung vorgeschrieben hat. Heißt es im Plan der Region, die Kinderabteilung eines öffentlichen Krankenhauses in dieser USL soll ihre Bettenzahl von 40 auf 30 reduzieren, so muß die USL anzeigen, wo sie das überflüssige Personal anderweitig beschäftigen will. Diese Selbstverpflichtung der USL wird dabei faktisch jedoch eher als Absichtserklärung betrachtet, deren Realisierung von der Region nicht zu erzwingen, sondern allenfalls mit positiven Anreizen zu verstärken ist (Interview Nr. 10).

6.2 Budgetierung und Finanzmittelzuweisung

Die Finanzmittelzuweisung an die Regionen stellt neben der Personalplanung das wichtigste Instrument der Zentralregierung zur Steuerung der Performanz in den lokalen Gesundheitseinheiten dar. Von den Finanzausweisungen geht ein unmittelbarer Einfluß auf die Quantität der Gesundheitsversorgung aus, während mangels verbindlicher qualitätssteuernder

Standards die qualitative Ausgestaltung der Dienste den Regionen oder aber den USL selbst überlassen bleibt.

6.2.1 Das formale Procedere

Die Entscheidung über die Finanzierung des nationalen Gesundheitsdienstes erfolgt jährlich mit der Aufstellung des zentralstaatlichen Gesamthaushalts. Die Mittel werden dabei gesondert in einem *nationalen Gesundheitsfonds* (FSN - *Fondo Sanitario Nazionale*) ausgewiesen. Die Anbindung des FSN an die zentralstaatliche Haushaltsplanung soll sicherstellen, daß die Gesundheitspolitik mit den ökonomischen Erfordernissen der Haushaltspolitik abgestimmt wird, wobei der jährliche Haushaltsplan seit 1985 in einen mehrjährigen Finanzplan einzubetten ist (Granaglia 1987: 300). Für die Regionen und die USL soll durch die verbindliche Festlegung der Ressourcen ein sicherer Handlungsrahmen abgesteckt werden (Mapelli [1984]: 159).

Beim Übergang vom alten Krankenkassensystem zum nationalen Gesundheitsdienst bestand nun das Problem, die notwendigen Mittel zur Finanzierung des neuen Systems zu schätzen, denn zuverlässige Statistiken über den Gesamtumfang der bisherigen Mittelaufwendungen lagen nicht vor. Im Jahr der Reformgesetzgebung 1978 wurde daher von der Regierung eine Umfrage bei den Krankenkassen, den Gebietskörperschaften, den Krankenhauskörperschaften und den übrigen Institutionen im Gesundheitswesen gestartet, um die laufenden Ausgaben zu ermitteln, die insgesamt im Jahre 1977 im Gesundheitswesen angefallen waren⁵⁰. Diese "historische Ausgabe" (*spesa storica*) bildete nicht nur die Grundlage für die Aufstellung des ersten nationalen Gesundheitsfonds 1979, sondern war auch Bezugspunkt für die Aufstellung der Fonds in den folgenden "Jahren des Übergangs". Zusätzliche Kriterien wie die Risikostruktur der Bevölkerung oder die Veranschlagung bestimmter Ausgaben pro Kopf der Einwohner (Arleri 1984: 223) gehen seither mit unterschiedlicher Gewichtung in die Berechnung der nunmehr "korrigierten historischen Ausgabe" (*spesa storica corretta*) ein. Damit knüpft die Vorausschätzung des Finanzmittelbedarfs heute offiziell nicht mehr am angemeldeten Bedarf der USL an, sondern geht allein von "objektiven" Bedarfsschätzungen des Zentralstaates aus. Die Schätzkriterien variierten

50 Zur Problematik dieses Verfahrens siehe Cavazzuti/ Giannini (1982).

dabei im Laufe der Zeit, so daß sich die Budgetanteile der einzelnen Regionen nicht kontinuierlich entwickelt haben.

Die Verteilung der im Nationalen Gesundheitsfonds ausgewiesenen Mittel an die Regionen erfolgt durch den interministeriellen Ausschuß für Wirtschaftsplanung (CIPE - *Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica*), und zwar nach Maßgabe der Indices und Standards des nationalen Gesundheitsplans⁵¹. Der Fonds erscheint dabei im Haushaltsplan in zwei verschiedenen Haushaltskapiteln: die laufenden Ausgaben (*spesa in conto corrente*) im Haushalt des Schatzministers, die Investitionsausgaben (*spesa in conto capitale*) in dem des Haushaltsministers (Reformgesetz Art. 51; Mapelli [1984]: 159).

Die Zuteilung der Mittel für die laufenden Ausgaben an die Regionen erfolgt dritteljährlich, und zwar zu Anfang eines jeden Trimesters. Zu Beginn eines Trimesters gibt das CIPE Anweisung an den Schatzminister, die jeder Region zustehende Quote auf das laufende Konto der Region beim zentralstaatlichen Schatzamt zu überweisen⁵². Die Finanzmittel werden der Region zunächst in zwei Teilen überstellt: der größere Teil von ca. 97,5% zur autonomen Verwendung durch die Region, der Rest für 'innovative Tätigkeiten' und 'multizonale Aktivitäten' (Cavazzuti/ Gianini 1982: 25). Das Finanzierungsgesetz 1984 führte für einen Teil der Ausgaben eine Zweckbindung ein, und zwar zusätzlich zu der grundlegend bestehenden Bindung der Mittel für laufende Ausgaben und Investitionen. Doch sind von solchen speziellen Zweckbindungen nur ca. 1-2% der zentralstaatlichen Zuweisungen betroffen (Quaranta 1985: 317; Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 121). Den Regionen bleibt dadurch ein Spielraum, mit der Festlegung eigener Zuteilungsstandards an die USL dem Ziel des innerregionalen Versorgungsgleichgewichts flexibler Rechnung tragen zu können (Buglione/ France 1984: 77, 81).

Die Aufteilung der Investitionsmittel an die Regionen erfolgt nun nach einem ähnlichen Verfahren wie die der laufenden Ausgaben, wobei speziell hier die regionalen Gegebenheiten im Hinblick auf das Ziel einer einheitlichen Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden sollen. So bleiben 40% der Gelder dem Mezzogiorno vorbehalten (Quaranta 1985: 319). Die Zuteilung der Investitionsmittel an die Regionen ist

51 Wobei der Gesundheitsminister ein Vorschlags- und der Nationale Gesundheitsrat ein Anhörungsrecht hat (Reformgesetz Art. 51).

52 Dem CIPE verbleibt bei der Festlegung des Verteilungsverfahrens ein erheblicher diskretionärer Entscheidungsspielraum (Quaranta 1985: 319).

allerdings daran gebunden, daß die Region dem Zentralstaat ein Investitionsprogramm vorlegt, welches von einem interministeriellen Ausschuß genehmigt werden muß (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 163).

Die zustehenden Mittel werden bei der Region als "*regionaler Gesundheitsfonds*" (*Fondo Sanitario Regionale*) in den jährlichen Regionalhaushalt eingeschrieben und bilden das Budget des Assessors für Gesundheit. Die Region kann ihr Gesundheitsbudget prinzipiell auch mit eigenen Mitteln aufstocken, die jedoch mangels eigener Steuerhoheit vor allem aus Einsparungen in anderen Budgetteilen kommen können und entsprechend keine große Bedeutung haben.

Die Regionen verteilen dann die Mittel für die laufenden Ausgaben an die in ihrem Gebiet liegenden USL nach der Maßgabe der Quoten, die in ihren Gesundheitsplänen ausgewiesen sind (Arleri 1984: 219/220). Mittel aus dem Kapitalkonto müssen hingegen von der einzelnen USL bei der Region speziell beantragt werden, wobei sich die bürokratischen Prozeduren abkürzen, wenn es einen rechtskräftigen regionalen Gesundheitsplan gibt, in dem dieses Projekt bereits vorgesehen ist. Um die meist langwierigen Antragsprozeduren zu umgehen, hatte eine USL nach 1983 die Möglichkeit, ihren Haushalt durch die Hälfte der Einnahmen aus den *Tickets* und aus gebührenpflichtigen Dienstleistungen aufzustocken und nach eigenem Ermessen zu verwenden. Neben den Spenden war dies eine nicht unwichtige Quelle zur Eigenfinanzierung neuer medizinischer Geräte durch die USL (France 1988: 212/213). Gemessen an den Gesamteinnahmen der USL bleiben diese Eigenmittel mit durchschnittlich knapp 3% (1986) zwar gering, doch die Schwankungsbreite (von 1,2% bis knapp 6%) in den verschiedenen Regionen zeigt an, daß es hier einzelnen USL gelang, den eigenen Handlungsspielraum hierüber merklich zu erweitern (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 156, Tabelle 5.1). Seit 1988 müssen diese Einnahmen aus den *Tickets* und anderen Gebühren jedoch zur Deckung der laufenden Ausgaben verwendet werden.

6.2.2 Die These vom "fröhlichen Ausgabeverhalten" der USL

Die tatsächlichen Ausgaben der USL übersteigen nun seit 1981 regelmäßig die zentralstaatlichen Ausgabenansätze um ca. 7% (Tabelle 4.7), obwohl das Reformgesetz von 1978 (Art. 50) und die regionalen Vorschriften eine Verschuldung der USL verbieten und die Vorlage eines ausgeglichenen Haushalts verlangen. In der Praxis hat diese Vorschrift zur Entstehung geheimer Defizite geführt, indem Zahlungsverpflichtungen

ohne Deckung nicht in die Bilanz aufgenommen wurden. Das theoretisch geltende *cash limit* wurde faktisch dadurch außer Kraft gesetzt, daß solche Defizite in regelmäßigen Abständen vom Zentralstaat gedeckt wurden und damit die Praxis der nachträglichen Defizitdeckung aus dem alten System auch im nationalen Gesundheitsdienst seine Fortsetzung fand (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 165)⁵³.

Diese Tatsache parallel zu den immer neuen Meldungen der Presse über Veruntreuungen und schlechte Zustände in einzelnen USL sowie negative persönliche Erfahrungen der Bürger bilden denn auch den Hintergrund für die Klage über das "fröhliche Ausgabeverhalten" der USL. In dem Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben schlägt sich ein solch ungezügelter Ausgabeverhalten der USL jedoch nicht nieder (siehe Tabelle 4.8). Vielmehr hat sich der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt seit 1982 kaum geändert und ihr Anteil an den gesamten Staatsausgaben ist seit 1980 ständig gesunken, und das obwohl sich mit der Gesundheitsreform von 1978 die Zahl der Anspruchsberechtigten erhöht hat und der Leistungskatalog erweitert worden ist⁵⁴.

Das Wachstum der italienischen Gesundheitsausgaben hat sich innerhalb der Grenzen des gesamtwirtschaftlichen Wachstums gehalten, und selbst diese Zahlen scheinen das tatsächliche Ausgabeverhalten der USL noch zu überzeichnen. Denn unter Berücksichtigung der speziellen Preisentwicklung im Gesundheitssektor schätzt France (1986) die Realausgaben und kommt zu dem Ergebnis, daß danach die Gesundheitsausgaben bis 1983 mit abnehmenden Raten gestiegen, 1983/84 aber sogar gesunken sind. Skeptisch gegenüber solchen Versuchen einer Berechnung des speziellen Deflators für Gesundheitsausgaben zeigen sich zwar Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988: 69, 99), doch auch sie schlußfolgern, daß die Steigerung in den Nominalausgaben im wesentlichen auf Lohn- und Preiseffekte zurückzuführen ist, da sich die mengenmäßige Nachfrage in den zentralen Sektoren der stationären Versorgung, der ambulanten

53 Die inoffizielle Anerkennung dieser Defizite zeigt sich auch darin, daß Zentralstaat und Region die USL aufforderten, in ihren dritteljährlichen Rechenschaftsberichten die tatsächlichen Zahlungsverpflichtungen auszuweisen (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 6).

54 Bei der Berechnung der Anteile am Bruttoinlandsprodukt wird hier die neue Bewertung des BIP vom italienischen Amt für Statistik (ISTAT) zugrunde gelegt, was zu erheblichen Abweichungen gegenüber früheren Berechnungen führt. Der Anteil der gesamten (privaten und öffentlichen) Gesundheitsausgaben am neu berechneten BIP beträgt für 1984 6,3%, während sich zuvor ein Wert von 7,2% ergab.

Tabelle 4.7: Defizite der USL 1980-1988

Jahr	Zuteilung aus dem FSN	Gesamtausgaben der USL	Defizit der lfd. Ausgaben
1980	18.034	18.034	0
1981	21.869	22.911	1.042 ^a
1982	25.710	28.172	2.462 ^a
1983	34.286	34.286	0
1984	37.335	37.170	165
1985	39.200	43.393	4.193 ^a
1986	40.857	47.320	6.463 ^a
1987	47.265	54.540	7.275 ^a
1988	52.650	61.678	9.028 ^a

a vorläufige Werte

Quelle: Unveröffentlichte Ausarbeitung auf der Basis der Daten des "Relazione generale sulla situazione economica del Paese", herausgegeben vom Ministero per il Bilancio, diverse Jahrgänge. Ausarbeitung von Vittorio Mapelli, 1990.

Tabelle 4.8: Entwicklung der Gesundheitsausgaben 1980-1987

Gesundheitsausgaben	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Absolutwerte (in Mrd. L)								
Gesundheitsausgaben insgesamt	23.150	28.977	34.892	40.944	45.819	52.584	58.254	65.222
davon: öffentlich ^a	18.483	23.019	28.123	33.090	36.812	41.521	45.094	51.004 ^c
privat	4.667	5.958	6.769	7.854	9.007	11.063	13.160	14.218
öffentliche Investitionen	788	684	518	725	937	1.071	1.239	1.395 ^c
Anteil am BIP (in %)								
Gesundheitsausgaben insgesamt	5,9	6,2	6,4	6,4	6,3	6,5	6,5	6,6
davon: öffentlich	4,7	4,9	5,2	5,2	5,1	5,1	5,0	5,2
privat	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,4	1,5	1,4
Jährl. Wachstumsraten (in %)								
Gesundheitsausgaben insgesamt		25,2	20,4	17,3	11,9	14,8	10,8	12,0
davon: öffentlich		24,5	22,2	17,7	11,2	12,8	8,6	13,1
privat		27,7	13,6	16,0	14,7	22,8	19,0	8,0
Anteil öffentlicher Gesundheitsausgaben am Staatshaushalt (in %)^b								
	15,2	15,3	13,8	13,5	12,8	12,7	12,1	11,8

a laufende Ausgaben *b* laufende Ausgaben und Investitionen

c vorläufige Daten

Quelle: Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988)

allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Versorgung sowie im Arzneimittelverbrauch nicht erhöht hat, sondern tendenziell sogar zurückgegangen ist. Löhne und Preise im nationalen Gesundheitsdienst werden aber wesentlich von der Regierung selbst mitbestimmt (siehe Abschnitt C). Damit erscheint das Defizit der USL aber eher als Ergebnis einer "Unterfinanzierung", denn als Ausdruck ungezügelter Ausgabeverhaltens.

Dies hat für die USL allerdings die Konsequenz, daß ein rationales, planendes Ausgabeverhalten erschwert wird durch die Ungewißheit über die letztendlich bereitgestellten Finanzierungsmittel⁵⁵. Diese Unsicherheit wird nicht nur durch die Möglichkeit einer nachträglichen Entschuldung hervorgerufen, sondern zudem durch die ungenaue Vorausschätzung der tatsächlich im Gesundheitsfonds eingehenden Finanzmittel sowie die Verzögerungen in den Kassenzuweisungen⁵⁶ (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 122, 157; Cavazzuti/ Giannini 1982: 28). Extrem niedrig sind außerdem die Zuweisungen für Investitionen, die den im Gesundheitsfonds vorgesehenen Rahmen nie ausgeschöpft haben⁵⁷. Die Schwerfälligkeit des bürokratischen Ganges ist dabei der wesentliche Grund, der bei den Investitionsmitteln durch die Langwierigkeit gesonderter Antragsverfahren nochmals ausgedehnt wird⁵⁸.

Die USL reagieren auf den "fiskalischen Stress" (France 1986) mit der Strategie einer differenzierten Einlösung von Zahlungsverpflichtungen. Handlungsorientierend ist hier für sie die Minimierung von Konflikten mit den gewerkschaftlich organisierten Beschäftigten der USL sowie die Vermeidung größeren Unmuts unter den kommunalen Wahlbürgern⁵⁹.

55 Vergleiche dazu auch die Anmerkungen über die Probleme der Vorausschätzung des nationalen Gesundheitsfonds in den jährlichen Berichten des Haushaltsministers (Ministero per il bilancio 1988, 1989, 1987: Kapitel IV, rapporto sanità).

56 Die Aussage bezieht sich auf den Zeitraum 1980-1988, die Ausnahmen zu dieser Regel stellen die Jahre 1984, 1985 und 1987 dar.

57 Von den insgesamt im Budget für Investitionen ausgewiesenen Mitteln werden nie mehr als 40% ausgezahlt, wobei diese Auszahlungsquote in den letzten Jahren noch gesunken ist, parallel zur Aufstockung der Investitionsmittel im Budget (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 158).

58 Wobei in Süditalien die Fähigkeit, antragsfähige Projekte zu entwickeln, schwächer ist als in Nord- und Mittelitalien (France 1988: 214), was im unmittelbaren Zusammenhang mit den hier bisher fehlenden regionalen Gesundheitsplänen steht.

59 Ein für die Wahlbürger kritischer Bereich ist vor allem die Arzneimittelversorgung. Konventionierte Apotheken gehen bei mangelnder Einhaltung der Erstattungspflicht durch die USL dazu über, Arzneimittel nur noch gegen Direktzahlung an die Patienten abzugeben, was sofort zu lokalem Unmut führt. Vergleichsweise hoch ist hier denn auch die termingerechte Einlösung der Zahlungsverpflichtungen.

Die niedrigste Priorität haben Verpflichtungen gegenüber Lieferanten und externen Dienstleistungsunternehmen, wo sich die USL auf lokaler Ebene in der Situation eines Nachfragemonopolisten befindet. Ihr prekäres Zahlungsverhalten erlaubt der USL allerdings nicht, im Verhältnis zu diesen Anbietern Preisnachlässe zu realisieren, die unter anderen Bedingungen von Nachfragemonopolisten erzielt werden können (France 1986: 350).

Der "fiskalische Stress" der USL verschärft sich weiter dadurch, daß die Vorausschätzungen der Gesundheitsausgaben die Effekte von Lohn- und Preiserhöhungen im Gesundheitsbereich bisher nicht ausreichend berücksichtigt hatten, obgleich über sie auf nationaler Ebene unter maßgeblicher Mitwirkung der zuständigen Ministerien entschieden wird⁶⁰.

Damit erscheinen nun die regelmäßigen Defizite der USL nicht allein als Ausdruck ihrer ungezügelten Ausgabefreudigkeit, sondern auch als Konsequenz einer staatlichen Strategie zur Kostenbegrenzung, deren Mittel eine systematische Unterfinanzierung der USL ist. Gemessen an der realisierten Ausgabenbegrenzung könnte die Regierung sogar den Erfolg dieser Strategie bekanntgeben, doch das Gegenteil ist der Fall. Wohlwiegend, daß die ex-ante veranschlagten Finanzierungsmittel für die USL nicht ausreichen, beklagt die Zentralregierung dennoch öffentlich die Ausgabefreudigkeit der USL und geht davon aus, sie so zu einem geringeren Überschreiten des Haushalts zu bewegen, als dies bei einer realistischen Finanzzuweisung und bei einem Vertrauen in die Respektierung dieses Limits der Fall wäre. Dieses Verhalten findet seinen Gegenpart auf seiten der USL in der Praxis der Aufstellung von Personalplänen, wenn eine USL drei statt zusätzlich benötigter zwei Stellen beantragt, in der Erwartung, so die beiden notwendigen Stellen realisieren zu können. Grundlage dieser strategischen Interaktion ist nicht nur ein gewisses Mißtrauen, sondern auch die Bereitschaft, vorgegebene Standards nicht als absolut geltende Normen, sondern als Verhandlungsbasis zu begreifen.

Das Ergebnis dieser Perzeption von Normen und Standards sind diskretionäre Spielräume, in deren Folge ineffiziente Verwaltung und Veruntreuung ebenso möglich sind wie eine effiziente Gesundheitsversorgung und die Realisierung innovativer Gesundheitsprojekte. Allerdings sind die Anreizstrukturen selbst nicht auf ein wirtschaftlich und gesund-

60 Nach Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988: 122) ist dies einer der Gründe, weshalb die ex-ante Schätzungen der Gesundheitsausgaben regelmäßig 8-10% unter den tatsächlichen Ausgaben liegen.

heitspolitisch effizientes Verhalten hin ausgelegt. Vielmehr übt die positive ex-post Sanktionierung von Defiziten und die lokale Politik des "muddling through" eine entgegengesetzte Wirkung aus. So bleibt von der Klage über das "fröhliche Ausgabeverhalten" der USL vor allem der Vorwurf einer ineffizienten Verwaltung der Mittel.

6.3 Kontrollmechanismen

Innerhalb der USL wurde 1982 die Einführung des *Revisorenkollegiums* (*Collegio dei Revisori*) als viertes Organ durch zentralstaatliche Gesetzgebung vorgeschrieben⁶¹ und durch regionale Gesetzgebung implementiert. Das Kollegium besteht grundsätzlich aus drei Mitgliedern, von denen je eines designiert wird vom Schatzminister, von der Region und von der Generalversammlung der USL. Zu seinen Aufgaben gehört es prinzipiell, den Rechenschaftsbericht der USL zu kontrollieren und zu unterzeichnen sowie dritteljährlich einen Bericht für die Region, das Gesundheits- und das Schatzministerium über die Verwaltung und Rechnungsführung abzufassen (D'Ambrosio/ Izzo 1986: 62, 101). Die qualifikationsmäßigen Voraussetzungen für die Revisoren unterscheiden sich jedoch ebenso von Region zu Region wie die ihnen zugeschriebenen Kompetenzen. In manchen Regionen umfaßt diese Kompetenz auch eine funktionale Kontrolle, worunter eine Kontrolle von Effizienz und Effektivität gefaßt werden kann. Doch Regelungen, die den Revisoren hierzu die notwendigen materiellen und informationellen Ressourcen bereitstellen, fehlen. Die Arbeit der Revisoren muß sich folglich auch hier in einer Rechtmäßigkeitskontrolle erschöpfen (France/ Prisco 1986).

Die externe Kontrolle der Arbeit einer USL obliegt prinzipiell der Region bzw. dem hier angesiedelten *regionalen Kontrollausschuß* (*Comitato regionale di controllo*). Er hat die Aufsicht über sämtliche lokalen Körperschaften. Der Ausschuß wird vom Präsidenten der Regionalregierung für vier Jahre nominiert und setzt sich zusammen aus vier Verwaltungsexperten, die vom regionalen Parlament gewählt werden, einem Kommissar der Zentralregierung, einem Richter des regionalen Verwaltungsgerichts, designiert vom Präsidenten dieses Gerichts. Auch diesem Ausschuß obliegt sowohl die Kontrolle der Rechtmäßigkeit (*controllo*

61 Ein ähnliches Organ hatte bereits bei den vorhergehenden Krankenhauskörperschaften bestanden (D'Ambrosio/ Izzo 1986: 101).

di legittimità) als auch der Wirtschaftlichkeit (*controllo di merito*) der Beschlüsse der USL, wobei eine Wirtschaftlichkeitskontrolle allerdings nur auf Anruf erfolgt. Hier haben nun einige Regionen gesetzlich festgelegt, welche Art von Beschlüssen vor ihrem Inkrafttreten von dem Ausschuß auf ihre Zweckmäßigkeit hin überprüft werden sollen (Quaranta 1985: 291, 297/298).

In der Praxis sind beide Arten von Kontrollen vor allem ex-ante Kontrollen, in denen es darum geht, die Übereinstimmung von Ausgabeanträgen mit den vorliegenden Rechtsnormen zu prüfen. Beantragt beispielsweise eine USL Mittel für ein Projekt zur Gesundheitserziehung⁶², so wird dieser Antrag nach Prüfung des Revisorenkollegiums an den regionalen Kontrollausschuß weitergeleitet. Er prüft die Rechtmäßigkeit, aber auch die Frage, ob das geltende Projekt kompatibel ist mit den übrigen Projekten einer USL. Entscheidet er positiv, erhält die USL das beantragte Geld, ohne daß i.d.R. die Realisierung des Projektes und seine Zielerreichung nachträglich überprüft werden. Dies eröffnet die (nicht selten) genutzte Chance, die Mittel formal richtig abzurechnen, sie jedoch beispielsweise für Personal in einem anderen Projekt zu verwenden (Interview Nr. 10).

Hier erweist sich nun der *Rechnungshof* (*Corte dei Conti*) als eigentlich relevante Kontrollinstanz und als einziges Organ, das eine ex-post Kontrolle ausführt (siehe z.B. *Il Messaggero*, 23.3.1987a). Tätig wird er auf Antrag der Staatsanwaltschaft, des zuständigen Ministers oder aber auf Anordnung des Rechnungshofpräsidenten selbst. Durchgeführt werden diese Untersuchungen von der Verwaltungsgerichtsbarkeit. In den letzten Jahren hat der Rechnungshof erheblich an Bedeutung gewonnen, indem er seine Kompetenzen aktiviert und sich selbst auf die Suche nach Unregelmäßigkeiten in der Verwaltung gemacht hat (Interview Nr. 10). Ermöglicht wird diese neue Aktivität nicht zuletzt dadurch, daß sie von den derzeitigen Regierungen unterstützt wird, worin die zunehmende Beunruhigung der Regierung über das wachsende Haushaltsdefizit zum Ausdruck kommt.

Als Versuch, die formal-rechtliche Kontrolle zu ergänzen durch eine wirksame Effizienz- und Effektivitätskontrolle ist außerdem die Einführung eines *Inspektionsdienstes für Gesundheit und Finanzen* (*Servizio Ispettivo Sanitario e Finanziario*) beim Gesundheitsminister und bei den

62 Hier steht der Region der frei verfügbare Titel aus dem nationalen Gesundheitsfonds für *ricerca e sperimentazione* - Forschung und Experiment - zur Verfügung.

Regionen zu werten (Granaglia 1987: 299; Interview Nr. 10). Im Zusammenhang mit dem dritteljährlichen Rechenschaftsbericht der USL soll dieses Gremium die Geeignetheit der Maßnahmen in bezug auf die Ziele der nationalen und regionalen Gesundheitsplanung bewerten, und zwar unter technischen und nicht politischen Gesichtspunkten. Auch sie werden auf Verdacht hin aktiv, auf Anweisung oder Anzeige und bilden vor allem ein Instrument des Gesundheitsministeriums selbst.

Das Problem der Budgetkontrolle im italienischen Gesundheitswesen unterscheidet sich von anderen Ländern nun offensichtlich dadurch, daß die gängigen Normen der Haushaltsführung formal akzeptiert, inhaltlich aber als disponible Größe begriffen werden⁶³. So kommt es, daß trotz einer dichten Abfolge von Kontrollprozeduren, die denen anderer Ländern durchaus vergleichbar sind, diese Kontrollen vielstimmig als ineffizient bezeichnet werden und der Einsatz weiterer Überwachungsinstrumente gefordert wird.

7. Die Finanzierung des "Fondo Sanitario Nazionale" (FSN)

Ursprüngliches Ziel der Reform war, die Finanzierung des SSN von einer Beitrags- auf eine Steuerfinanzierung umzustellen (Terranova 1983: 162). Allerdings sah das Reformgesetz von 1978 zunächst durchaus eine Anknüpfung an den Finanzierungsmodus des alten Systems vor, indem es als ausschließliche Einnahmen des FSN spezifizierte (Reformgesetz, Art. 69):

- die Versicherungsbeiträge, die vor der Reform den Krankenkassen zufließen,
- die Summen, die von den öffentlichen Gebietskörperschaften, ihren Unternehmungen und anderen öffentlichen Institutionen bereits vor der Reform zur Finanzierung des Gesundheitswesens bereitgestellt wurden,
- die Einnahmen und Erträge aus den Vermögen, die im Zuge der Reform an die Kommunen übergangen,

63 Manipulationen der formalen Regeln könnten dabei sogar als legitim angesehen werden, wenn die prekäre Haushaltslage der USL von ihr selbst nicht zu verantworten ist.

- die jährlichen Überschüsse aus der von INPS verwalteten Tuberkuloseversicherung,
- die Einnahmen aus den entgeltlichen Dienstleistungen der USL.

Auf der Einnahmeseite wurde damit, ähnlich wie auf der Ausgabenseite mit der *spesa storica*, zunächst der Finanzierungsmodus des alten Systems übernommen. Das bedeutete, daß der relativ hohe Beitragsanteil an der Finanzierung zunächst ebenso beibehalten wurde wie die Unterschiede in den Beitragssätzen nach Berufsgruppen. Die größten Differenzen bestanden hier zwischen den Beiträgen der abhängig Beschäftigten auf der einen und denen der Selbständigen bzw. Freiberuflern auf der anderen Seite. Selbständige entrichteten zunächst einen relativ geringen jährlichen Pauschalbetrag, abhängig Beschäftigte einen prozentualen Anteil ihres Monatseinkommens (Cavazzuti/ Giannini 1982: 30; Piperno 1986a: 57).

In den letzten Jahren erfolgte eine allmähliche Angleichung der verschiedenen Beitragssätze. Mit dem Finanzierungsgesetz 1986 wurde ein Beitragssatz von 10,95% für alle abhängig Beschäftigten, d.h. Arbeiter und Angestellte festgelegt, wovon der größte Anteil von 9,5% von den Arbeitgebern, der geringere Anteil von 1,35% von den Arbeitnehmern zu tragen ist⁶⁴. Bei den Selbständigen wurde anstelle des Pauschalbetrages ein prozentualer Anteil von 7,5% des erklärten Einkommens festgelegt. Diese, auch als "Gesundheitssteuer" (*tassa sulla salute*) bezeichneten Beiträge entfallen dabei auf alle Einkommen aus selbständiger Arbeit, d.h. auch auf Nebenverdienste von fest angestellten Personen (Interview Nr. 15).

Die Unterscheidung in Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile spielt in der öffentlichen Diskussion um die Beitragssätze keine Rolle. Als Bestandteile des Lohnes gelten insbesondere für die Gewerkschaften beide Anteile als Abzug vom Arbeitseinkommen und damit als vom Arbeiter zu tragende Last. Stark kritisiert wird demzufolge von den Gewerkschaften die Differenz zwischen den Beitragssätzen abhängig Beschäftigter und Selbständiger (siehe Tabelle 4.9). Sie heben vor allem hervor, daß das zu versteuernde Einkommen der Selbständigen durch die hier gängige Praxis der Steuerhinterziehung weit unter ihrem tatsächlichen

64 Für den Einkommensanteil zwischen 40 und 100 Millionen Lire Jahreseinkommen reduziert sich der Beitragssatz auf 4%, für Einkommensanteile oberhalb von 100 Million Lire ist kein Beitrag mehr zu errichten.

Verdienst liege und die niedrigeren Beitragsanteile dadurch faktisch nochmals ermäßigt würden (Il Messaggero, 8.9.1987; Sivo 1989)⁶⁵. Demgegenüber protestierten die Selbständigen und Freiberufler heftig gegen die Einführung des Beitragssatzes von 7,5% und wurden vor allem von den Liberalen unterstützt (Il Messaggero, 21.7.1987, 25.7.1987, 7.10.1987). Beitragssenkungen für beide Gruppen wurden schließlich 1987 beschlossen und in den Folgejahren durchgeführt, wobei die Ermäßigung bei den Selbständigen weitaus deutlicher ausfiel als bei den abhängig Beschäftigten⁶⁶.

Tabelle 4.9: Entwicklung der Beitragssätze 1984-1989 (in %)

Jahr	abhängig Beschäftigte			Selbständige u. Freiberufler
	Arbeitnehmer	Arbeitgeber	insgesamt	
1984	1,00	Indust. / Handel 18,12 / 16,40	18,26 ^a	Pauschalbetrag
1986	1,35	9,6	10,95	Pauschalbetrag
1987	1,35	9,6	10,95	7,5
1988	1,05	9,6	10,65	6,5
1989	0,90	9,6	10,50	5,0

^a Mittelwert der Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile

Quellen: Für 1984: Commission of the European Communities (1985); für 1986: Il Messaggero 27.2.1986; für 1987-89: ISIS (1988/ 1/2/3)

Parallel zu dieser Entwicklung der Beitragssätze zeigt sich eine tendenzielle Verschiebung in den Finanzierungsblöcken des nationalen Gesundheitsfonds: der Anteil der direkten staatlichen Finanzierung steigt, während der Anteil des Beitragsaufkommens seit 1985 eher stagniert und

65 Bei einem Anteil von 69,7% an der Gruppe der gesamten Beitragszahler entfiel 1986 auf die abhängig Beschäftigten ein überproportionales Beitragsaufkommen von 80,4%, während die Selbständigen (24,6%) nur unterproportional (14,3%) zum Beitragsaufkommen beitrugen (Censis 1988: 466). Nach Piperno zeigt sich zudem stets ein umgekehrtes Verhältnis zwischen Beitragsaufkommen und Inanspruchnahme, d.h., daß die Selbständigen mit dem geringsten Aufkommen die meisten Leistungen beanspruchen (Piperno 1986a: 56).

66 Mit der Reduktion der Beiträge für die abhängig Beschäftigten sollte vor allem ein Ausgleich für die inflationsbedingte Erhöhung der Beiträge geschaffen werden.

in den letzten beiden Jahren sogar eine leicht rückläufige Tendenz aufweist.⁶⁷ Eine Umkehr in der Finanzierungspolitik hin zum englischen Modell der Steuerfinanzierung ist damit freilich keineswegs angezeigt, denn das Beitragsaufkommen bleibt auch mit einem unter 50% verringerten Anteil wichtigster Block in der Finanzierung des Gesundheitsfonds⁶⁸.

Der Anteil der staatlichen Finanzierungsmittel belief sich 1988 auf insgesamt ca. 53%.⁶⁹ Die verschiedenen in Tabelle 4.10 ausgewiesenen Finanzierungsquellen zeigen, daß davon nur knapp 22% direkt zur "staatlichen Ergänzungsfinanzierung des FSN" bestimmt waren⁷⁰, während die übrigen Finanzierungspositionen dem FSN über eine andere primäre Zweckbestimmung quasi indirekt zuflossen. Die größte dieser "indirekten" Finanzierungsquellen bilden die "fiskalisierten Sozialbeiträge" mit einem Anteil am FSN von 1988: 13,67%. Diese Einnahmen sind in erster Linie eine staatliche Subventionierung der Sozialabgaben von Unternehmen. Ursprünglich gedacht als Unterstützung für solche Unternehmen, die in wirtschaftlichen Schwierigkeiten stecken, haben sie sich jedoch keineswegs nur auf diesen Kreis beschränkt⁷¹. Von ca. 20% (1985) des Gesamtaufkommens ist der Anteil in den letzten Jahren allerdings auf unter 14% gesunken, wobei sich hier die gute gesamtwirtschaftliche Entwicklung positiv niederschlagen dürfte.

Der Anteil der direkten für den FSN bestimmten zentralstaatlichen Finanzierung hat sich demgegenüber parallel zum relativen Rückgang des Beitragsaufkommens erhöht und wird zuletzt auf über 20% des Finanzierungsaufkommens geschätzt. Die sinkende Fiskalisierung der Sozialabgaben wird dadurch mehr als kompensiert, so daß es per saldo nicht zu einer Verminderung, sondern zu einer Steigerung des zentralstaatlichen Engagements in der Finanzierung des nationalen Gesundheitsfonds

67 Vgl. dazu in Tabelle 4.10 die Entwicklung der Finanzierungsanteile in der Zeile "Beiträge" und derjenigen in der Zeile "staatliche Ergänzungsfinanzierung des FSN".

68 Wobei Aussagen über Entwicklungstendenzen erschwert werden durch die ständigen Brüche in der offiziellen Statistik des Ministeriums. Nachträglich verbuchte Ein- und Ausgänge verändern hier von Jahr zu Jahr die Basis, ohne daß die jeweils neuesten Veröffentlichungen die Veränderungen auf die vorangehenden Jahre zurückrechnen.

69 Dieser Anteil ergibt sich aus der Summe der in Tabelle 4.10 aufgeführten Finanzierungsanteile, ohne die Anteile für "Beiträge" und "diverse Einnahmen".

70 Ergänzung muß hier verstanden werden im Sinne einer Ergänzung zur bisherigen Hauptfinanzierungsquelle, den Arbeitgeber und Arbeitnehmerbeiträgen.

71 Diese Subventionierung des Arbeitgeberanteils bei den Sozialbeiträgen ist einer der Gründe, warum es keine bedeutendere Diskussion um die Höhe des Arbeitgeberanteils gegeben hat (Interview Nr. 16).

Tabelle 4.10: Finanzierung des nationalen Gesundheitsfonds (FSN) 1985-1988 (in Mrd. Lire)

Finanzierungsquellen	1985		1986		1987		1988 ^a	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Beiträge	19.668	45,33	25.540	53,97	26.484	48,56	28.039	45,46
Diverse Einnahmen	610	1,41	749	1,58	899	1,65	748	1,21
Fiskalisierung	8.958	20,64	8.160	17,24	7.420	13,60	8.445	13,69
Staatl. Finanzierung für Arme	3.471	8,00	3.786	8,00	4.363	8,00	4.934	8,00
Staatl. Finanzierung für öffentl. Hygiene	4.204	9,69	4.585	9,69	5.284	9,69	5.976	9,69
Staatl. Ergänzungsfinanzierung des FSN	6.482	14,94	4.500	9,51	10.090	18,50	13.536	21,95
Finanzierungsmittel insgesamt ohne lokale Eigenfinanzierung	43.393	100,00	47.320	100,00	54.540	100,00	61.678	100,00
Lokale Eigenfinanzierung	750		950		550		778	
Finanzierungsmittel insgesamt	42.643		46.370		53.990		60.900	

a vorläufige Bilanz

Quelle: Ministero per il Bilancio (1989)

kommt. Diese Steigerung erscheint dabei, wie bemerkt, derzeit nicht als Ergebnis einer staatlichen Strategie zur Umstellung der Finanzierungsbasis. Vielmehr ist sie Resultat der politischen Restriktionen, die eine Anpassung des Beitragsaufkommens an den steigenden Finanzierungsbedarf verhindern. Der Protest betroffener Beitragszahler wird freilich unterstützt durch die von der Regierung 1978 eingegangene Selbstverpflichtung, künftig die ungleiche Beitragsfinanzierung zugunsten einer allgemeinen Finanzierung aus dem Staatshaushalt abzuschaffen.

Somit geht der sinkende Anteil der Gesundheitsausgaben am Staatshaushalt (siehe Tabelle 4.8) einher mit einem zunehmenden Bedarf an direkten staatlichen Finanzierungsmitteln, die aus allgemeinen staatlichen Haushaltsmitteln, d.h. aus Steuern oder öffentlicher Verschuldung gedeckt werden müssen. Doch der politische Spielraum für Steuererhöhungen erscheint ebenso gering wie der für Beitragserhöhungen. Der Anteil der Einkommensteuer am gesamten Steueraufkommen gehört zu den höchsten

in Europa, wobei auch dieser Anteil weitgehend von den abhängig Beschäftigten aufgebracht wird angesichts der offenkundigen Steuerhinterziehung der anderen Einkommensgruppen (Nowotny 1987: 149; La Palombara 1988: 60; Dürke 1986: 60, 188)⁷². Bleibt der Ausweg über die Staatsverschuldung, deren Höhe jedoch ein Dauerproblem für den italienischen Staat bildet.

Eine Entschärfung des Finanzierungsproblems soll nun die fast jedes Jahr neu geregelte Selbstbeteiligungen über das sogenannte *Ticket* bringen (siehe Tabelle 4.11). Im Reformgesetz nicht vorgesehen wurde dieses *Ticket* bereits 1978 bei bestimmten Medikamenten eingeführt, 1982 ergänzt durch das *Ticket* für diagnostisch-instrumentelle Analysen und Laboruntersuchungen, 1983 für allgemeine ärztliche Verschreibungen, 1986 für den Besuch des Facharztes (Ferrera/ Zincone 1986: 188; Granaglia 1987: 297). Die Höhe der verschiedenen *Tickets* und die zugehörigen Ausnahmeregelungen veränderten sich ständig. Die Ausdehnung der Gebührenpflicht auf die verschiedenen Leistungsbereiche war dabei begleitet von einer Politik des "stop and go", bei der Anfang 1989 jedoch die geplante Einführung des *Tickets* für Krankenhausleistungen nach einer Welle des öffentlichen Protests und des angedrohten Generalstreiks zurückgenommen wurde. Die zuletzt am 15.1.1991 in Kraft getretene Neuregelung des *Ticket* sieht für den Arzneimittelbereich eine Senkung der Rezeptblattgebühr von 3.000 auf 1.500 Lire je Rezept vor, dafür wird die Obergrenze für die bislang bereits geltende Selbstbeteiligung in Höhe von 40% auf 40.000 Lire (vorher 30.000 Lire) heraufgesetzt⁷³. Ebenso wird der Höchstbetrag für die 30%ige Zuzahlung bei einer diagnostischen Leistung oder Laboranalyse von 30.000 auf 40.000 Lire heraufgesetzt (mindestens 1.000 Lire), bei mehreren gleichzeitig erforderlichen Leistungen wird der Höchstbetrag auf 80.000 Lire (zuvor 60.000 Lire) begrenzt. Die Zuzahlung für den Facharztbesuch bleibt unverändert bei 15.000 Lire (ISIS 1991/ 1/2: 25).

72 Damit verbundene Legitimationsprobleme für weitere Einkommensteuererhöhungen führen dazu, daß alljährlich der Ausweg über Bagatellsteuern und verschiedenste Ausgabenkürzungen gesucht wird, jeweils mit dem Hinweis auf eine anstehende, grundlegende Neustrukturierung des Finanzierungssystems (vgl. den Kommentar des ehemaligen Finanzministers Visentini in der Repubblica v. 31.3.1989).

73 10.000 Lire entsprechen zu diesem Zeitpunkt einem Wert von ca. 13 DM. Die prozentuale Selbstbeteiligung gilt erst für Arzneimittel ab einem Apothekenabgabepreis von 5.000 Lire.

Tabelle 4.11: *Ticket-Regelung ab 1978*

Jahr	Maßnahmen
1978	Einführung des <i>Tickets</i> für Medikamente mit Rückerstattungsmöglichkeit für Einkommensschwache.
1981	Erhöhung des <i>Tickets</i> für Medikamente. Befreiung vom <i>Ticket</i> je nach Höhe des Einkommens.
1982	Einführung des <i>Tickets</i> für Laborleistungen und Instrumentaldiagnosen.
1983	Erhöhung des <i>Tickets</i> für Medikamente. Erhöhung des <i>Tickets</i> für Laborleistungen und Instrumentaldiagnosen. Einführung des <i>Tickets</i> für Rezepte. Befreiung vom <i>Ticket</i> für Invaliden, Einkommensschwache, Organ- und Blutspender, Schwangere.
1984	Erhöhung des <i>Tickets</i> für Rezepte. Befreiung vom <i>Ticket</i> für Patienten mit bestimmten Krankheiten.
1986	Erhöhung des <i>Tickets</i> für Medikamente. Erhöhung des <i>Tickets</i> für Rezepte. Erhöhung des <i>Tickets</i> für Laborleistungen und Instrumentaldiagnosen. Einführung des <i>Tickets</i> für Facharztbesuche. Befreiung vom <i>Ticket</i> je nach Einkommen und Größe der Familie und für Einkommensschwache, die älter als 65 Jahre sind; weiterhin gültige Befreiung vom <i>Ticket</i> für Patienten mit bestimmten Krankheiten.
1987	Senkung des <i>Tickets</i> für Rezepte. Differenzierung des <i>Tickets</i> für Medikamente in Abhängigkeit ihres Preises (Pauschalbetrag). Abschaffung des <i>Tickets</i> für Laborleistungen, Instrumentaldiagnosen und Facharztbesuche.
1988	Erhöhung des <i>Tickets</i> für Rezepte. Differenzierung des <i>Tickets</i> für Medikamente in Abhängigkeit ihres Preises (prozentuale Beteiligung).
1989	Wiedereinführung des <i>Tickets</i> für Laborleistungen, Instrumentaldiagnosen und Facharztbesuche. Erhöhung des <i>Tickets</i> für Rezepte. Versuch der Einführung des <i>Tickets</i> für Krankenhausaufenthalte gescheitert.

Quellen: Ferrera/ Zincone (1986: 188); ISIS (1989/ 12; 1989/ 41)

Im Ergebnis führt die Selbstbeteiligung der Patienten zu Einsparungen bzw. Mehreinnahmen, die aber 2% des nationalen Gesundheitsfonds kaum übersteigen dürften⁷⁴. Das der Einsparungseffekt nicht größer ist,

74 Die *Ticket-Regelung* im Finanzierungsgesetz für 1986 war mit der Erwartung einer "Verbesserung" der Einnahmen/ Ausgabensituation von 915 Milliarden Lire verbunden und wurde dann korrigiert auf 743 Milliarden, was einen Anteil von ca. 1,8% bzw. 1,7% am geschätzten FSN bzw. an den geschätzten Gesamtausgaben ausmachte (Giannini 1986: 79).

liegt dabei auch an den Ausnahmeregelungen für bestimmte Benutzergruppen, wobei häufig über die ungerechtfertigte Ausdehnung der Ausnahmeregelung geklagt wird (vgl. ISIS 1989/ 43/44: 38/39). 1989 waren in ganz Italien durchschnittlich 21% aufgrund von den USL bescheinigten geringen Einkommen vom Ticket befreit (ISIS 1990/ 44: 13-18).⁷⁵ Ende 1990 reagierte die Regierung auf diese hohen Zahlen mit einer Neuregelung der Ausnahmebestimmungen, die den Kommunen die Möglichkeit nahm, ihre Einwohner durch die Ausstellung von Bedürftigkeitsbescheinigungen von der Zuzahlungspflicht zu befreien (ISIS 1991/ 1/2: 25).⁷⁶ Damit wird nun zwar einem Mißbrauch durch Gefälligkeitsbescheinigungen entgegengewirkt, andererseits müssen nunmehr die Kommunen im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht für die Zuzahlungen der wirklich Bedürftigen aufkommen (vgl. dazu die Diskussion in ISIS 1991/ 3: 19-22).

Die Entscheidung über die Gesamtfinanzierung des Gesundheitsdienstes erfolgt nun jährlich mit der Entscheidung über das Haushaltsfinanzierungsgesetz. In diesem Zusammenhang wird auch die Höhe der Beiträge und der *Tickets* festgelegt. Dabei kommt es zu politischen Auseinandersetzungen mit den Organisationen der Betroffenen, insbesondere mit den großen Gewerkschaften (CGIL, CISL, UIL).

B. Akteure

Der folgende Teil soll wiederum einen strukturierten Überblick über das Spektrum der Schlüsselakteure im italienischen Gesundheitssystem vermitteln. Zu den Schlüsselakteuren werden hier, wie bereits im Kapitel 2, Abschnitt B, die Akteurgruppen gezählt, deren Beziehung zueinander konstituierend ist für das Gesundheitssystem als gesellschaftliches Teilsystem. Unter dem Aspekt der *Leistungserbringung* stehen sich auch

75 Diese Zahlen beinhalten dabei nicht die ebenfalls befreiten Bezieher von geringen Renten und Sozialpensionen, deren Anspruch auf Befreiung bereits ohne kommunale Bescheinigung besteht.

76 Weiterhin von der Zuzahlung befreit bleiben Rentner und Empfänger von Sozialpensionen, deren Jahreseinkommen 18 Millionen Lire (Alleinstehende) bzw. 22 Millionen Lire (Verheiratete) nicht überschreitet. Chronisch bzw. schwer Erkrankte, Schwerbehinderte und Invalide sind ebenfalls grundsätzlich befreit, zahlen aber künftig die Rezeptblattgebühr.

hier die Gruppen der Anbieter und Nutzer von Gesundheitsleistungen gegenüber. Unter dem Aspekt der **Bereitstellung finanzieller Ressourcen** sind Finanzierer und Bezahler zu unterscheiden und unter dem Aspekt der **Normierung** die politischen Akteure, deren Funktion der Normsetzung ergänzt wird durch die Justiz, die die Normen auslegt und ihre Einhaltung überwacht.

Die normsetzende Funktion wird im italienischen Gesundheitssystem von den zentralstaatlichen und den regionalen **politischen Akteuren** wahrgenommen. Die Kompetenzen dieser Akteure gehen dabei über die bloße Regulierung hinaus, seitdem mit der Nationalisierung des Gesundheitsdienstes dessen Verwaltung vollständig in die staatliche Bürokratie integriert worden ist. Hierüber haben die politischen Akteure insbesondere auf der regionalen Ebene wesentlichen Einfluß auf die Organisation der Leistungserbringung und die Zugänglichkeit der Leistungen für die Nutzer. Zudem haben die politischen Akteure auf der zentralstaatlichen Ebene eine entscheidende Rolle bei der Ressourcenbeschaffung, indem sie die Aufbringung der Finanzmittel über Sozialbeiträge, Steuern, öffentliche Verschuldung und Gebühren regulieren. Die Regulierung der Verteilung dieser Finanzmittel obliegt wiederum den zentralstaatlichen und regionalen politischen Akteuren gemeinsam, während die Bezahlung der Leistungserbringer Aufgabe der lokalen Gesundheitseinheiten (USL) ist, in die die politischen Akteure auf der lokalen Ebene involviert sind. Insgesamt zeigt sich damit eine hohe Durchdringung des italienischen Gesundheitssystems durch die Akteure des politischen Systems.

Die politische Durchdringung des Gesundheitssystems geht in Italien einher mit einer vergleichsweise wichtigen Rolle der **Justiz** bei der Überwachung der Normeinhaltung insbesondere durch die Administration und die Leistungserbringer. Weniger ausgeprägt als in der Bundesrepublik Deutschland erscheint demgegenüber die Bedeutung der Gerichte bei der Auslegung der Ansprüche, die die Nutzer an die Leistungen des nationalen Gesundheitsdienstes stellen können.

Schlüsselakteure im Rahmen der Leistungserbringung sind insbesondere die Ärzte und die Krankenhäuser sowie die Arzneimittelhersteller und -vertreiber. Die **Ärzte** können im italienischen Gesundheitssystem sowohl innerhalb des nationalen Gesundheitsdienstes als Angestellte oder freiberufliche Vertragsärzte (konventionierte Ärzte) arbeiten, als auch außerhalb des Gesundheitsdienstes auf einem privaten, staatlich nicht regulierten Markt tätig sein. Dadurch verfügen die Ärzte des nationalen Gesundheitsdienstes in Italien über hohe Exit-Chancen, die von einer

großen Mehrheit genutzt werden, indem sie die Arbeit für den SSN mit einer privatärztlichen Tätigkeit kombinieren. Dabei bestimmen die im öffentlichen Sektor arbeitenden Ärzte nicht nur über die Menge der Leistungen des ambulanten und stationären Sektors, sondern sie haben auch einen wesentlichen Einfluß darauf, wie sich die Nachfrage auf die privaten und öffentlichen Leistungserbringer verteilt (vgl. Abschnitt C.1.3).

Die öffentlichen *Krankenhäuser* sind den lokalen Gesundheitseinheiten (USL) unterstellt und treten in der Gesundheitspolitik nicht als eigenständige Akteure auf, im Gegensatz zu den privaten, vertraglich mit den USL verbundenen Krankenhäusern. Letztere bilden ebenso wie die Ärzte autonome Organisationen, die mit den politischen Akteuren auf nationaler Ebene die Preise ihrer Leistungen aushandeln. Die Preise der Arzneimittel werden hingegen in einem bürokratischen Verfahren durch die Exekutive reguliert, die *Pharmaindustrie* liefert die dafür erforderlichen Unterlagen und Informationen, bleibt aber von der innerbehördlichen Entscheidung über die jeweiligen Preise formell ausgeschlossen (vgl. Abschnitt C.3.2).

Die *Gewerkschaften* üben im italienischen Gesundheitswesen eine doppelte Funktion aus. Als Vertreter der abhängig Beschäftigten nehmen sie zum einen die Interessen der Beschäftigten im Gesundheitswesen wahr, als Vertreter aller Arbeitnehmergruppen melden sie sich zu Wort, wenn es um die Frage der Finanzierung und insbesondere um die Höhe der Sozialbeiträge geht.

Die Interessen der *Patienten* sollten nach Absicht der Reformer durch die Delegierten in der Generalversammlung der USL "basisnah" vertreten werden. Die heutigen Kritiker sind sich jedoch einig, daß dieses Organ statt dessen zu einem Feld der Parteieninteressen geworden ist. Demgegenüber hat sich das 1980 gegründete "Tribunal für die Rechte der Kranken" (*Tribunale per i Diritti del Malato*) die Artikulation der Patienteninteressen zur Aufgabe gestellt. Mittlerweile erfährt diese Organisation durchaus Anerkennung auf nationaler Ebene, ohne aber einen wahrnehmbaren Einfluß auf die Gesundheitspolitik selbst auszuüben (vgl. ISIS 1990/ 36/37: 37).

Die zentralen Konfliktlinien im italienischen Gesundheitswesen verlaufen einmal innerhalb der staatlichen Gesundheitsbürokratie, und zwar zwischen der Zentralregierung auf der einen und den lokalen Gesundheitseinheiten auf der anderen Seite. Die Regionen nehmen dabei eine vermittelnde, ambivalente Rolle ein. Sie teilen einerseits das Interesse der lokalen Gesundheitseinheiten an einer möglichst hohen Zuweisung von Finanzierungsmitteln aus dem nationalen Gesundheitsfonds, zugleich

wollen sie gemeinsam mit der Zentralregierung das Verhalten der USL weitgehend kontrollieren. Die zweite Konfliktlinie verläuft demgegenüber zwischen der Zentralregierung auf der einen und den Leistungserbringern auf der anderen Seite. Im Kern dreht sich der Konflikt um die Preise bzw. Löhne, Gehälter und Honorare, die sämtlich auf nationaler Ebene ausgehandelt oder bürokratisch festgelegt werden. Quer zu dieser Konfliktlinie liegt das gegensätzliche Interesse von Ärzten und medizinischem Hilfspersonal. Wollen die Ärzte ihre relative Vorrangposition ausbauen und größere professionelle Unabhängigkeit gegenüber der staatlichen Gesundheitsbürokratie gewinnen, ist das medizinische Hilfspersonal daran interessiert, größere Eigenständigkeit vor allem gegenüber den Ärzten zu gewinnen und die Einkommensschere zur ärztlichen Profession nicht auseinandergehen zu lassen.

1. Politische Akteure

An der Spitze des nationalen Gesundheitsdienstes Italiens steht der Gesundheitsminister (*Ministro della Sanità*). Das Gesundheitsministerium besteht seit 1958. Mit der Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) hat der Gesundheitsminister einerseits eine Ausweitung seiner Zuständigkeiten auf Bereiche erfahren, die zuvor unter die Selbstverwaltung der Krankenkassen fielen. Andererseits mußte der Minister Kompetenzen an die Regionen abgeben, wovon speziell der Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens betroffen war, der vor der Reform dem direkten Weisungsrecht des Gesundheitsministers unterlag (Giannico 1984).

Zu den Kompetenzen des *Gesundheitsministers* im Rahmen des nationalen Gesundheitsdienstes gehört die Aufstellung des nationalen Gesundheitsplanes, die Leitung der Gehalts- bzw. Honorarverhandlungen mit den konventionierten Ärzten und den konventionierten Privatkliniken und die Beteiligung an den Lohnverhandlungen für die abhängig Beschäftigten im Gesundheitswesen (siehe auch Abschnitt A.5.1). Ferner hat er den Vorsitz in der Kommission zur Ausarbeitung des Arzneimittelhandbuchs inne, über die geregelt wird, welche Präparate ein Arzt zu Lasten des SSN verschreiben kann (Primicero 1984).

Bei den Verhandlungen über Löhne, Honorare und Tagessätze für Privatkliniken sind stets mehrere Akteure aus dem Bereich der Politik beteiligt. In keinem Fall ist es der Minister für Gesundheit oder auch der Minister für Arbeit und Sozialvorsorge (*Ministro del Lavoro e della*

Previdenza) allein, der die Verhandlungen leitet. Vielmehr wird die Zentralregierung in den Lohn- und Honorarverhandlungen stets von dem "Triumvirat" aus **Gesundheitsminister**, **Minister für Arbeit und Sozialvorsorge** und **Schatzminister** vertreten. Komplettiert wird die staatliche Verhandlungsdelegation durch die Vertreter der Regionen und der Kommunen. Die Vielzahl der Verhandlungsbeteiligten auf der Seite der staatlichen Arbeitgeber erfordert hier ein hohes Maß an gegenseitiger Abstimmung, wodurch die zügige Erreichung eines Verhandlungsergebnisses erschwert wird. Tatsächlich wurden seit der Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes die neuen Arbeitsverträge hier (wie auch in den anderen Sektoren des öffentlichen Dienstes) mit erheblichen Zeitverzögerungen von bis zu drei Jahren abgeschlossen. Für die Regierung hatte dies allerdings den positiven Effekt, daß Lohn- und Gehaltserhöhungen erst zu einem späteren Zeitpunkt haushaltswirksam wurden und den auf den öffentlichen Haushalten lastenden "fiskalischen Stress" vorübergehend reduzieren halfen.

In dem Bereich der originären Gesundheitspolitik ist der Gesundheitsminister in wichtigen Fragen verpflichtet, die Vorschläge des **Nationalen Gesundheitsrates** (*Consiglio Sanitario Nazionale*) anzuhören, der mit dem Reformgesetz von 1978 eingerichtet worden ist. Das Vorschlags- und Anhörungsrecht des Rates betrifft nicht nur die Aufstellung des nationalen Gesundheitsplanes, sondern auch die Entscheidung über grundlegende Richtlinien der Gesundheitspolitik. Außerdem legt der Rat alle drei Jahre einen Bericht zur Gesundheitslage des Landes vor, zu dem der Gesundheitsminister Stellung nehmen muß.

Die Ratsmitglieder werden auf Vorschlag des Gesundheitsministers vom Präsidenten der Republik für die Dauer von 5 Jahren ernannt. Der Rat setzt sich zusammen aus dem Gesundheitsminister als Vorsitzendem und weiteren 47 Ratsmitgliedern. 21 der Mitglieder sind Vertreter der Regionen, 13 Vertreter vom Gesundheitsministerium und von anderen betroffenen Ministerien, die restlichen 13 Mitglieder sind Vertreter von obersten Gesundheitsbehörden und anderen Expertengruppen. Die Regionen stellen damit den größten Mitgliederblock im nationalen Gesundheitsrat, ohne ihn jedoch majorisieren zu können.

Vor der Reform von 1978 war der **Oberste Gesundheitsrat** (*Consiglio Superiore di Sanità*) das eigentliche Beratungsgremium des Gesundheitsministers. Bereits 1945 war er beim damals zuständigen Innenministerium eingerichtet worden, um in Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens Vorschläge zu unterbreiten und Untersuchungen anzuregen. 1958

wurde er an das neu geschaffene Gesundheitsministerium angebunden. Seine Mitglieder sind Experten der Human- und Tiermedizin, die aus den Ministerien, den autonomen Behörden sowie den Universitätsinstituten stammen und sich dort mit der öffentlichen Gesundheit befassen. Überschneidungen mit dem Aufgabengebiet des Nationalen Gesundheitsrates sind offenkundig, doch die durch die Reform von 1978 erforderliche Neukonzeption für das ältere der beiden Beratungsgremien steht noch aus.

Von zentraler gesundheitspolitischer Bedeutung ist neben dem Nationalen Gesundheitsrat die **Kommission zur Ausarbeitung des Arzneimittel-Handbuchs**. Sie schreibt jährlich das Arzneimittel-Handbuch (*prontuario farmaceutico*) fort, das als Positiv-Liste all die Arzneimittel aufführt, die ein Arzt zu Lasten des nationalen Gesundheitsdienstes verschreiben kann. Bis zum 31.12. eines jeden Jahres soll das fortgeschriebene Handbuch vom Gesundheitsminister neu genehmigt werden. Die Mitglieder der Kommission werden für 3 Jahre vom Ministerpräsidenten ernannt, und zwar nach Anhörung des nationalen Gesundheitsrates. Die Kommission setzt sich zusammen aus dem Gesundheitsminister als Vorsitzendem, ferner dem Generaldirektor des Arzneimitteldienstes im Gesundheitsministerium, dem Direktor des obersten Gesundheitsinstitutes (*Istituto Superiore di Sanità*) und den dortigen Leitern der Laboratorien für Pharmakologie und für Arzneimittelchemie, 7 vom Gesundheitsminister benannten Sachverständigen aus dem Kreis von Universitätsdozenten und aus dem Kreis von Ärzten und Apothekern des nationalen Gesundheitsdienstes sowie einem Vertreter des Ministeriums für Industrie, Handel und Handwerk und zwei Experten für Gesundheitsökonomie. Weitere fünf Experten des Fachgebietes können von den Regionen vorgeschlagen werden. Die Kommission ist damit als unabhängiges Expertengremium konzipiert. Die unmittelbar von ihren Entscheidungen betroffene Pharmaindustrie kann hier allenfalls mittelbar Einfluß zu nehmen versuchen.

Die **Regionen** verfügen auf nationaler Ebene formal über kein autonomes Organ, über das sie gemeinsame gesundheitspolitische Belange gegenüber der Zentralregierung vertreten könnten. Im nationalen Gesundheitsrat stellen sie zwar den größten Stimmenblock dar, doch haben sie das Forum des Rates bisher offensichtlich nicht als Forum zur gemeinsamen Interessenvertretung nutzen können, zumal die vom Rat diskutierten Fragen die einzelnen Regionen in sehr unterschiedlicher Weise berührten. Demgegenüber hat sich auf informeller Ebene eine Kommission der regionalen **Gesundheitsassessoren** (*Riunione Assessori Regionali alla Sanità*)

gebildet, die über regelmäßige Zusammentreffen eine Koordination des gesundheitspolitischen Vorgehens anstrebt (vgl. ISIS 1989 /43/44: 16). Ein größeres politisches Gewicht hat diese Versammlung bisher jedoch nicht entwickeln können. Der Konzertierung gemeinsamer Interessen steht dabei nicht zuletzt die parteipolitische Bindung der jeweiligen Gesundheitsassessoren und deren unterschiedlich gute Zugangschancen zum Gesundheitsminister selbst entgegen. Denn wo der direkte Zugang eines Assessors zum Gesundheitsminister für eine effektive Lösung mancher regionaler Probleme sorgen kann, schwindet das Interesse an einer kollektiven Problemlösung⁷⁷.

In ihrem Verhältnis zur lokalen Gesundheitseinheit hat die Region die grundlegende Aufgabe, über entsprechende Gesetze die Organisation der Gesundheitsversorgung in den USL zu regeln. Die Gesetzgebung ist Sache der **Regionalregierung** (*Giunta regionale*) und des **Regionalparlaments** (*Consiglio regionale*), die Aufsicht über die laufende Arbeit der USL ist Sache der Regionalregierung und des Präsidenten der Region. Zu den Aufgaben der Exekutive gehört schließlich auch die Ausarbeitung der Konvention mit den Universitätskliniken, den öffentlichen und privaten klinischen Forschungseinrichtungen sowie mit den kirchlichen Krankenhäusern und privaten Kliniken. Ferner ist die Regionalregierung Beschwerdestelle gegen Anordnungen der USL speziell im Bereich der Arbeitsmedizin.

Während heute die Region die mittlere Ebene zwischen lokalen Gesundheitseinrichtungen und der Zentralregierung darstellt, war dies vor der Reform von 1978 die Ebene der **Provinzen**. In der Anfangsphase der Implementierung der Reform berieten die Provinzen die Regionen bei der Einteilung der Gebiete in lokale Gesundheitseinheiten und der Zuordnung der überörtlichen Spezialeinrichtungen. Heute spielt auf dieser Ebene nur noch der Provinzarzt eine wichtige Rolle, und zwar für die Organisation der Arzneimittelversorgung. Er legt die Anzahl von Apotheken auf seinem Gebiet nach einem nationalen Schlüssel (*pianta organica*) fest und erteilt die Konzession zu ihrer Führung.

77 Interview Nr. 10. In bezug auf die Frage, ob sich nach der Regionalisierung bei den Politikern auf dieser mittleren Ebene eine eigenständige kollektive Identität gebildet hat bemerkt Zariski generell (1987: 117): "The type of regional influence we have described thus far is often bypassed or undercut by direct agreements between national ministers and regional assessors in a given sector".

Die **Kommunen** als politische Akteure auf lokaler Ebene sind, anders als die Regionen, formal auf der nationalen Ebene zu einer Interessenorganisation zusammengeschlossen. Die **Nationale Versammlung der Kommunen** (*ANCI - Assemblée Nazionale dei Comuni Italiani*) ist bei der Aushandlung der Konventionen mit den privaten Ärzten und Krankenhäusern beteiligt⁷⁸. Ferner vertritt die ANCI auch die konsensfähigen Interessen der Kommunen bzw. USL außerhalb dieser Verhandlungen in der Öffentlichkeit, indem sie auf regelmäßigen Tagungen zu den Problemen der USL und der Gesundheitspolitik der Zentralregierung Stellung nimmt (ISIS 1988/ 4: 11, 1989/ 22: 10).

Prinzipiell liegt die Zuständigkeit für die lokalen Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung bei der USL und ihrem Präsidenten. Einige wenige Entscheidungskompetenzen sind jedoch beim Bürgermeister (*sindaco*) verblieben. So ist es Sache des Bürgermeisters, in dringenden Fällen Verordnungen im Bereich der öffentlichen Hygiene zu erlassen, und er hat das Recht zur zwangsweisen Ermittlung und Intervention in diesem Bereich. Zur Erfüllung seiner Aufgaben bedient er sich allerdings der Strukturen der USL.

2. Justiz

Das italienische Rechtssystem hat, anders als das deutsche, keine spezielle Sozialgerichtsbarkeit ausgebildet. Sofern ein Bürger seine Versorgungsansprüche gegenüber dem nationalen Gesundheitsdienst gerichtlich klären will, ist er hierfür an die normale **Zivilgerichtsbarkeit** verwiesen mit dem Verfassungsgerichtshof als höchster Instanz.

Große Aufmerksamkeit ziehen in der Öffentlichkeit die in Abständen durchgeführten polizeilichen Kontrollen auf sich. So ordnete der neue Gesundheitsminister De Lorenzo im Sommer 1989 kurz nach seiner Amtsübernahme eine "Blitz"-Aktion an, in der die ihm zugeordnete Spezialeinheit der Polizei *NAS (Nucleo Anti-Sofisticazioni*, wörtlich zu übersetzen als Anti-Verfälschungsgruppe) die Arbeit in den öffentlichen Versorgungseinrichtungen überprüfte. Aufgabengebiet dieser Sondereinheit

78 Eine eigene Vertretung hat zudem die Gruppe der zu "Berggemeinden" zusammengeschlossenen Dörfer in der Nationalen Vereinigung der Berggemeinden (*UNCEM - Unione Nazionale Comunità Enti Montani*). Dieser Verband ist speziell an der Aushandlung der Tagessätze mit privaten konventionierten Krankenhäusern beteiligt.

ist speziell die Kontrolle des Umgangs mit Lebens- und Arzneimitteln, was sich auch auf die Kontrolle der Arzneimittelbestände in öffentlichen Krankenhäusern und die Kontrolle der Arbeitsweise in den öffentlichen Laboratorien erstreckt (Il Messaggero, 23.3.1987b).

In anderen derartigen "Blitz"-Aktionen kontrolliert die Polizei in regelmäßigen Abständen und auf Veranlassung des zuständigen Ministers auch die Anwesenheit am Arbeitsplatz in den öffentlichen Einrichtungen. Hiervon ist der Bereich der Gesundheitsverwaltung ebenso betroffen wie die anderen Verwaltungszweige. Kontrolliert wird auf diese Weise die Anwesenheit von Ärzten und Pflegepersonal in den öffentlichen Krankenhäusern ebenso wie die Anwesenheit der Angestellten des Gesundheitsministeriums.

Die von der Polizei und vom *Rechnungshof* (*Corte dei Conti*) (siehe Abschnitt A.6.3) bei solchen Aktionen aufgedeckten kleinen und großen Betrügereien füllen die Presse und schüren die Überzeugung, daß im Bereich der Gesundheitsversorgung und -verwaltung vieles im Argen liegt und die hier verausgabten Mittel weitaus effizienter eingesetzt werden könnten.

3. Sozialpartner

Gewerkschaften und Arbeitgeber sind heute in keiner Weise mehr an der Verwaltung des nationalen Gesundheitssystems beteiligt, obwohl ein wesentlicher Teil der Finanzierungsmittel nach dem Modus des früheren Systems der gesetzlichen Krankenkassen über Sozialbeiträge aufgebracht wird. Übrig geblieben sind für die Vertretung der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberinteressen die gängigen politischen Einflußkanäle, wobei beide Gruppen an möglichst niedrigen Sozialbeiträgen interessiert sind. In regelmäßigen Abständen sind es hier insbesondere die konföderierten Gewerkschaften CGIL, CISL und UIL, die in der Öffentlichkeit eine gerechtere Finanzierung und eine grundlegende Neukonzeption der Gesundheitsfinanzierung verlangen (vgl. ISIS 1989/ 12 b: 27, 1989/ 23: 12).

4. Lokale Gesundheitseinheiten (USL)

Als Bezahler der Leistungserbringer nehmen die lokalen Gesundheitseinheiten (USL) Funktionen wahr, die zuvor in Italien von den gesetzlichen Krankenkassen erfüllt wurden. Der Preis der von den USL zu zahlenden Leistungen wird auf nationaler Ebene ausgehandelt, auf der die USL über die ANCI als Verband der italienischen Kommunen vertreten sind. Mit dieser indirekten Interessenvertretung der USL über die Kommunen wird der formal ungeklärte juristische Status der USL (vgl. D'Ambrosio/ Izzo 1988: 53) faktisch so gehandhabt, daß die USL nicht als selbständige Körperschaft, sondern als Organ der Kommunen gelten. Entsprechend ist es der Verband der Kommunen, der für die USL nicht nur bei den Vertragsverhandlungen teilnimmt, sondern sich nunmehr auch zu den Plänen einer Umstrukturierung der USL im Zuge der geplanten Reform des nationalen Gesundheitsdienstes äußert (ISIS 1989/ 21: 6).

5. Ärzte

Italien zeichnet sich durch eine besonders hohe Ärztedichte im Vergleich mit anderen westeuropäischen Ländern aus⁷⁹. 1985 waren insgesamt 237.579 Ärzte in das Verzeichnis der Ärztekammer eingeschrieben, womit auf je 240 Einwohner ein Arzt entfiel. Gegenüber dem Vorjahr war damit die Zahl der Ärzte um nahezu 5% gestiegen und im Vergleich zu 1970 um fast 144% (Il Medico d'Italia, April 1986). Nach den Prognosen der Ärztekammer wird sich dieser Anstieg in Zukunft ungebremst fortsetzen, wenn nicht, wie bereits in anderen westeuropäischen Ländern, der Numerus clausus für das Medizinstudium auch in Italien eingeführt wird (siehe Tabelle 4.12).

Ein großer Teil der neu auf den Arbeitsmarkt kommenden Ärzte kann freilich zunächst keine Arbeit im Rahmen des nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) finden. Denn anders als in der Bundesrepublik ist der Zugang zum "Patientenmarkt" des nationalen Gesundheitsdienstes begrenzt und die Ärzte können nur solche Positionen besetzen, die von

79 Vgl. Schneider u.a. (1989: Übersicht F.6.2). Allerdings bleibt unklar, wie die Zahl der berufstätigen Ärzte hier ermittelt worden ist. Angesichts der hohen Werte für arbeitslose Ärzte in Italien (s.u.) scheinen die bei Schneider u.a. ausgewiesenen Zahlen eher zu hoch angesetzt.

Tabelle 4.12: Entwicklung der Ärztedichte

Jahr	Ärzte	Einwohner pro Arzt
1975	123.900	448
1980	177.300	318
1982	202.700	279
1984	219.956	258
1991	300.925 ^a	191 ^a
1996	358.760 ^a	162 ^a
2001	416.588 ^a	140 ^a

^a Schätzung

Quelle: Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988: 93)

den politischen Akteuren zuvor im SSN eingerichtet worden sind. Laut Censis (1987: 601) standen 1985 insgesamt knapp 50.000 Ärzte in keiner Arbeitsbeziehung zum SSN⁸⁰, wobei ihre Zahl seit 1975 vor allem in den jüngeren Altersgruppen erheblich zugenommen hat. Die nationale Ärztekammer (FNOM) spricht in diesem Zusammenhang von ca. 35.000 arbeitslosen Jungärzten (Ärzte Zeitung, 21.5.1987).

Die steigende Ärztezahl führt, im Gegensatz zur Situation in der Bundesrepublik Deutschland, unter dem Regime des nationalen Gesundheitsdienstes zu keiner automatischen Expansion der Ausgaben für ärztliche Leistungen. Die Zugangsbegrenzung für Ärzte zum öffentlichen Gesundheitssystem ist dabei der eine kostenbegrenzende Faktor, das Honorierungssystem der andere. Denn die Ärzte des SSN werden auf der Grundlage von Pro-Kopf-Pauschalen, Stundensätzen und Gehältern bezahlt. In den Gehaltsverhandlungen schwächt zudem die hohe Zahl arbeitsloser Ärzte tendenziell die Position der Ärztegewerkschaften. Allerdings bilden die arbeitslosen Ärzte ein nicht völlig zu ignorierendes politisches Unruhepotential, zu dessen Beruhigung in den letzten 10 Jahren innerhalb des SSN neue Arbeitsbereiche mit neuen Arbeitsplätzen eingerichtet wurden. Im Zuge dieser Aktionen entstanden nach der Reform

80 Das entspricht 21% der im Verzeichnis eingeschriebenen Ärzte.

insgesamt 36.000 Arbeitsplätze als spezielle Einstiegspositionen für junge Ärzte, und zwar trotz der seit 1981 eingefrorenen Stellenpläne im SSN⁸¹.

Die Zahl der im Bereich des nationalen Gesundheitsdienstes arbeitenden Ärzte und ihre Aufteilung auf die verschiedenen Fachrichtungen ist anhand der vorliegenden Daten nur unzureichend zu ermitteln (vgl. auch Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 72). Zunächst liegen keine Angaben vor über die Gesamtzahl der für den SSN arbeitenden Ärzte. Die vom Gesundheitsministerium geführten Statistiken basieren auf dem Arbeits- bzw. Vertragsverhältnis als Erhebungseinheit und ein Arzt kann durchaus mehrere solcher Arbeitsbeziehungen mit dem SSN unterhalten, so daß eine bloße Aufsummierung der auf den jeweiligen Positionen arbeitenden Ärzte zu Doppel- und Dreifachzählungen führen würde. Ferner lassen die Statistiken keine, über die bloße Unterscheidung allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Dienste hinausgehende Differenzierung in einzelne Facharztgruppen zu⁸². Somit muß offenbleiben, inwieweit sich unter dem Regime des nationalen Gesundheitsdienstes der für die Bundesrepublik deutliche Trend hin zum Facharzt ebenfalls beobachten läßt, oder ob die in Italien anders gesetzten Einkommensincentives ein fachlich anderes Angebot an Ärzten zur Folge haben.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß der überwiegende Teil der praktizierenden, nicht-arbeitslosen Ärzte Italiens in irgendeiner Arbeitsbeziehung zum SSN steht. Denn selbst für einen Arzt, der den Schwerpunkt seiner Tätigkeit in der eigenen privaten Praxis hat, ist eine parallele Tätigkeit im nationalen Gesundheitsdienst ein wichtiger Weg zur Rekrutierung seiner Privatpatienten.

Die Statistiken des Gesundheitsministeriums unterscheiden die Ärzte zum einen nach der Art ihres Beschäftigungsstatus in angestellte und konventionierte Ärzte, zum anderen nach ihrem Tätigkeitsfeld innerhalb des SSN. Ein *angestellter Arzt (medico dipendente)* des SSN hat die Wahl zwischen zwei verschiedenen Vertragsformen: der Vollzeitbeschäftigung ("*tempo pieno*"), die ab 1988 mit einer Arbeitszeit von 36 Wo-

81 Siehe Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988: 64, 94). Danach wurden in diesem Zusammenhang u.a. der kinderärztliche Basisdienst (*pediatria di base*), der ärztliche Wachdienst (*guardia medica*) und zuletzt die Praktikantenstellen in der Allgemeinmedizin eingerichtet.

82 Hier können außerdem das aktuelle Arbeitsfeld und die fachliche Spezialisierung nicht übereinstimmen. So verfügen die als Allgemeinmediziner erfaßten Familienärzte nicht selten auch über eine fachärztliche Weiterbildung, die sie in einem zweiten Arbeitsverhältnis privat oder auch über eine Konvention als Facharzt in öffentlichen Ambulatorien ausüben könnten.

chenstunden verbunden ist und der Teilzeitbeschäftigung ("*tempo definito*") mit einer reduzierten Arbeitszeit von 27 Wochenstunden. Außerdem gibt es in begrenzten Fällen die Möglichkeit einer kurzzeitig befristeten Arbeit für ca. 3-6 Monate (*part-time*), durch die jedoch kein reguläres, tarifvertraglich gesichertes Angestelltenverhältnis konstituiert wird.

Ein *konventionierter Arzt* (*medico convenzionato*) behält seinen freiberuflichen Status bei und wird auf Vertragsbasis in die öffentliche Leistungsstruktur des SSN eingebunden. Die größte Gruppe unter den konventionierten Ärzten stellen die Allgemeinmediziner in ihrer Rolle als Vertrauens- bzw. Familienärzte dar. Ebenfalls zur ärztlichen Basisversorgung werden die Kinderärzte gezählt, die insgesamt jedoch die kleinste Gruppe unter den konventionierten Ärzten ausmachen. Die zweitgrößte Gruppe bilden hingegen die Fachärzte in den öffentlichen Ambulatorien des nationalen Gesundheitsdienstes (*assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna*). Die drittgrößte Gruppe der Ärzte ist im medizinischen Wachdienst (*guardia medica*) beschäftigt, welcher die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Notfällen übernimmt. Die Arbeit in diesem letzten Bereich bildet insbesondere für die jüngeren Ärzte vielfach den Einstieg in ein Arbeitsverhältnis mit dem SSN, was durchaus Kritik hervorgerufen hat, da die Notfallhilfe doch eine gewisse berufliche Erfahrung voraussetzt (siehe Tabelle 4.13).

In einer lediglich indirekten Arbeitsbeziehung zum SSN stehen hingegen solche Ärzte, die nicht über ein persönliches Anstellungs- oder Vertragsverhältnis mit dem SSN verbunden sind, sondern in medizinischen Einrichtungen arbeiten, die mit dem SSN konventioniert sind. Dazu zählen zum einen die privaten, externen konventionierten Ambulatorien (*assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata esterna*) und die Ärzte in den konventionierten Kliniken. Über die Zahl der hier beschäftigten Ärzte werden beim Gesundheitsministerium keine Daten erhoben, zumal diese Einrichtungen nach ihren Leistungen bezahlt werden.

Aus den Angaben über die angestellten Ärzte im nationalen Gesundheitsdienst lassen sich dennoch Rückschlüsse ziehen über das Verhältnis von Ärzten, die vorrangig in den öffentlichen Strukturen des SSN arbeiten zu den Ärzten, die neben ihrer Arbeit für den SSN teilweise oder überwiegend einer privatärztlichen Tätigkeit nachgehen. Denn laut Censis unterhielten 1985 ca. 20% der bei den Kammern eingeschriebenen Ärzte keinerlei Arbeitsbeziehung zum SSN, d.h. ca. 80% (190.000) aller Ärzte arbeiten auf die eine oder andere Weise für den SSN. 1985 waren davon ca. 74.700 (39%) in einem Angestelltenverhältnis. Die übrigen 61% der

Tabelle 4.13: Zahl der Ärzte in direkter Arbeitsbeziehung zum nationalen Gesundheitsdienst (SSN)

Ärzte	1985		1986		1987	
	n	USL ^a Basis	n	USL ^a Basis	n	USL ^a Basis
Angestellte Ärzte insgesamt	74.743	(95)	70.709	(92)	75.097	(96)
Vollzeitvertrag	44.613		42.678		46.239	
Teilzeitvertrag	28.496		26.745		27.781	
Kurzzeitvertrag	1.634		1.286		1.077	
Konventionierte Ärzte in der Grundversorgung insgesamt	60.762	(95)	59.869	(94)	58.939	(92)
Allgemeinmediziner	57.365		55.818		54.485	
Kinderärzte	3.397		4.051		4.454	
Konventionierte Ärzte im ärztlichen Wachdienst in internen Ambulatorien	18.044	(93)	18.253	(93)	18.242	(90)
	22.923	(91)	24.457	(90)	25.004	(91)

a Anteil der USL, deren Daten vorgelegen haben. Die Schwankung der Absolutwerte muß weitgehend auf die stets veränderte Basis der USL zurückgeführt werden.

Quelle: Zusammengestellt nach Ministero della Sanità (1986, 1987, 1988)

Ärzte (116.000) müssen demzufolge auf freiberuflicher Basis oder aber als angestellte Ärzte in einer privaten konventionierten Einrichtung für den SSN tätig gewesen sein. Damit wären die meisten der Ärzte, die eine Arbeit im Rahmen des nationalen Gesundheitsdienstes ausüben, von ihrem Status her private, freiberufliche Ärzte. Der Anteil zugunsten der privat-ärztlichen Tätigkeit vergrößert sich ferner, wenn man berücksichtigt, daß ca. 40% der abhängig beschäftigten Ärzte 1985 teilzeitbeschäftigt waren (*tempo definito*) und in der restlichen Arbeitszeit als private Ärzte arbeiten konnten⁸³. Zwischen den verschiedenen privaten und öffentlichen Arbeitsverhältnissen bestehen dabei faktisch keine Inkompatibilitäten.

Die *Interessenvertretung* der Ärzte wird grundsätzlich von drei verschiedenen Organisationen wahrgenommen: den Kammern als Selbstverwaltungskörperschaften der Profession, den "autonomen" Ärzteverbänden

83 Als private Ärzte können sie dann aber durchaus auch wieder für den SSN arbeiten, z.B. als Facharzt auf Konventionsbasis in einem öffentlichen Ambulatorium oder in einem privaten, konventionierten Laboratorium.

und den allgemeinen Gewerkschaften, die die Ärzte als eine Gruppe der abhängig Beschäftigten im öffentlichen Dienst vertreten.

Die Ärztekammern bilden hier wie auch in Deutschland das Organ der Selbstverwaltung der ärztlichen Profession. Jeder Arzt ist Pflichtmitglied in einer, auf Provinzebene organisierten *Ärztekammer (Ordine dei medici)*. Der Kammer obliegt die Ausübung des Disziplinarrechts, wobei sich die Selbstkontrolle sowohl auf das Verhältnis Arzt-Patient, als auch auf das Verhältnis Arzt-SSN bezieht. Die Berufung gegen einen Ausschluß aus der Kammer wird vor einem Ausschuß beim Gesundheitsminister verhandelt. Die einzelnen Ärztekammern sind auf nationaler Ebene zur "Nationalen Vereinigung der Ärztekammern" (*FNOM - Federazione nazionale degli Ordini dei Medici*) zusammengeschlossen. Die Ärztekammern führen das *Ärzteverzeichnis (albo)*, in dem sämtliche Ärzte Italiens mit ihren jeweiligen Qualifikationen eingetragen sind. Die FNOM ist zudem an den Gehalts- und Honorarverhandlungen auf nationaler Ebene in beratender Funktion beteiligt. Sie wird dort vor allem aktiv, wenn es um die "Wesensaspekte" der ärztlichen Berufsausübung oder Aspekte der ärztlichen Selbstverwaltung geht.

Als eigentliche Interessenvertretung der Ärzte treten in den Lohn- und Honorarverhandlungen vor allem die "*autonomen Gewerkschaften*" auf. Diese Organisationen erklären sich im Gegensatz zu den allgemeinen Gewerkschaften als parteipolitisch ungebunden und vertreten ausschließlich die Gruppe der Ärzte. Auffallendstes Merkmal der italienischen Ärztegwerkschaften ist ihre starke Zersplitterung in zahllose Organisationen. Jede Statusgruppe verfügt dabei über eine eigene Organisation und nicht selten konkurrieren dabei mehrere Gewerkschaften um die gleiche Mitgliederbasis und um die Beteiligung an den nationalen Gehalts- und Honorarverhandlungen. Elf autonome Gewerkschaften waren insgesamt 1987 zu den Verhandlungen über die Gehälter für die angestellten und die Honorare für die konventionierten Ärzte zugelassen. Zu den Unterzeichnern der Verträge mit den angestellten Ärzten gehörten:

ANAAO/SIMP	<i>Associazione Nazionale Aiuti e Assistenti Ospedalieri</i>
ANPO	<i>Associazione Nazionale Primari Ospedalieri</i>
FIMED	<i>Federazione Italiana Medici Dipendenti</i>
CIMO	<i>Confederazione Italiana dei Medici Ospedalieri</i>
ANMDO	<i>Associazione Nazionale dei Medici Direttori Ospedalieri</i>
SNAMI	<i>Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani.</i>

Unterzeichner der Vereinbarung für die konventionierten Ärzte waren zusätzlich zur bereits in der ersten Gruppe vertretenen SNAMI die:

FIMMG	<i>Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale</i>
ANMC	<i>Associazione Nazionale dei ex-Medici Condotti</i>
CUMI	<i>Confederazione Unitaria Medici Italiani</i>
SUMI	<i>Sindacato Unitario Medici Italiani</i>
FIMP	<i>Federazione Italiana Medici Pediatri</i>
SUMAI	<i>Sindacato Unitario Medici Ambulatoriali Italiani.</i>

Wer von den autonomen Gewerkschaften zu den Verhandlungen eingeladen wird, bestimmt der zuständige Minister. Ausschlaggebend ist das perzipierte Gewicht eines Verbandes, insbesondere seine Fähigkeit zur Mobilisierung größerer Teile der Ärzteschaft für einen Streik.

Unter der Vielzahl der autonomen Ärztegewerkschaften haben sich einige Wortführer herausgebildet. Für die Krankenhausärzte ist dies insbesondere die *ANAAO/SIMP*, in der 32.000 von ca. 70.000 Krankenhausärzten vertreten sind⁸⁴. Ihrem Führer Aristide Paci ist es gelungen, einen Teil der autonomen Gewerkschaften im Zusammenhang mit den Gehaltsverhandlungen von 1987 zu einem abgestimmten Vorgehen zu veranlassen. 1988 entstand hieraus die *COSMED (Confederazione Italiana dei Medici Dipendenti)* als gemeinsame Dachorganisation sieben autonomer Ärztegewerkschaften (ISIS 1989/ 3: 39). Nicht angeschlossen hat sich dieser Konföderation die *CIMO*, die als Konkurrenzverband zur ANAAO ca. 10.000 Krankenhausärzte organisiert. Außerhalb der Konföderation blieb ebenfalls die *ANPO* als Organisation von ca. 4-5.000 Chefärzten der Krankenhäuser.

Die gewichtigste Organisation für den Bereich der konventionierten Ärzte ist hingegen die *FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale)*, die die Allgemeinmediziner als größte Gruppe unter den konventionierten Ärzten vertritt⁸⁵. Ca. 3.000 Ärzte sind in ihr organisiert (mündl. Auskunft FIMMG). Ihr zur Seite steht die *SUMAI* als Vertreterin der konventionierten Fachärzte in den öffentlichen Ambulatorien.

Gleichzeitig mit den autonomen Gewerkschaften sind stets auch die drei großen, sogenannten konföderierten Gewerkschaften an den Gehalts-

84 Diese und die Zahlenangaben für die übrigen Verbände der abhängig beschäftigten Ärzte stammen von der ANAAO/SIMP (mündl. Auskunft).

85 Laut Vicarelli (1986: 115) hat sich diese Organisation 1985 gegründet mit dem Ziel, alle Ärzte zu organisieren, die in der Basisversorgung arbeiten.

verhandlungen für die angestellten Ärzte beteiligt: *CGIL* (*Confederazione Generale Italiana del Lavoro*), *CISL* (*Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori*) und *UIL* (*Unione Italiana del Lavoro*)⁸⁶. Die Ärzte stellen in diesen Organisationen eine Minderheit dar, so daß die Beteiligung der konföderierten Gewerkschaften in erster Linie dem politischen Gewicht dieser Organisationen Rechnung trägt.

Ergebnis der 1987er Verhandlungen war ein Einkommensanstieg für die Ärzte von bis zu 40%, durch den sich die Einkommensentwicklung diesmal deutlich von der des medizinischen Hilfspersonals abkoppelte. Dies ist eines der Anzeichen dafür, daß es der ärztlichen Profession in den letzten Jahren gelingt, ihre relative Position im Gesundheitswesen zu verbessern, nachdem die Reform von 1978 auf einen Abbau der Statusunterschiede ausgerichtet war. Dieser Richtungswandel zeigt sich auch im jetzigen Projekt zur Reform des nationalen Gesundheitsdienstes. Im vorliegenden Gesetzentwurf wird den Ärzten erstmals ein formaler Einfluß auf die Entscheidungen der lokalen Gesundheitsverwaltung eingeräumt, und zwar über die Einrichtung ärztlicher Beratungsgremien (ISIS/10: 2-11). Seit dem Sommer 1989 ist zudem das Amt des Gesundheitsministers in den Händen des liberalen Politikers De Lorenzo, der selbst von Haus aus Arzt ist.

Zwei unterschiedliche Entwicklungen dürften zu dieser Aufwertung der ärztlichen Profession beigetragen haben. Zum einen ist es den autonomen Ärztegewerkschaften in den letzten Jahren besser gelungen, ihre Positionen untereinander abzustimmen, so daß die Regierung die autonomen Gewerkschaften bei den Vertragsverhandlungen weniger leicht hat gegeneinander ausspielen können (Interview Nr. 14). Auf der anderen Seite hat die Krise der großen italienischen Richtungsgewerkschaften deren politisches Gewicht reduziert (Kreile 1986) und damit die Chancen für eine Einkommenspolitik verbessert, in der sich die Schere zwischen medizinischen und paramedizinischen Berufen wieder öffnen kann.

Zudem gehörten die linken Gewerkschaften, insbesondere die *CGIL*, zu den Führern der Reformbewegung, die schließlich 1978 die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes bewirkte. Diese Reform aber ist nunmehr in den Augen einer breiten Öffentlichkeit in Mißkredit geraten, und selbst die Linke beklagt den derzeitigen Zustand des Gesund-

86 Diese haben 1972 die *Federazione Unitaria* (Einheitsbund) begründet, aus der sich dann aber nicht die beabsichtigte einheitliche Dachorganisation entwickelt hat (vgl. dazu Kreile 1987).

heitssystem. Damit aber sind die Voraussetzungen gegeben, von einer Politik der Angleichung umzuschalten auf eine Politik der Differenzierung in der Hoffnung, mit den so geschaffenen größeren Anreizen für die ärztliche Profession auch die Qualitätsmängel des Systems zu beheben. Der daraus erwachsende Spielraum für die ärztliche Profession wird freilich eingeengt durch die parallelen Erwartungen an eine Effizienzsteigerung und die Maßnahme zur Kostenbegrenzung.

6. Zahnärzte

Die zahnärztliche Versorgung im nationalen Gesundheitsdienst Italiens ist Teil der ambulanten fachärztlichen Versorgung und, anders als in der Bundesrepublik, nicht als eigenständiger Versorgungsbereich ausdifferenziert. Zahlen über die im öffentlichen Gesundheitsdienst arbeitenden Zahnärzte liegen hier ebensowenig vor wie Zahlen für die Ärzte in den übrigen Facharztberufen, denn erfaßt werden von den Statistiken des Gesundheitsministeriums allein die in den öffentlichen Ambulatorien geleisteten Arbeitsstunden. Aufgeschlüsselt nach den Arbeitsstunden in den verschiedenen Disziplinen stand die zahnärztliche Versorgung 1982 mit einem Anteil von 11% an den insgesamt geleisteten Arbeitsstunden an dritter Stelle und war damit einer der wichtigsten Bereiche der fachärztlichen Versorgung (Rossi o.J.[1984]: 115).

Die Gesamtzahl der in das Verzeichnis der Ärztekammern eingetragenen Zahnärzte Italiens betrug im Dezember 1986 insgesamt 3.697 und entsprach damit einem Anteil von nur 1,6% aller italienischen Ärzte (*Il medico d'Italia*, Juni 1987). Der größte Teil dieser Zahnärzte dürfte dabei in einer privaten Praxis tätig sein, da dies die weitaus höheren Einkommenschancen bietet. Eine gleichzeitige Konvention mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist hier, anders als in den anderen Facharzt Disziplinen, keine Voraussetzung zur Rekrutierung des privaten Patientenkreises, da man in Italien traditionsgemäß sofort den privaten Zahnarzt aufsucht, wenn man es sich einkommensmäßig leisten kann (siehe Abschnitt A.4.1).

Die geringe Bedeutung des öffentlichen Gesundheitsdienstes für die italienischen Zahnärzte erklärt denn auch, warum Fachverbände der Zahnärzte wie die "Vereinigung der italienischen Zahnärzte" (*AMDI - Associazione Medici Dentisti Italiani*) bei den nationalen Gehalts- und Honorarverhandlungen keine erkennbare Rolle spielen.

7. Krankenhäuser

Die stationäre Versorgung im nationalen Gesundheitsdienst wird sowohl durch die öffentlichen Krankenhäuser als auch durch die konventionierten Kliniken sichergestellt. Die konventionierten Kliniken sind dabei keineswegs nur private, gewinnorientierte Unternehmen. Hier sind vielmehr zwei Gruppen zu unterscheiden. Zum einen gibt es die Kliniken, die obligatorisch konventioniert sind, weil sie auch als quasi öffentliche Einrichtungen betrachtet werden können. Hierzu zählen u.a. die Universitätskliniken, andere klinische Einrichtungen mit wissenschaftlichem Charakter sowie kirchliche Krankenhäuser, die in ihrer internen Struktur den öffentlichen Krankenhäusern entsprechen. Zum anderen gibt es die privaten Kliniken (*case di cura private*), die gemeinnützig oder gewinnorientiert sind und von der Region in die Gruppe der konventionierten Einrichtungen aufgenommen werden können.

Von der letzteren Gruppe der privaten Kliniken sind ca. 90% konventioniert (Granaglia 1987: 303). Mithin ist nur ein kleiner Anteil privater Kliniken überhaupt nicht in die öffentliche Versorgungsstruktur eingebunden.

Im Jahr 1986 gehörten insgesamt 1.729 Krankenhäuser zu dieser gemischten Versorgungsstruktur des SSN. Davon waren 65% öffentliche Krankenhäuser, die einen überproportionalen Anteil von 85% aller Betten auf sich vereinigen. Dem standen 35% der privaten Krankenhäuser gegenüber mit einem unterproportionalen Bettenanteil von 15,9% (siehe Tabelle 4.14).

Die Bettendichte ist dabei in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen, und zwar von 1981: 9,5 Betten pro Tausend Einwohner auf 1984: 7,8 (siehe Tabelle 4.15). Dieser Rückgang betrifft nahezu ausschließlich die öffentlichen Krankenhäuser. Die regionalen Unterschiede in der Bettendichte wurden hierdurch nicht beseitigt, denn der Bettenabbau fand gleichzeitig in Regionen mit einer Bettendichte oberhalb als auch unterhalb des italienischen Mittelwertes statt.

Bereits vor der Reform von 1978 verfügten die öffentlichen Krankenhäuser über keine eigene Interessenorganisation und waren somit als korporative Akteure auf dem Feld der Gesundheitspolitik nicht vertreten. Daran hat sich durch die Reform von 1978 nichts geändert. Die öffentlichen Krankenhäuser sind seitdem vollständig in die Verwaltungsstruktur der USL integriert und somit kann allein die USL für die eigenen Krankenhäuser aktiv werden.

Tabelle 4.14: Öffentliche und konventionierte Krankenhäuser 1986

	Krankenhäuser		Bettenzahl	
	abs.	%	abs.	%
öffentlich	1.123	65,0	365.761	84,1
privat	606	35,0	69.319	15,9
Gesamt	1.729	100,0	435.080	100,0

Quelle: nach Censis (1987: 584)

Tabelle 4.15: Entwicklung der Bettendichte 1981-1984

	Norditalien	Mittelitalien	Süditalien und Inseln	Italien insgesamt
Betten pro 1000 Einwohner				
1981	10,4	10,8	8,5	9,5
1982	10,0	9,9	7,8	9,0
1983	8,6	8,8	6,9	8,1
1984	8,3	8,5	6,8	7,8
öffentliche Betten pro 1000 Einwohner				
1981	9,2	8,9	7,0	8,1
1982	8,8	8,6	6,4	7,7
1983	7,5	7,0	5,6	6,7
1984	7,2	6,7	5,5	6,5
private Betten pro 1000 Einwohner				
1981	1,2	1,9	1,5	1,4
1982	1,2	1,3	1,4	1,3
1983	1,2	1,8	1,3	1,3
1984	1,1	1,8	1,3	1,3

Quelle: nach Censis (1986: 348)

Demgegenüber sind die privaten Krankenhäuser auf nationaler Ebene in zwei Interessenverbänden zusammengeschlossen. Zum einen ist dies die *AIOP (Associazione Italiana degli Ospedali Privati)* als Vereinigung der privaten laizistischen Krankenhäuser, zum anderen die *ARIS (Associazione degli Ospedali Privati Religiosi)* als Vereinigung der privaten kirchlichen Krankenhäuser. Beide Verbände vertreten die Interessen ihrer

Mitglieder, wenn die Tagessätze auf nationaler Ebene mit der Regierung ausgehandelt werden (siehe Abschnitt C.2).

8. Pflegepersonal

Die prekäre Datenlage über die Personalstruktur im nationalen Gesundheitsdienst Italiens erschwert auch Aussagen über die langfristige Entwicklung des Pflegepersonals. Zwar weisen die Daten des Gesundheitsministeriums neben den Zahlen der abhängig beschäftigten Ärzte auch die der Krankenpfleger aus, doch hier wie dort ist die Datenübermittlung der USL von Jahr zu Jahr schwankend. Offen bleibt daher, in welchem Ausmaß die Abweichungen der Absolutwerte vom Vorjahreswert auf die Veränderungen in der Zusammensetzung und der Größe des Samples der USL zurückzuführen sind.

Mit Vorbehalt ist somit anhand dieser Daten für die Zeit von 1985 bis 1987 ein Anstieg des im nationalen Gesundheitsdienst beschäftigten Krankenpflegepersonals zu konstatieren (siehe Tabelle 4.16). Dieser Zuwachs vollzieht sich nach den vorliegenden Werten parallel zu einer verbesserten Relation zwischen Krankenpflegepersonal und Patienten. Diese Verbesserung ist jedoch auch Ergebnis einer rückläufigen Inanspruchnahme der öffentlichen Krankenhäuser (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 71; siehe auch Abschnitt C.2).

Die Entwicklung des Krankenpflegepersonals war in den Jahren seit 1973 insgesamt erheblichen Schwankungen ausgesetzt (siehe Tabelle 4.17). Die größten Zuwachsraten waren mit 10% Anfang der 70er Jahre zu verzeichnen, mit dem Übergang zum nationalen Gesundheitssystem ging der Zuwachs zurück und 1983 und 1984 wurden die Veränderungen sogar negativ⁸⁷. Dennoch hat sich in dieser Zeit das Verhältnis von Pflegepersonal zu Krankenhausbetten kontinuierlich verbessert, was auf den ebenso kontinuierlichen Abbau der Krankenhausbetten zurückzuführen ist.

Insgesamt lassen die vorliegenden Werte erkennen, daß die langfristig zu beobachtende Zunahme des Pflegepersonals in Italien sowohl zu

87 Die von Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988) auf der Basis der ISTAT-Werte berechnete Personalentwicklung (siehe Tabelle 4.21) weicht in den absoluten Werten erheblich von den in Tabelle 4.17 wiedergegebenen Berechnungen des Instituts Censis ab, zeigt aber einen ähnlichen Entwicklungsverlauf.

Tabelle 4.16: Das Krankenpflegepersonal im öffentlichen Gesundheitsdienst 1985-1987

	USL Basis ^a	1985	USL Basis ^a	1986	USL Basis ^a	1987
Krankenpflege- personal insgesamt	(95)	197.483	(92)	199.818	(96)	212.512
Patienten pro Krankenschwester/ -pfleger	(95)	266	(92)	264	(96)	259

a Anzahl der USL, deren Daten vorgelegen haben. Die Schwankung der Absolutwerte muß weitgehend auf die stets veränderte Basis der USL zurückgeführt werden.

Quellen: Ministero della Sanità (1986, 1987, 1988)

Tabelle 4.17: Entwicklung des Krankenpflegepersonals 1973-1984

Jahr	Krankenpflegepersonal insg.		Zahl der Krankenschwestern/Pfleger je 10 Betten
	abs.	% Vorj.	
1973	140.932	10,1	0,9
1974	155.119	10,0	1,1
1975	160.055	3,2	1,1
1976	167.781	4,8	1,2
1977	171.855	2,4	1,3
1978	179.958	4,7	1,4
1979	186.195	3,5	1,3
1980	191.756	2,9	1,5
1981	193.758	1,0	1,8
1982	196.562	1,4	2,2
1983	191.725	-2,5	2,4
1984	182.505	-4,8	2,5

Quelle: Censis (1986: 369, Ausarbeitung auf der Grundlage von ISTAT-Werten)

einer Verbesserung des Beschäftigungsstandes als auch zu einer Verbesserung der Pflegesituation in den öffentlichen Krankenhäusern geführt hat. Die Personalausweitung ging dabei allerdings mit einer Senkung der Arbeitszeit im Jahre 1983 von 40 auf 38 Stunden einher, so daß die reale Verbesserung der Pflegesituation geringer ausgefallen ist, als die zahlenmäßigen Zuwächse zunächst vermuten lassen. Die Neueinstellungen erfolgten trotz des 1982 eingefrorenen Stellenplans und des ab 1983 von der Zentralregierung verfügten Einstellungsstopps. Die Regionen haben

offensichtlich die ihnen verbleibenden Spielräume zur Personalausweitung genutzt, um den Effekt der Arbeitszeitverkürzungen aufzufangen.

Das Pflegepersonal selbst wird, ähnlich wie das Pflegepersonal in der Bundesrepublik auch, in den nationalen Gehaltsverhandlungen durch die großen allgemeinen Gewerkschaften CGIL, CISL und UIL vertreten.

9. Arzneimittelhersteller und -vertreiber

1982 gehörte Italien zu den sieben Ländern, die zusammen 80% der gesamten Arzneimittelproduktion innerhalb der OECD erstellten. Der Anteil der italienischen Arzneimittelproduktion belief sich dabei auf 0,95% des italienischen Bruttonationalproduktes und blieb damit um einen Prozentpunkt hinter dem vergleichbaren deutschen Wert zurück. Im Zeitraum von 1970 bis 1982 war die italienische Produktion dabei merklich expandiert, blieb allerdings auch hier hinter der Expansion der deutschen Pharmaproduktion zurück⁸⁸.

Auffallendes Strukturmerkmal der italienischen Arzneimittelproduktion ist ihr geringer Exportüberschuß, an dem sich im Zeitraum von 1970 bis 1982 kaum etwas geändert hat. Sowohl die Importe als auch die Exporte haben sich dabei im Vergleich zu anderen Ländern mäßig entwickelt⁸⁹. Der geringe Exportüberschuß ist dabei in erster Linie auf die mäßige Exportentwicklung im Beobachtungszeitraum zurückzuführen, der nicht zuletzt auch das schlechte Abschneiden der italienischen Arzneimittelinnovationen auf dem Weltmarkt widerspiegeln dürfte (Chew/ Teeling-Smith/ Wells 1985: 24, 43, 67). 1987 hat sich die Situation für die italienische Pharmaindustrie nicht verbessert, sondern eher verschlechtert. Der Export ist im Vergleich zum Vorjahr stark zurückgegangen und der Anstieg des Inlandsumsatzes konnte diesen Rückgang nicht ausgleichen, so daß es zu einem volumenmäßigen Rückgang in der Gesamtproduktion gekommen ist. Man spricht von ersten Anzeichen einer Krise der italienischen Pharmaindustrie. Die Entwicklung steht damit im Gegensatz zum

88 Der Index der Produktion in konstanten Preisen stieg für Italien von 100 auf 130 Indexpunkte an, für die Bundesrepublik Deutschland von 100 auf 145 (Chew/ Teeling-Smith/ Wells 1985: 19).

89 Vgl. auch Rigioni/ Griffiths/ Laing (1986: 23), wonach der italienische Arzneimittelmarkt durch einen äußerst geringen Anteil an ausländischen Direkteinfuhren gekennzeichnet ist.

allgemeinen Aufwärtstrend in den anderen Industriezweigen Italiens (Censis 1988: 531).

Zu Beginn der 1980er Jahre wurden 30 der insgesamt 345 italienischen Pharmaunternehmen zu den "großen" Unternehmen gezählt, womit Italien in diesem Sektor eine der Bundesrepublik Deutschland ähnliche Unternehmenskonzentration aufweist (Chew/ Teeling-Smith/ Wells 1985: 21). Zusammengeschlossen sind die Unternehmen der Pharmaindustrie im Verband der *Farmindustria*. Bei der Festsetzung der Arzneimittelpreise durch die interministerielle Preiskommission sind Vertreter der Industrie formal in keiner Weise beteiligt (siehe dazu Abschnitt C.3.2).

Der Arzneimittelvertrieb wurde in Italien 1980 durch 220 Großhandelsunternehmen und 14.171 Apotheken abgewickelt. Eine geringe Zahl von 1.030 (7%) der Apotheken wurde dabei von den lokalen Gesundheitseinheiten selbst betrieben. Auch einige der größeren öffentlichen Krankenhäuser haben Apotheken sowohl für die Versorgung der ambulanten Patienten als auch für den allgemeinen Verkauf. Die überwiegende Mehrzahl der Apotheken wird jedoch von privater Hand betrieben (Brenna 1984: 177). Rechnet man die Zahl der Apotheken um auf die Bevölkerungszahl (Volkszählung 1981), so ergibt sich eine vergleichsweise geringe Apothekendichte von 1/3.900 Einwohnern. Hieran dürfte sich nach 1980 kaum etwas geändert haben, da die Einrichtung einer Apotheke lizenzpflichtig ist und diese Lizenz wiederum an die Einwohnerzahl in einem bestimmten Gebiet gebunden ist (siehe Abschnitt C.3). Die Apotheker selbst sind Mitglieder der *Apothekerkammern*, die wie die Ärztekammern auf der Ebene der Provinzen organisiert sind und auf nationaler Ebene die Föderation der Apothekerkammern (*Federazione degli Ordini dei Farmacisti*) bilden. Die wirtschaftlichen Interessen derjenigen Apotheker, die selbständig eine Apotheke leiten, werden durch die *Federfarma* (*Federazione Nazionale Unitaria dei Titolari di Farmacia Italiani*) auf nationaler Ebene vertreten.

C. Leistungsbereiche und Regelungsmechanismen

Im folgenden werden drei zentrale Leistungsbereiche des Gesundheitssystems näher analysiert: die ambulante Versorgung, die stationäre Versorgung und die Arzneimittelversorgung. Dabei geht es zum einen um die

Deskription der speziellen Regelungs- und Abstimmungsmechanismen, die über die Infrastruktur des Leistungsangebots entscheiden und die Prozesse der Preisbildung bestimmen, zum anderen um eine Deskription der aktuellen Versorgungssituation und ihrer spezifischen Probleme.

1. Ambulante Versorgung

1.1 Infrastruktur

Die ärztliche Grundversorgung erfolgt ausschließlich durch die (privaten) konventionierten Allgemeinmediziner und Kinderärzte (Basismedizin). Die fachärztliche Versorgung kann demgegenüber unter verschiedenen Rahmenbedingungen stattfinden: zum ersten durch den angestellten Arzt in den Ambulatorien der öffentlichen Krankenhäuser (direkte öffentliche Leistungserbringung), zum zweiten durch konventionierte Fachärzte in den Krankenhausambulatorien oder den öffentlichen, USL-eigenen Ambulatorien (konventionierte interne fachärztliche Versorgung) und zum dritten durch Ärzte in privaten konventionierten Facharztpraxen (konventionierte externe fachärztliche Versorgung).

Die Rahmenplanung für die ambulante ärztliche Versorgung erfolgt über den nationalen Gesundheitsplan, der grundlegende Standards wie z.B. die Ärztedichte festlegt. Richtwert für die Stellen in der Basisversorgung ist ein Verhältnis von einem Allgemeinmediziner zu je 1.500 Einwohnern. Die Konkretisierung dieser Vorgaben obliegt der regionalen Gesundheitsplanung, die die Stellenpläne für die Ärzte in der Basisversorgung erarbeitet und Konventionen mit externen Ambulatorien abschließt. Hierbei haben die Regionen einen relevanten Spielraum, um auf das Verhältnis von öffentlichen und privaten Leistungserbringern Einfluß zu nehmen. Die unterschiedliche Nutzung dieses Spielraums führt zu bedeutenden Unterschieden in der regionalen Versorgungsstruktur, wobei die privaten Anbieter vor allem im Süden überdurchschnittlich vertreten sind, und zwar in der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung⁹⁰.

Im Bereich der medizinischen Grundversorgung werden die freien Stellen für Allgemeinmediziner und Kinderärzte zweimal im Jahr durch

90 Im ambulanten Bereich zeigt sich dies in den vergleichsweise hohen Ausgaben in Südtalien für konventionierte externe Dienste, siehe Tabelle 4.19.

die Region öffentlich ausgeschrieben. Die Interessenten müssen an einem Wettbewerb (*concorso*) um diese Stellen teilnehmen, der von den jeweiligen USL veranstaltet wird. Über den Erfolg entscheidet die Punktzahl, die der jeweilige Arzt in einer regional geführten Rangliste (*graduatoria*) erreicht. Die Punktzahl ergibt sich dabei zum einen aus der Bewertung der absolvierten Aus- und Fortbildungsziele, zum anderen aus der Bewertung der bisherigen ärztlichen Tätigkeiten im SSN sowie der Zeit, die seit dem Universitätsabschluß vergangen ist. Der ausgewählte Arzt muß dann in einer Frist von 60 Tagen in dem angewiesenen Gebiet eine Praxis eröffnen, die über eine bestimmte, genau festgelegte Mindestausstattung verfügt.

Regional ausgeschrieben wird ebenfalls der Facharztbedarf in den jeweiligen USL, allerdings in Stundenzahlen und nicht in Form von Positionen. Der Auswahl neuer Bewerber geht wiederum die Aufstellung einer Rangliste voraus, und die Bewerber mit der höchsten Punktzahl werden vom Gesundheitsassessor der Region mit der Arbeit betraut. Die Übernahme der Arbeit ist an die Bedingung geknüpft, daß der Ausgewählte innerhalb einer bestimmten Frist seinen Wohnsitz in den Bereich der Versorgungseinrichtung legt, an dem er seiner Facharztztätigkeit nachgehen soll.

Für die Ärzte in der Basisversorgung und die Fachärzte in den öffentlichen Ambulatorien gelten formal bestimmte Inkompatibilitätsregeln, d.h. ihre jeweilige Arbeit gilt als unvereinbar mit bestimmten anderen Tätigkeiten im Gesundheitsdienst, die vertraglich genau umschrieben sind. In der Realität gelten diese formalen Beschränkungen nicht, d.h. ein Arzt kann verschiedenste Arten von Beschäftigungsverhältnissen miteinander kombinieren, und zwar auch im Rahmen des SSN selbst.

1.2 Die Honorierung der Ärzte

Die Einstellungs-, Arbeits- und Entlohnungsmodalitäten der konventionierten Ärzte werden alle drei Jahre neu auf nationaler Ebene verhandelt. Das Reformgesetz bestimmt als Verhandlungspartner (Art. 48):

- die Regierung, vertreten durch den Gesundheitsminister, den Minister für Arbeit und Sozialvorsorge sowie den Schatzminister,
- die Regionen, vertreten durch 5 Repräsentanten, bestimmt durch die interregionale Kommission,

- die nationale Vereinigung der italienischen Kommunen (ANCI) mit 6 Vertretern und
- die Gewerkschaftsorganisationen, die auf nationaler Ebene den größten Grad an Repräsentativität haben.

Die nationale Vereinigung der Ärztekammern (FNOM) ist an den Vertragsverhandlungen insofern beteiligt, als es um Wesensmerkmale der Profession geht, z.B. bei der Führung und Bewertung der Rangliste, welche eine der Grundlagen für die Einstellungsverfahren bildet.

Grundsätzlich werden die **Ärzte in der Basisversorgung** - der Allgemeinarzt und der Kinderarzt - mit einer Pro-Kopf-Pauschale entlohnt. Sie richtet sich nach der Zahl der Patienten, die den jeweiligen Arzt zum Vertrauens- bzw. Familienarzt gewählt und sich bei der USL in seiner Liste eingetragen haben. Die Höchstgrenze für den Allgemeinmediziner beträgt 1.500, in besonderen Fällen 1.800 Patienten⁹¹, für den Kinderarzt 800 Patienten. Diese Obergrenzen, die im Prinzip seit der Einführung der Reform gelten, waren in der Praxis jedoch zunächst nicht durchsetzbar, und auch heute betreuen Kinderärzte im Durchschnitt weitaus mehr Personen als vorgesehen, Allgemeinmediziner unterschreiten hingegen i.d.R. die gesetzte Norm (siehe Tabelle 4.18).

Vor der Reform kam es nicht selten vor, daß Allgemeinärzte durch Konventionen mit verschiedenen Krankenkassen bis zu 3.000 Patienten hatten. Diese Patientenzahl konnten sie zunächst auch nach der Reform noch beibehalten, verbunden mit einer entsprechend höheren Entlohnung. Eine endgültige Durchsetzung der Maximalgrenzen wurde erst zum 1.1.1988 von den USL-Verwaltungen durchgesetzt. Insgesamt zeigt sich jedoch, daß die durchschnittliche Ärztedichte mit weniger als 900 Patienten pro Arzt den Richtwert von 1:1.500 weit unterschreitet, was nicht zuletzt als Reflex auf die hohe Ärztearbeitslosigkeit in Italien zu werten ist. Die Allgemeinmediziner übernehmen dabei i.d.R. die Betreuung der Kinder unter 12 Jahren, was nicht zuletzt dazu beiträgt, einer höheren "Unterbeschäftigung" unter den konventionierten Familienärzten vorzubeugen (gemessen am Standard der Ärztedichte von 1:1.500).

Zu dem Pauschalhonorar kommen als weitere Honorarbestandteile eine Reihe von Pauschalaufschlägen und eine Kompensation für bestimmte, qualifizierte Eingriffe. Das Jahresgehalt eines Allgemeinmediziners

91 Die erhöhte Obergrenze gilt vor allem für die älteren Ärzte mit langjähriger Berufstätigkeit.

Tabelle 4.18: Ärztedichte in der ambulanten Grundversorgung 1987

Region	USL Basis	Patienten 0-12 J. je Kinderarzt	Patienten älter als 12 J. je Allgemeinmediziner	Patienten insg. je Arzt in der Grundversorgung
Piemont	100	1.051	768	792
Aostatal	100	2.069	938	998
Lombardei	100	2.360	943	1.020
Auton. Prov. Bozen	100	3.597	1.760	1.916
Auton. Prov. Trient	100	2.182	1.178	1.254
Venetien	100	1.845	1.062	1.128
Friaul J.V.	100	1.942	896	952
Ligurien	100	815	765	770
Emilia-Romagna	100	1.074	989	997
Toskana	98	932	867	873
Umbrien	92	1.429	947	991
Marken	100	1.815	929	994
Latium	100	2.482	722	816
Abruzzen	93	1.219	834	872
Molise	100	5.260	797	916
Kampanien	97	2.616	533	625
Apulien	100	2.045	824	926
Basilikata	100	2.878	865	980
Kalabrien	97	4.232	789	933
Sizilien	79	1.491	799	867
Sardinien	91	2.581	912	1.055
nationaler Wert	97	1.791	818	888

Quelle: Ministero della Sanità (1988: 108)

setzt sich mit Inkrafttreten der Vereinbarung von 1987 zusammen aus:

- dem Grundhonorar (gestaffelt nach Jahren seit dem Universitätsabschluß: 20.329-26.293 L im Jahr pro Patient),
- einem Aufschlag für besonderes berufliches Bemühen um einen Patienten (gestaffelt, max. 2.707 L im Jahr pro Patient),
- einem Zuschlag für volle Verfügbarkeit, d.h. dafür, daß der Arzt keiner anderen Tätigkeit mehr nachgeht (gestaffelt, max. 3.181 L im Jahr pro Patient),
- einer Pauschale für ein allgemeines "Berufsrisko" (max. 10.822 L im Jahr pro Patient),
- einem Beitrag zum Praxisunterhalt (10.822 L im Jahr pro Patient),

- einer Einzelleistungsvergütung für bestimmte qualifizierte Maßnahmen (5.000 bis max. 140.000 L, insgesamt 31 Positionen),
- einem Ausgleich bei Erhöhung der Lebenshaltungskosten, die jedoch nicht die volle Anpassung an laufende Inflationsraten sicherstellt und schließlich
- einem Sonderzuschlag in unterversorgten Gebieten.⁹²

Die Honorierung für Kinderärzte enthält die gleichen Positionen, die jeweilige Vergütung liegt allerdings sehr viel höher, so daß auch bei Beachtung der Grenze von maximal 800 Patienten das Einkommen des Kinderarztes das des Allgemeinmediziners wesentlich übersteigt.

Die **konventionierten Fachärzte** in öffentlichen Ambulatorien können einen Vertrag von maximal 38 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit abschließen, was einer Vollzeitbeschäftigung der angestellten Ärzte entspricht. Gehen diese Ärzte noch anderen Arbeiten außerhalb des Ambulatoriums nach, darf ihre gesamte Arbeitszeit formal 48 Stunden in der Woche nicht überschreiten, was faktisch jedoch kaum zu überprüfen ist.

Entsprechend dem Beschäftigungsmodus erfolgt die Entlohnung der konventionierten Ärzte in den Ambulatorien auf Stundenbasis. Ihr Gehalt setzt sich auch hier wieder aus einer, nach Anciennität gestaffelten Grundpauschale (mindestens 17.900 L/Std.) und diversen Sonderzulagen zusammen. Zu diesen Sonderzulagen gehört eine spezielle Vergütung für Überstunden.

Zur **Kontrolle** des ärztlichen Verhaltens sollten auf regionaler Ebene zwei Kommissionen gebildet werden: die regionale Disziplinarkommission (*commissione regionale di disciplina*) und die regionale Berufskommission (*commissione professionale*).

Die Einführung der Berufskommission wurde mit der Arbeitsvereinbarung (*accordo*) von 1985 beschlossen. Mit ihrer Hilfe sollten eine Art Erfolgskontrolle der ärztlichen Arbeit durchgeführt, regionale Versorgungsstandards entwickelt und die Qualität des ärztlichen Verschreibungsverhaltens überprüft werden. Bis 1988 war es aber offensichtlich noch zu keiner Bildung einer derartigen Kommission gekommen (Granaglia

92 Basierend auf einer Quelle von 1982 vermerkt der Bericht für das BMA 'Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich' (1987), die Honorierung der Ärzte würde auch nach Alter der Patienten erfolgen. Dies trifft für die letzten beiden Konventionen nicht (mehr) zu, wenn man von der unterschiedlichen Bezahlung von Kinderärzten und Allgemeinmediznern absieht, die dort aber auch nicht gemeint war.

1987: 300; Interview Nr. 10). Demgegenüber ist auf regionaler Ebene die Disziplinarkommission gebildet worden. Ihre Aufgabe soll sein, den Fällen nachzugehen, in denen ein Arzt von der USL wegen Nichteinhaltung des Vertrages angezeigt worden ist. Die Kommission ist nur aus ärztlichen Vertretern zusammengesetzt, die zum einen durch die lokale und regionale Verwaltung und zum anderen durch Ärztekammer und Ärztegewerkschaften benannt werden.

Anders als in der Bundesrepublik Deutschland unterliegen die Ärzte in der ambulanten Versorgung keiner systematischen Kontrolle ihres Verschreibungsverhaltens. Zwar können seitens der USL stichprobenartige Kontrollen gemacht werden, um Unwirtschaftlichkeiten im ärztlichen Überweisungs- und Verschreibungsverhalten aufzudecken (Ferrera 1983: 12), doch offenkundig wird diese Möglichkeit kaum von der lokalen Gesundheitsverwaltung genutzt. Die italienischen Gesundheitspolitiker setzen zur Begrenzung der Nachfrage statt dessen auf das Mittel der finanziellen Selbstbeteiligung der Patienten bei Inanspruchnahme der fachärztlichen Leistungen sowie bei den Medikamenten.

1.3 Der Public/private Mix als Problem der ambulanten Versorgung

Die Diskussion über die ambulante Versorgung konzentriert sich in Italien vor allem auf den Bereich der fachärztlichen Versorgung. Dabei scheint die langfristige Ausgabenentwicklung zunächst keinen Anlaß für eine solche Diskussion zu geben. Der Ausgabenanteil für die interne fachärztliche Versorgung ist mit 1,1% der Gesamtausgaben immer noch verschwindend gering, der Ausgabenanteil für die externen konventionierten Privatpraxen ist demgegenüber merklich höher (3%), doch hat er sich von 1981 bis 1986 um fast 3 Prozentpunkte reduziert.

Die neueren Daten des Forschungsinstituts Censis (Tabelle 4.19) stimmen in der Größenordnung, nicht aber in den Einzelwerten mit den Berechnungen des Mailänder Instituts für Gesundheitsökonomie (Tabelle 4.20) überein⁹³. Für 1988 wird hier erstmals wieder ein Anstieg des Ausgabenanteils für die externen konventionierten Dienste prognostiziert,

93 Hierin spiegelt sich erneut das italienische Datenproblem wider, speziell der fehlende Grundkonsens darüber, wie einzelne Ausgabenbestandteile zu gruppieren und auf welche Basis der (sich ständig verändernden) Gesamtausgaben schließlich zu beziehen sind.

Tabelle 4.19: Die laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen (in Mrd. Lire) 1985-1987

Leistungsbereiche	1985		1986		1987		1988 ^a	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Personal	16.698	39,7	18.164	39,3	20.340	38,0	21.610	36,0
Güter und Dienste	7.429	17,6	8.222	17,7	9.635	17,5	9.918	16,5
Basismedizin	2.818	6,8	3.154	6,8	3.670	6,8	4.452	7,4
Arzneimittel	7.438	17,6	7.730	16,7	9.459	17,6	11.800	19,7
Konventionierte Krankenhäuser	4.181	9,9	4.695	10,1	5.348	10,1	5.855	9,7
Konventionierte fachärztliche Versorgung								
intern	463	1,1	541	1,1	627	1,2	620	1,1
extern	1.364	3,4	1.835	3,9	2.069	3,8	2.900	4,8
Sonderzulagen	600	1,4	600	1,2	1.175	2,2	1.290	2,1
Andere konventionierte Dienste	1.050	2,5	1.258	3,2	1.504	2,8	1.580	2,6
Gesamt	42.041	100,0	46.199	100,0	53.593	100,0	60.025	100,0

^a Schätzung

Quelle: Censis (1988: 454)

und zwar als Folge der zum Jahresbeginn 1987 weggefallenen Selbstbeteiligung in diesem Bereich. Dies gibt einen ersten Hinweis darauf, wie sensibel dieser Bereich auf Steuerungseingriffe reagiert.

Tatsächlich ist auch die langfristige Reduktion des Ausgabenanteils für die privaten Facharztpraxen nicht primär Resultat gesundheitspolitischer Restriktionen. Zu diesen Restriktionen gehörte das Einfrieren der Tarife für die Leistungen der konventionierten privaten Facharztpraxen ebenso wie 1982 die Einführung des *Tickets* für Laborleistungen und Instrumentaldiagnosen (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 47). Hierzu gehörte ferner die 1982 eingeführte 3-Tage-Regelung, wonach der Zugang zur privaten Facharztpraxis erst dann erlaubt werden sollte, wenn die USL-Einrichtungen selbst die Nachfrage nicht binnen dreier Tage befriedigen konnten (France 1988: 218).

Hieran zeigt sich, daß die externe fachärztliche Versorgung seit 1982 immer wieder Ziel staatlicher Regulierungen zur Begrenzung der Nachfrage war. Dieser Bereich steht denn auch im Mittelpunkt der laufenden Diskussion um die ambulante Versorgung, hinter der sich letztlich ein grundlegendes Strukturproblem des italienischen Gesundheitsdienstes

Tabelle 4.20: Die laufenden Gesundheitsausgaben nach Leistungsbereichen und Landesteilen in % der Gesundheitsausgaben insgesamt, 1981 und 1986

Leistungsbereiche	Nordwest-italien		Nordost-italien		Mittel-italien		Süd-italien		Italien insgesamt	
	1981	1986	1981	1986	1981	1986	1981	1986	1981	1986
Ausgaben für öffentliche Leistungserbringung										
Personal	44,5	38,8	49,5	46,8	41,2	39,3	42,0	38,5	44,0	40,4
Güter und Dienste	17,7	21,1	21,2	22,3	15,4	17,3	12,7	14,5	16,3	18,3
Gesamt	62,2	59,8	70,7	69,2	56,6	56,6	54,7	53,0	60,3	58,7
Ausgaben für konventionelle Leistungserbringung										
Basismedizin	6,0	6,2	4,5	5,7	4,7	5,8	5,2	7,1	5,1	6,3
Arzneimittel	13,6	16,0	11,4	13,1	13,4	16,1	17,0	21,4	14,2	17,2
Konv. Krankenhäuser	9,0	12,4	5,5	5,9	3,7	13,2	10,5	9,3	9,8	10,2
Konv. interne fachärztliche Versorgung	0,8	0,9	0,7	0,9	0,9	1,6	0,9	1,0	0,8	1,1
Konv. externe fachärztliche Versorgung	4,3	1,9	2,8	1,2	7,6	3,1	8,0	4,9	5,9	3,0
Andere Dienste	4,1	2,7	4,4	4,1	3,1	3,7	3,7	3,4	3,8	3,4
Gesamt	37,8	40,2	29,3	30,8	43,4	43,4	45,3	47,0	39,7	41,3
Gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Quelle: Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988, von den Autoren ausgearbeitet auf der Basis des "Relazione generale sulla situazione economica del paese")

verbirgt: das Verhältnis von öffentlichen und privaten Leistungserbringern. Im Bereich der fachärztlichen Versorgung stehen öffentliche und private Leistungserbringer unmittelbar in Konkurrenz zueinander um die knappen öffentlichen Mittel. Das Verhältnis der Ausgaben zueinander zeigt dabei ein deutliches Übergewicht der privaten Anbieter. Die öffentlichen Finanzierer aber müssen daran interessiert sein, einen möglichst großen Teil der Leistungen innerhalb der öffentlichen Einrichtungen zu erbringen. Denn zum einen bedeutet die Verwendung der knappen Mittel für die Leistungen privater Anbieter einen Entzug notwendiger Gelder für den Erhalt und den Ausbau der öffentlichen Versorgungsstrukturen. Zum anderen sind die Kosten der Leistungserbringung in den öffentlichen Versorgungsstrukturen leichter zu kontrollieren, und zwar aufgrund der

unterschiedlichen Honorierungsweisen. Während die Fachärzte in den öffentlichen Ambulatorien nach Stundensätzen bezahlt werden, erhalten die privaten Ambulatorien eine Vergütung nach Einzelleistungen und haben so die Möglichkeit, über eine Ausweitung der erbrachten Leistungen auch ihre Einnahmen zu steigern. Der latente Trend zur Verlagerung der Nachfrage auf die privaten Anbieter wird unterstützt durch die Doppelrolle der Ärzte selbst, die sowohl im öffentlichen Ambulatorium als auch in der privaten konventionierten Praxis für den SSN tätig sein können. Für Ärzte in solch einer Doppelrolle entfällt aber jeglicher Anreiz zur Steigerung der Leistung im öffentlichen Ambulatorium, wenn dadurch die Inanspruchnahme der eigenen privaten Praxis vermindert wird. Dies begünstigt wiederum die Bildung von Wartezeiten in den öffentlichen Einrichtungen und die Abwanderung der Patienten in die privaten, konventionierten Facharztpraxen.

Das Problem der Kostenkontrolle wird verschärft durch den verstärkten Einzug der Apparatemedizin in die Ambulatorien. Eine Untersuchung von France (1988) zeigt, daß die privaten Anbieter maßgeblich an der Verbreitung neuer medizintechnologischer Geräte beteiligt sind. So befindet sich ein großer Teil dieser Geräte nunmehr in privaten Ambulatorien, die in ihrer Anschaffungspraxis vom SSN jedoch kaum zu kontrollieren sind, aber ihre Leistungen auf der Basis der Konvention dem SSN in Rechnung stellen können. Dabei weiß sich das neue Angebot offensichtlich seine Nachfrage zu schaffen⁹⁴.

Auf der politischen Ebene führt dies zu weiteren Bemühungen, den Zugang zu den externen Facharztpraxen regulativ zu begrenzen. Die Relevanz dieser Bemühungen wird unterstrichen durch die Tatsache, daß der Bereich der neueren "Kleintechnologie" der Leistungsbereich ist, in dem die Nachfrage in den letzten Jahren mengenmäßig erkennbar expandiert ist (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 99). Zur Kostendämpfung wurde die 3-Tage-Regelung mit dem Finanzierungsgesetz von 1988 um einen weiteren Tag verlängert und den Regionen wurde auferlegt, den Ausgabenanstieg für externe Analyse- und Diagnoseeinrichtungen auf 5% zu begrenzen (Isis 1988/ 11: 2). 1989 wurde zudem wieder das 1987 abgeschaffte *Ticket* für den Facharztbesuch und für die Inanspruchnahme von Laborleistungen und Instrumentaldiagnosen eingeführt. Vor-

94 So geht die höhere Überweisungsrate an fachärztliche und diagnostische Einrichtungen in Süd- und Mittelitalien einher mit einem höheren Anteil der privaten konventionierten Anbieter in eben diesem Leistungsbereich (Censis 1988: 497).

ausgehende Bemühungen einer Kostendämpfung hatten allerdings sehr unterschiedlichen Erfolg und spiegelten auch hier das bekannte Nord-Süd-Gefälle wider. Laut France konnten die Realausgaben für konventionierte Anbieter 1982-85 in Nord- und Mittelitalien tatsächlich gesenkt werden, zum Teil sogar um über 50%. Im Süden hingegen fielen diese Senkungen geringer aus und manche Regionen zeigten ein Ausgabeverhalten entgegen dem nationalen Trend: ihre Ausgaben stiegen real, in einer Region sogar um 113% (France 1988: 221)⁹⁵.

2. Stationäre Versorgung

2.1 Infrastrukturentscheidungen im Krankenhausbereich

Das Angebot des nationalen Gesundheitsdienstes in der stationären Versorgung wird in Italien durch zwei Arten von Entscheidungen bestimmt: zum einen durch die Entscheidung über Bettenabbau oder Neuinvestitionen in den öffentlichen Krankenhäusern, zum anderen durch die Entscheidung darüber, welche privaten Kliniken eine Konvention erhalten und in das öffentliche Versorgungsangebot integriert werden.

Die Richtlinien für die Entwicklung des Angebots an **öffentlichen Krankenhäusern** werden durch die Standards des nationalen Gesundheitsplanes gesetzt. Diese Standards bekommen in den letzten Jahren größere Verbindlichkeit dadurch, daß sie in den jeweiligen Jahreshaushalt der Zentralregierung eingeschrieben werden. Dabei dreht sich die zentrale Diskussion in Italien wie auch in der Bundesrepublik Deutschland um den Abbau nicht ausgelasteter Bettenkapazitäten. Als Richtlinie gilt mit dem Finanzierungsgesetz von 1988 ein Auslastungsgrad der Bettenkapazitäten von 70-75%. Dieser Richtwert soll Grundlage der künftigen Mittelzuweisungen für den Bereich der laufenden Ausgaben sein. Bei pauschaler Anwendung dieser Regel würde dies bedeuten, daß in den kommenden Jahren nahezu 38.000 Betten abzubauen wären, während ein geringfügiger Ausbau der Kapazitäten allein in zwei Regionen stattfinden könnte: im Aosta-Tal und in der Basilikata (Berechnungen der ISIS wiedergegeben in *Il Messaggero*, 3.1.1988).

95 Der Süden weist dabei den höchsten Anteil an Personen aus, die vom *Ticket* befreit sind.

Die Zuteilung von Investitionsmitteln ist hingegen an die Vorlage konkreter Projektpläne durch die Regionen gebunden. Die Regionen müssen ihr Investitionsprojekt bei der Zentralregierung anmelden, die Entscheidung über die Genehmigung trifft der interministerielle Ausschuß für Wirtschaftsplanung (CIPE), in Absprache mit dem Gesundheitsminister und dem nationalen Gesundheitsrat. Dieses Verfahren führt dazu, daß die "gut organisierten" Regionen den Investitionsfonds in einem weit größeren Maße ausschöpfen können als die weniger gut organisierten. Dadurch werden die regionalen Disparitäten nicht beseitigt, sondern eher verfestigt, denn die Regionen mit einer vergleichsweise schwach ausgebauten öffentlichen Infrastruktur gehören zu denjenigen, bei denen eine langfristige Projektplanung fehlt⁹⁶.

Die Entscheidung darüber, welche der *privaten Kliniken* eine Konvention erhält, obliegt den Regionen im Zuge ihrer regionalen Planungskompetenz, die sich wiederum an den Standards des nationalen Gesundheitsplanes orientieren sollte. Die Kliniken, die eine Konvention erhalten, werden in den regionalen Gesundheitsplan aufgenommen. Für den Fall, daß ein solcher Plan noch nicht verabschiedet worden ist, tritt an seine Stelle ein "Plan der Konventionierung" (*Piano di convenzionamento*) (schriftl. Auskunft Censis). Insgesamt sind in Italien 90% der Privatkliniken über eine Konvention in den nationalen Gesundheitsdienst einbezogen worden. Diese hohe Zahl legt nahe, daß bei der Entscheidung über die Frage, welche Klinik eine Konvention erhalten sollte nicht allein die vorgegebenen Versorgungsstandards ausschlaggebend gewesen sind⁹⁷. Vielmehr sind hier offensichtlich die historisch unter dem Regime der Krankenkassen gewachsenen Strukturen beibehalten worden. Mit dem Abschluß einer Konvention hat eine Privatklinik allerdings keinen Anspruch auf staatliche Investitionsmittel.

96 So haben z.B. Molise, Kampanien, Kalabrien und Sizilien als die Regionen mit der geringsten Kapazität an Krankenhausbetten bisher noch keine regionalen Gesundheitspläne verabschiedet.

97 Dafür spricht auch Pipernos Ergebnis einer Faktoranalyse. Im Verhältnis von privater und öffentlicher Krankenhausversorgung sind danach beide Beziehungsmuster zu finden: a) das der Konkurrenz - bei hoher Auslastung des öffentlichen Systems arbeitet auch das private System gut, wenn auch weniger intensiv, b) das der Substitution - bei geringer Kapazität des öffentlichen Sektors arbeitet der private Sektor um so intensiver (Piperno 1986c: 317).

2.2 Kostenkontrolle bei den öffentlichen Krankenhäusern

Ein Charakteristikum des italienischen Gesundheitssystems gegenüber dem nationalen Gesundheitssystem Englands ist die Tatsache, daß den **öffentlichen Krankenhäusern** kein eigenes Budget zur Finanzierung ihrer laufenden Ausgaben zur Verfügung steht. Hierin kommt eine der durchgreifendsten Strukturveränderungen der Reform von 1978 zum Ausdruck, nämlich die Auflösung der Krankenhäuser als autonome Organisationseinheiten mit der Fähigkeit, eigene Ressourcen zu verwalten und über deren Verausgabung zu bestimmen. Statt dessen ist diese Kompetenz an die politische Führung der USL übergegangen, die ihrerseits über die Finanzierung der Krankenhäuser aus den verschiedenen Finanzierungsposten ihres Budgets entscheidet. Ihr Entscheidungsspielraum ist dabei freilich begrenzt. Denn ca. 70% der Kosten öffentlicher Krankenhäuser sind durch Personalausgaben verursacht⁹⁸, und hier ist die USL an die Arbeitsverträge und die national ausgehandelten Tarifverträge gebunden. Damit sind Stellenplanung und nationale Gehaltsverhandlungen die Regelungsmechanismen, die die Entwicklung der Kosten in den öffentlichen Krankenhäusern maßgeblich beeinflussen und zugleich ein wesentliches Steuerungspotential der Zentralregierung darstellen.

Die **Personalplanung** für die öffentlichen Krankenhäuser fällt in den Kompetenzbereich der Region, wobei die Region selbst wiederum auf die nationalen Standards verpflichtet ist. Der Personalplan (*organico*) wird in den regionalen Gesundheitsplan eingefügt, ersatzweise in die mehrjährige Finanzplanung, wenn ein regionaler Gesundheitsplan noch nicht verabschiedet worden ist. Entsprechend können Neueinstellungen von der USL nur vorgenommen werden, wenn die entsprechenden Stellen zuvor im regionalen Personalplan ausgewiesen worden sind.

Einstellungen in den nationalen Gesundheitsdienst erfolgen wiederum mit dem generell im öffentlichen Dienst üblichen Verfahren der *concorso*, der Wettbewerbe. Sie verlaufen nach dem gleichen Schema wie das Verfahren bei den konventionierten Ärzten: die Stellen werden öffentlich ausgeschrieben, jeder Bewerber bekommt eine Punktzahl aufgrund seiner Abschlüsse und anderer Kriterien sowie einer fachlichen Prüfung durch die USL. Die Bewerber mit den insgesamt höchsten Punktzahlen werden eingestellt.

98 Dieser Anteil ergibt sich aus den Komponenten der errechneten, fiktiven Tagessätze für die öffentlichen Krankenhäuser bei Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988: Tabelle 3.5).

Die *Gehälter* für die abhängig Beschäftigten im Gesundheitsdienst werden parallel zu den Vereinbarungen für das konventionierte Personal alle drei Jahre neu *verhandelt*. Die 1987 erzielte Übereinkunft stellte dabei den verspäteten Abschluß für die Jahre 1985-87 dar. Der vorgesehene Verhandlungsrhythmus wurde seit der Reform von 1978 nicht eingehalten, sei es aufgrund häufiger Regierungskrisen, schwieriger Verhandlungssituationen oder aber auch absichtlicher Verzögerungen von seiten der Regierung. Zum Jahresbeginn 1990 laufen die Neuverhandlungen für den 1988 ausgelaufenen Vertrag.

Verhandlungspartner sind wiederum Regierung (Gesundheitsminister, Minister für öffentliche Arbeit und Sozialvorsorge, Schatzminister), Regionen (5 Delegierte der interregionalen Kommission) und Kommunen (ANCI, UNCEM) auf der Seite der politischen Akteure. Auf der Seite der Arbeitnehmer sollen diejenigen Gewerkschaften beteiligt werden, die national die größte Repräsentativität für die Berufsgruppen aufweisen. Für die nicht ärztlichen Gruppen sind dies die konföderierten Gewerkschaften CGIL, CISL und UIL. Sie übernehmen die Verhandlungsführung speziell für die großen Gruppen des medizinischen Hilfspersonals und für das Verwaltungspersonal. Die Ärzte werden hingegen primär von den autonomen Ärztegewerkschaften vertreten (siehe Abschnitt B.5).

Im Ergebnis sah der Abschluß von 1987 eine wesentliche Gehaltserhöhung für die Ärzte vor, und zwar gegenüber dem letzten Vertrag (1983) um 41% für die vollzeitbeschäftigten und 26% für die teilzeitbeschäftigten Ärzte. Vollzeitbeschäftigte Ärzte erhielten zudem ein 13. Monatsgehalt. Diese besondere Steigerung des Gehalts für vollzeitbeschäftigte Ärzte hatte zum erklärten Ziel, die Ärzte ganz in den öffentlichen Dienst zu integrieren, d.h. ihrer parallelen Beschäftigung insbesondere in anderen privaten Bereichen entgegenzuwirken⁹⁹. Weitere Regelungen betrafen die Begrenzung der Anzahl an Überstunden, den "Anreizfonds" (*fondo di incentivazione*) zur Steigerung der Produktivität, und die prozentualen Lohnsteigerungen für die Jahre 1986, 1987 und 1988, mit denen die erwartete Inflation (teilweise) ausgeglichen werden sollte.

Insgesamt ist es seit der Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes in Italien gelungen, den Anteil der Personalausgaben in den öffentlichen Krankenhäusern nicht nur konstant zu halten, sondern sogar leicht

⁹⁹ Dabei sollten einem vollzeitbeschäftigten Arzt aber bessere Möglichkeiten zur Ausübung einer privaten Tätigkeit innerhalb seines normalen Arbeitsverhältnisses eingeräumt werden (DPR v. 20.5.1987, Nr. 270, Art. 85).

Tabelle 4.21: Abhängig beschäftigtes Personal in den öffentlichen Krankenhäusern 1980-1986

Jahr	SSN insg. ^a	öffentliche Krankenhäuser ^b									
		Ärzte		Pflege- personal		sonstige Gesundheits- berufe		Gesundheits- berufe insg.		Krankenhaus- personal insg.	
		abs.	% Vorj.	abs.	% Vorj.	abs.	% Vorj.	abs.	% Vorj.	abs.	% Vorj.
1980	614.000	66.302	--	208.757	--	31.771	--	306.830	--	510.964	--
1981	615.000	69.893	5,4	211.400	1,3	33.903	6,7	315.196	2,7	520.240	1,8
1982	613.000	72.354	3,5	214.611	1,5	35.555	4,9	322.520	2,3	529.566	1,8
1983	606.000	73.173	1,1	210.000	-2,1	36.117	1,6	319.290	-1,0	519.502	-1,9
1984	607.000	74.352	1,6	211.854	0,9	36.941	2,3	323.147	1,2	518.314	-0,2
1985 ^c	607.000	75.142	1,1	213.055	0,6	37.733	2,1	325.930	0,9	517.006	-0,3
1986 ^c	609.000	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

a Daten aus der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, zugrundegelegte Einheiten sind äquivalent zur Vollzeitbeschäftigung

b Personalzahlen als physische Einheiten (inkl. teilzeitbeschäftigte Ärzte und psychiatrische Kliniken)

c vorläufige Werte

Quelle: Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988, Ausarbeitung auf der Basis von ISTAT-Daten)

zu senken¹⁰⁰ (siehe Tabelle 4.21). Ein Grund hierfür liegt in der Verzögerung der Lohnverhandlungen, so daß die vereinbarten Lohnsteigerungen für den Vertragszeitraum von 1984-1987 erst nach 1987 haushaltswirksam werden konnten. Einen größeren Effekt aber muß den Maßnahmen der Zentralregierung zur Begrenzung der Neueinstellungen zugeschrieben werden. 1981 wurden die Stellenpläne eingefroren und mit dem Haushaltsgesetz von 1983 wurde zudem ein Einstellungsstopp verfügt. Dies hat zu einer erheblichen Verlangsamung des Personalzuwachses in den Gesundheitsberufen geführt und zu einer Reduktion des gesamten Personalbestandes in den öffentlichen Krankenhäusern. In Verbindung mit der 1983 vereinbarten Reduktion der Arbeitszeit ergaben sich hieraus zwangs-

100 Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988; Tabelle 3.5) geben hier die von der ISTAT berechneten (fiktiven) Tagessätze für öffentliche Krankenhäuser wieder, aus denen sich für 1981 ein Anteil der Personalausgaben von 70%, für 1985: 68,7% und für 1987: 68,1% ergibt.

läufig Personalengpässe, die sich in einem starken Anstieg der Überstunden niederschlugen (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 64, 73/74)¹⁰¹.

Festzuhalten bleibt, daß die Zentralregierung im Bereich der Personalkosten über erhebliche Steuerungspotentiale verfügt, die sie in den letzten Jahren unter Kostengesichtspunkten durchaus erfolgreich eingesetzt hat. Demgegenüber können die lokalen Gesundheitseinheiten über den zweitgrößten Ausgabenblock für den Bereich der *Güter und Dienste* relativ frei entscheiden¹⁰². Der Ausgabenanteil für diesen Bereich hat zusammen mit den Ausgaben für Arzneimittel am stärksten zugenommen, wobei die Zentralregierung hier keine Möglichkeiten einer direkten Steuerung hat. Ihre Strategie ist nun, wie beschrieben, die der Unterfinanzierung in der Erwartung, so die Einsparungspotentiale bei der USL zu aktivieren. Die dadurch bei der USL provozierte Politik des "muddling through" führt aber i.d.R. gerade nicht zu einer rationalen Ausnutzung von Produktivitätsreserven. Vielmehr kommt es zu einer Verschlechterung der Leistungsqualität aufgrund verzögerter Materialbeschaffungen und verschleppter Instandhaltungsarbeiten, so daß sich dadurch die Qualität der Versorgungseinrichtungen und speziell auch der Krankenhäuser verschlechtert.

2.3 Tagessätze für Privatkliniken

Die Verhandlungen über die Krankenhaustarife für die privaten konventionierten Kliniken werden auf nationaler Ebene geführt zwischen: dem Gesundheitsminister, dem Schatzminister, 5 Vertretern der Regionen, ANCI als Vertreter der Kommunen, UNCEM als Vertreter der Berggemeinden und, auf der Seite der Krankenhäuser, der Italienischen Vereinigung der Privathospitäler (AIOP - *Associazione Italiana degli Ospedali privati*) sowie der Vereinigung der kirchlichen Krankenhäuser (ARIS - *Associazione Religiosa Istituti Sanitari*).

Die Tagessätze (*diaria*) werden jährlich neu ausgehandelt und orientieren sich an 4 verschiedenen Parametern. Der im Tagessatz enthaltene Anteil für Personalkosten wird gesondert ausgewiesen, wobei die vergan-

101 Wobei lt. Granaglia (1987) die Überstunden auch als zusätzliche Einkommensquelle genutzt wurden, ohne daß die Arbeitssituation dies immer gerechtfertigt hätte.

102 Insgesamt entfielen 1986 18,32% der USL-Ausgaben auf den Bereich der Güter- und Dienstleistungen, 1985 waren es 17,62% (Ministero della sanità 1987; 1986). Der größte Teil dieser Ausgaben dürfte dabei durch die öffentlichen Krankenhäuser veranlaßt sein.

genen Tarifabschlüsse darin berücksichtigt werden. Die Tarife für 1988 haben eine Höhe von mindestens 98.910 L bis max. 114.200 L, wobei der größte kalkulierte Anteil auf die Personalkosten entfällt (76.160 L bis 82.425 L). Die Bezahlung der Kliniken erfolgt durch die jeweilige USL, aus der der behandelte Patient stammt.

Die Tagessätze setzen sich damit allein aus Pauschalbeträgen für die laufenden Ausgaben zusammen. Einer privaten Klinik stünde damit als einzige Strategie zur Einnahmesteigerung eine Ausdehnung der Dauer des Krankenhausaufenthalts zur Verfügung. Tatsächlich ist die Aufenthaltsdauer in privaten Kliniken durchschnittlich länger als in den öffentlichen Kliniken, was zunächst darauf hinweist, daß Privatkliniken diese Strategie auch praktizieren (vgl. Granglia 1987: 303). Allerdings arbeiten die Privatkliniken vielfach in einem Funktionsbereich, der eine längere Verweildauer rechtfertigt. Dies sind vor allem die Geriatrie, die Langzeitpflege und die Rehabilitation, die neben dem Bereich der Allgemeinversorgung den Schwerpunkt der privaten Kliniken darstellt. Demgegenüber sind die Bereiche der Spezialchirurgie und der Intensivmedizin den öffentlichen Krankenhäusern weitgehend vorbehalten (Censis 1988: 502). Der über die Jahre hinweg relativ konstante Ausgabenanteil für die privaten Kliniken läßt diesen Bereich der Versorgung zunächst unproblematisch erscheinen.

2.4 Die regionalen Disparitäten als Grundproblem der stationären Versorgung

Ähnlich wie in der Bundesrepublik Deutschland sind auch in Italien in den letzten Jahren die Bettenkapazitäten im öffentlichen Bereich merklich abgebaut worden, wobei eine sinkende Verweildauer und eine abnehmende Einweisungsrate erhebliche Produktivitätsspielräume eröffnet haben (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: Tabelle 3.2 und 3.3). Diese, unter Kostengesichtspunkten positive Entwicklung, geht allerdings einher mit merklichen Qualitätsunterschieden zwischen einzelnen Krankenhäusern und zwischen den Regionen. Da sich die Nachfrage ihren Weg zu den jeweiligen Krankenhäusern relativ frei bahnen kann, kommt es zu Wartelisten in Krankenhäusern mit einem guten Image und hoher Spezialisierung auf der einen und zu leerstehenden Betten auf der anderen Seite. Die mangelnde Koordination der USL untereinander verschärft dieses Problem.

Besonders deutlich treten diese Differenzen im Nord-Süd Verhältnis hervor. Die "Patientenwanderbilanz" des Gesundheitsministeriums macht dies deutlich: Die Patienten aus Süditalien (Sizilien, Kalabrien und Kampanien) suchen zur Krankenhausbehandlung vorwiegend Krankenhäuser außerhalb ihrer Region auf¹⁰³, die Krankenhäuser in und um Rom (Latum) und die Emilia-Romagna in Norditalien hingegen behandeln in großem Ausmaß Patienten aus anderen Regionen (Ministero della Sanità 1988: 202). Die Abwanderung der Patienten aus dem Süden ist dabei nicht auf die dortige geringere Bettendichte zurückzuführen¹⁰⁴, denn gemessen am Zielwert einer Belegquote von 70% sind die Betten in diesen Regionen unterausgelastet. Den Hintergrund der Patientenabwanderung aus dem Süden bildet vielmehr das Problem einer quantitativ und qualitativ schwachen öffentlichen Infrastruktur in diesen Regionen. Die unterdurchschnittliche Ausstattung mit öffentlichen Betten wird zwar kompensiert durch einen vergleichsweise hohen Anteil privater Betten (Censis 1988: 500), doch die privaten Krankenhäuser sind für höher qualifizierte Eingriffe tendenziell weniger gut gerüstet. Die vorhandenen öffentlichen Krankenhäuser genießen hingegen kein Vertrauen in der Bevölkerung, und das Mißtrauen gegen die krankenhausärztliche Kunst in der eigenen Region hat zur Folge, daß auch in den neuerrichteten öffentlichen Krankenhäusern Betten leer bleiben (so mündl. Auskunft Serafin, Gesundheitsministerium). Diese qualitativen Disparitäten sind durch eine Politik, die auf die bloße Angleichung der Bettendichte ausgerichtet ist, nicht zu beheben. Von der Entwicklung qualitativer Standards und einer Kontrolle ihrer Einhaltung ist man jedoch weit entfernt.

3. Arzneimittelbereich

3.1 Die Zulassung von Arzneimitteln und Arzneimittelvertreibern

Die Arzneimittelversorgung wird zum größten Teil über die konventionierten, privaten *Apotheken* sichergestellt und zu einem verschwindend kleinen Teil durch die öffentlichen Apotheken (7%). Die Apothekendichte ist gesetzlich geregelt und an den sogenannten "organischen Plan" (*pianta*

103 ebenso die einiger nördlicher Regionen: Piemont, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige.

104 Für 1984 lag die Bettendichte im Süden bei 5,5 pro 1.000 Einwohner gegenüber 6,5 im nationalen Mittel (Censis: 1986: 348).

organica) gekoppelt. Dieser knüpft die Anzahl der Apotheken grundsätzlich an einen bestimmten Bevölkerungsschlüssel, der auf die speziellen Gegebenheiten in den ländlichen Gebieten angepaßt wird, damit auch hier der unproblematische Zugang zur nächsten Apotheke sichergestellt wird. Festgelegt wird die konkrete Anzahl der Apotheken vom Provinzarzt nach Anhörung des Gemeinderates. Der Provinzarzt ist es auch, der die Autorisierung zur Eröffnung einer Apotheke erteilt und den laufenden Betrieb überwacht (Landi 1984: 199-206).

Vakante Apotheken werden auf Provinzebene ausgeschrieben. Um ihre Leitung kann sich bewerben, wer den Universitätsabschluß im Fach Pharmazie hat. Auch hier spielt die vom Bewerber in einer Rangliste erreichte Punktzahl wieder die entscheidende Rolle dafür, ob er den Wettbewerb gewinnt. Die Apotheke wird als privates Geschäft geführt, das jedoch an bestimmte gesetzlich geregelte Pflichten gebunden ist. Als Anreiz zur Führung einer Apotheke in ländlichen Gebieten, in denen nur mit bescheidenem Einkommen zu rechnen ist, kann den Apotheken vom SSN eine Art Ortszuschlag (*indennità di residenza*) gewährt werden.

Die **Arzneimittelzulassung** erfolgt demgegenüber wie in der Bundesrepublik Deutschland auf zentralstaatlicher Ebene. Voraussetzung zur Herstellung von Arzneimitteln ist in Italien eine Produktionslizenz vom Gesundheitsministerium, Voraussetzung für den Marktzugang ist die Registrierung des Produktes. Für importierte Arzneimittel ist keine besondere Importlizenz notwendig, die Registrierung des Produktes in Italien reicht aus, um Zugang zum italienischen Markt zu erhalten. Unter die Registrierungspflicht fallen die rezeptfreien Arzneimittel ebenso wie die rezeptpflichtigen (Brenna/ Lucioni 1984: 179).

Zur Erlangung einer Registrierung müssen Ungefährlichkeit und Wirksamkeit des Präparats nachgewiesen werden. Bei einer bestimmten Gruppe von Arzneimitteln setzt dies klinische Tests voraus, die ihrerseits einer Genehmigung durch das Oberste Gesundheitsinstitut (ISS - *Istituto Superiore di Sanità*) bedürfen¹⁰⁵. Die Resultate der klinischen Erprobung werden von einer Sonderkommission des Gesundheitsministeriums (*Commissione Consultiva*) begutachtet. Das positive Gutachten ist zusammen mit einer Genehmigung des Preises durch den interministeriellen Aus-

105 Diese Arzneimittel sind (Brenna/ Lucioni 1984: 180) neue, noch nicht auf dem italienischen Markt eingeführte Substanzen, neue Kombinationen schon registrierter Substanzen, schon registrierte Substanzen, die mit zusätzlichen Indikationen versehen werden sollen, und registrierte Substanzen in neuen Darreichungsformen.

schuß für Wirtschaftsplanung (CIPE) Voraussetzung für die Registrierung. Klinische Erprobungen im Ausland werden anerkannt, wenn sie den EG-Richtlinien entsprechen.

In der Praxis erweist sich dieses Verfahren als äußerst zäh und langwierig. Es setzt sich aus einer Vielzahl von aufeinanderfolgenden administrativen Akten zusammen, und die Bürokratisierung scheint im Laufe der Jahre eher zugenommen zu haben (Brenna/ Lucioni 1984: 180). Für die Antragsteller ist das Verfahren vom zeitlichen Ablauf her nicht kalkulierbar (Mayntz 1982: 130), Fristen von 18 Monaten und mehr können zwischen der Antragstellung und dem endgültigen Bescheid vergehen. Eine von den inländischen Herstellern genutzte Möglichkeit zur Abkürzung des Verfahrens ist, das Medikament erst in einem europäischen Nachbarland mit einem einfacheren Zulassungsverfahren zulassen zu lassen, wodurch die klinische Überprüfung in Italien selbst weggfällt (Stuth 1988: 39/40).

Nur ein Teil der am Markt zugelassenen Medikamente fällt unter die Leistungspflicht des nationalen Gesundheitsdienstes. Das heißt, aus der Fülle der angebotenen Medikamente kann der behandelnde Arzt nur eine Auswahl verschreiben, deren Kosten der nationale Gesundheitsdienst übernimmt. Diese Auswahl ist im sogenannten Arzneimittelhandbuch (*prontuario farmaceutico*) festgelegt und wird jährlich fortgeschrieben. Eine derartige Positivliste war erstmals 1960 von der INAM als der größten gesetzlichen Krankenkasse eingeführt und später von den anderen Kassen übernommen worden (Stuth 1988: 21). Heute wird die Ausarbeitung und Fortschreibung des Handbuchs von einer eigens hierfür eingesetzten Kommission beim Gesundheitsministerium vorgenommen (siehe Abschnitt B.1).

Seit 1983 weist das Handbuch die Medikamente in drei Gruppen aus, die ein Arzt seinem Patienten zu Lasten des SSN verschreiben kann (Ferrera/ Zincone 1986: 189):

- Gruppe A: Notfall- und überlebenswichtige Medikamente (*medicinali di "emergenza" e di "sopravvivenza"*),
- Gruppe B: Antibiotika und Chemotherapeutika (*antibiotici, chemioterapici*),
- Gruppe C: alle übrigen verschreibbaren Medikamente (*altri farmaci prescrivibili*).

Als vierte Gruppe sind schließlich die Medikamente ausgewiesen, die nicht zu Lasten des SSN verschreibbar sind (*non prescrivibili a carico*

del SSN). Damit beinhaltet das Handbuch gleichzeitig eine Positiv- und eine Negativliste.

An die Klassifizierung der Medikamente ist die Regelung des *Tickets*, die Selbstbeteiligung in Form einer Rezeptgebühr und einer anteiligen Übernahme der Kosten eines Medikaments gebunden. Medikamente der Gruppe A waren bis 1988 von allen Gebühren frei. Ab 1988 muß auch für sie eine Rezeptgebühr (2.000 L) und eine Selbstbeteiligung in Höhe von 20% des Arzneimittelpreises entrichtet werden¹⁰⁶. Auf Medikamente der zweiten Gruppe entfällt seit 1983 eine Rezeptgebühr¹⁰⁷ und eine Selbstbeteiligung an den Kosten des Arzneimittels von zuletzt regulär 20%¹⁰⁸. Für die Medikamente der Gruppe C wurde 1983 lediglich eine Rezeptgebühr erhoben, heute gelten hier offensichtlich die gleichen Selbstbeteiligungsregeln wie für die Medikamente der Gruppe B. Medikamente der vierten Gruppe sind ganz vom Verbraucher zu bezahlen.

Die Zulassung von Medikamenten und ihre Aufnahme in das Arzneimittelhandbuch wird erkennbar von einer gesundheitspolitischen Strategie geprägt, die auf eine Beschränkung des Arzneimittelangebots ausgerichtet ist. Im Bereich der Arzneimittelzulassung bestimmt dieses Politikziel offenkundig auch die Arbeit der im Gesundheitsministerium angesiedelten Revisionskommission. Unter bestimmten Voraussetzungen kann sie die gegebene Zulassung eines Medikamentes widerrufen, und hiervon macht

-
- 106 Wobei hier die entsprechenden, im folgenden für die Gruppe B geltenden Unter- bzw. Obergrenzen gelten. Zudem wird eine erhöhte Selbstbeteiligung von 40% in Gruppe A und Gruppe B für diejenigen Medikamente verlangt, die auf einer speziellen Liste aufgeführt sind und demnächst aus dem Handbuch gestrichen werden sollen.
- 107 Die Rezeptgebühr wurde dabei laufend verändert. Im Ergebnis führten die Verdoppelung der Gebühren von 1983 bis 1988 und die Reduzierung der verschreibbaren Medikamente pro Rezept zu einer steigenden Belastung der Patienten: 1983: 1.000 L, 1984: 1.000-1.300 L, Jan. 1986: 2.000 L, Dez. 1986: 1.000 L, 1988: 2.000 L, 1989: 3.000 L, 1991: 1.500 L. Gekoppelt war diese Rezeptgebühr ab 1982 mit einer Beschränkung auf maximal drei, ab 1989 auf maximal zwei Verschreibungen je Rezept (ISIS 1989/ 12: 17; ISIS 1989/ 48/49: 4; ISIS 1991/ 1/2: 25; Stuth 1988: 21).
- 108 Die Höhe der Selbstbeteiligung veränderte sich ebenfalls laufend (ISIS 1989/ 12: 17; ISIS/ 48/49: 5; ISIS 1991/ 1/2: 25):
- 1983: 15%
 - Jan. 1986: 25%,
 - Dez. 1986: gestaffelte Pauschalen von 1.500 L bei einem Preis des Medikaments von 5.000-25.000 L, 3.000 L für teurere Medikamente
 - 1988: 20% (ab einem Preis von 5.000 L) bzw. 40% für gesondert aufgeführte Arzneimittel
 - 1989: 20% bzw. 40% bis zu einem Höchstbetrag je Rezept von max. 30.000 L.
 - Nov. 1989: 30% mit einem Höchstbetrag je Rezept von max. 30.000 L.
 - Jan. 1991: 30% mit einem Höchstbetrag je Rezept von max. 40.000 L.

sie auffallend häufig Gebrauch: zwischen 1977-1981 wurden jährlich mindestens 1.000 Zulassungen widerrufen (Stuth 1988: 60). Ferner wurde durch die Handhabung des Arzneimittelhandbuches kurz nach der Reform die Anzahl der erstattungsfähigen Medikamente von über 10.000 im Jahre 1976 auf ca. 5.000 eingeschränkt (Marburger Bund 1981: 88). Weitere Beschränkungen erfolgten 1983 mit dem Übergang zum neuen System der Einteilung von Medikamenten in die Verbrauchsgruppen A, B und C. Dabei wurde auch die Zahl der erstattungsfähigen, teuren Medikamente der Gruppe A drastisch reduziert¹⁰⁹. Die insgesamt im Arzneimittelhandbuch aufgeführten Spezialitäten sind im Zeitraum von 1975 bis 1988 von 7.631 auf 3.414 reduziert worden (ISIS 1989/ 12 a: 21).

3.2 Preisbildung

Die Preisfestsetzung bei *Arzneimitteln* gehört bereits zu den Voraussetzungen der Registrierung. Für die vom Apotheker selbst hergestellten Arzneien (*galenici magistrali*) wird der Verkaufspreis alle zwei Jahre durch den Gesundheitsminister per Dekret festgelegt, und zwar unter Zugrundelegung der Produktionskosten. Die Apotheker haben hierbei die Möglichkeit zur Mitwirkung über das Anhörungsrecht der nationalen Apothekerkammer (*Federazione degli Ordini dei Farmacisti*) (Poggiolini 1984: 373).

Die Preiskontrolle bei den industriell hergestellten Generika und Spezialitäten obliegt dem interministeriellen Preiskomitee (*CIP - Comitato Interministeriale Prezzi*)¹¹⁰. Die Verfahren unterscheiden sich jedoch danach, ob ein Mittel rezeptpflichtig ist oder nicht (Brenna/ Lucioni 1984: 175). Bei rezeptfreien Mitteln wird der Preis vom Hersteller vorgeschlagen und vom CIP genehmigt, und man spricht hier vom "beaufsichtigten Preis" (*prezzo sorvegliato*). Die Preise für rezeptpflichtige Mittel werden

109 Nach Stuth (1988: 24) wurde die Anzahl der Medikamente 1983 zunächst um die Hälfte reduziert, nach der Aufhebung des zugrundeliegenden Dekrets im gleichen Jahr wurde mit einem neuen Erlaß von 1984 die Zahl erneut auf insgesamt 180 Produkte beschränkt.

110 Die Kompetenz zur Preisfestsetzung ist 1977 vom Gesundheitsminister an das interministerielle Preiskomitee übergegangen, und zwar mit Hinweis auf den "... delikaten, nicht nur wirtschaftlichen, sondern auch wissenschaftlichen und sozialen Charakter ..." dieser Entscheidung (Poggiolini 1984: 374).

vom CIP nach einer gesetzlich geregelten Methode festgelegt, weshalb man hier vom "administrierten Preis" (*prezzo amministrato*) spricht.

Der Anteil der rezeptfreien Arzneimittel ist mit 8% vom Gesamtumsatz bzw. 16% der Packungseinheiten sehr gering, so daß die Preispolitik des CIP ausschlaggebend ist für die Preisentwicklung im Arzneimittelbereich. Das Gesundheitsministerium ist an der Preisfestsetzung über seinen Generaldirektor der Abteilung für Arzneimittel beteiligt (*Direttore Generale del Servizio Farmaceutico*), der seinerseits zwei interministeriellen Kommissionen angehört, die dem Preiskomitee Vorschläge zur Preisfestsetzung unterbreiten¹¹¹.

Der Hersteller-Verkaufspreis für ein rezeptpflichtiges Arzneimittel wird nach der sogenannten "additiven Methode" berechnet aus den Kosten für Rohstoff und Verpackung, den industriellen Fertigungskosten, den Kosten für Verkaufsförderung und Werbung¹¹², den Kosten für Forschung und Entwicklung und schließlich den Kosten für das eingesetzte Kapital einschließlich der Rendite¹¹³. Nach Brenna/ Lucioni (1984: 175) gingen 1981 die einzelnen Kostenkomponenten in den Herstellerpreis ein zu Anteilen von 37,7% für Rohstoffe und Verpackung, 25,4% für Fertigung, 13,1% für Werbung, 16% für Forschung und Entwicklung, 7,8% für Kapitalkosten.

Für den Großhandel und die Apotheken gelten feste Handelsspannen. Rabatte des Herstellers an den Vertrieb sind nur bei rezeptfreien Arzneimitteln möglich und hier nicht kontrollierbar. Rabatte bei rezeptpflichtigen Mitteln können und müssen vom Hersteller allerdings den öffentlichen Krankenhäusern eingeräumt werden, und zwar in Höhe von 50%.

Der Endpreis eines Arzneimittels ist für den Verbraucher in ganz Italien derselbe. Zu den Handelsspannen für den Vertrieb kommt für den Endpreis noch die Mehrwertsteuer hinzu. Der Mehrwertsteueranteil war in den Jahren 1975 bis 1980 diejenige Preiskomponente, die am deutlichsten gestiegen ist, eine geringere Steigerung verzeichneten außerdem noch die Preisanteile für den Großhandel, während die Hersteller- und Apothekenanteile sogar leicht sanken.

111 Ferner müssen die Beschlüsse des CIP von der zentralen Preiskommission (*Commissione Centrale Prezzi*) bestätigt werden. Diese übermittelt dem Gesundheitsminister ihre Entscheidungen, denn er ist zuständig für ihre Umsetzung im Arzneimittelhandel (Poggiolini 1984: 375).

112 Werbung darf bei rezeptpflichtigen Produkten nur gegenüber dem Arzt betrieben werden.

113 Die Ermittlung der einzelnen Kostenkomponenten erfolgt teilweise wiederum in einem administrativen Verfahren in speziellen Unterkomitees (Brenna 1984: 175).

Die Beurteilung dieser Art der italienischen Preispolitik bei Arzneimitteln ist durchaus zwiespältig. Positiv wird allerseits hervorgehoben, daß das italienische Preisniveau unter dem europäischen Durchschnitt liegt. Beklagt wird jedoch die marktverzerrende Wirkung, die durch die unzureichende Aktualisierung der Kalkulationsgrundlagen eintritt. So forderte die Pharmaindustrie eine Heraufsetzung des Kostenanteils für Forschung und Entwicklung, der mit 1,3% am Bruttoinlandsprodukt erheblich unter dem bei 3% liegenden Anteil in fortgeschrittenen Ländern liege (La Stampa, 27.6.87). Die der Inflationsrate hinterherhinkende Anpassung der Preise hat außerdem dazu geführt, daß verstärkt gleiche Präparate mit neuem Namen auf den Markt kamen, bei denen dann die aktuellen, d.h. höheren Rohstoffpreise zugrunde gelegt wurden. Außerdem wird Neuprodukten ein höherer Prozentsatz an Kosten für Verkaufsförderung zugestanden. Die starke Bindung an die Rohstoffpreise hat nach Brenna/ Lucioni (1984: 179) zudem die Verwendung besonders teurer Rohstoffe begünstigt, um so höhere Preise erzielen zu können. Im Ergebnis führte diese Methode zu verschiedenen Preisen für vergleichbare Arzneimittel.

3.3 Probleme des Arzneimittelbereichs

Trotz der weitgehenden Interventionsmöglichkeiten des Zentralstaates in den Arzneimittelmarkt trägt die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben in diesem Bereich wesentlich zur Beunruhigung über die allgemeine Ausgabenentwicklung des SSN bei. Der Anteil der öffentlichen Ausgaben für Arzneimittel hat sich langfristig von ca. 14 auf 17% gesteigert (siehe Tabelle 4.19 und 4.20), und zwar trotz einer Politik der Nachfragedämpfung mit Hilfe der *Tickets*, durch die die Patienten in Italien weitaus stärker als in der Bundesrepublik belastet werden. Dem Anteil der Selbstbeteiligung von ca. 6,7% an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel im Jahre 1984 stand in Italien ein fast doppelt so hoher Anteil der Selbstbeteiligung von 11,6% gegenüber¹¹⁴. Die Unruhe wird verstärkt durch den Vergleich mit den anderen Ländern. So stellt beispielsweise das Institut Censis für 1985 fest, daß der Anteil

114 Die Werte wurden für die BRD berechnet auf der Basis der Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987: 284; 1988: 151) und für Italien auf der Grundlage des Jahresberichts des Instituts Censis (1988: 457).

der Ausgaben für Arzneimittel am Bruttoinlandsprodukt in Italien der höchste unter den führenden Industrieländern der OECD ist (Censis 1986: 353/354).

Ein Grund für die ungebremsten Arzneimittelausgaben wird u.a. darin gesehen, daß die *Ticket*-Regelung doch nicht in der beabsichtigten Weise greife. Die Diskussion konzentriert sich dabei auf die weitgehenden Ausnahmeregelungen und die Möglichkeiten ihrer ungerechtfertigten Inanspruchnahme. Auffallend ist hier wiederum das Nord-Süd-Gefälle: der höchste Konsum an Arzneimitteln (gemessen in absoluten Ausgaben) findet im Norden statt, die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben entfallen jedoch auf die südlichen Regionen (Ministero della sanità 1986; 1987). Diese Differenz wird dabei nicht nur auf das niedrigere Einkommensniveau im Süden zurückgeführt, sondern auch auf eine offenkundig ungerechtfertigte Inanspruchnahme der Ausnahmeregelungen, die allerdings keineswegs auf den Süden beschränkt bleibt (vgl. Granaglia 1987: 298).

Zudem werden die Klagen über das fröhliche Ausgabeverhalten der USL für den Arzneimittelbereich gelegentlich angereichert durch die Aufdeckungen von betrügerischen Praktiken. So wurden Mitte der 1980er Jahre zwei große Betrugsmanöver aufgedeckt, bei denen Apotheker, Lieferanten und Ärzte daran beteiligt waren, der USL gefälschte Rezepte zur Rückerstattung einzureichen, um so ihr persönliches Einkommen aufzubessern¹¹⁵.

Doch trotz dieser diskutierten Mißerfolge der Ausgabenkontrolle bildet der mengenmäßige Arzneimittel**konsum** der Italiener nicht den Grund für die fortlaufende Ausgabensteigerung. Denn der Pro-Kopf-Verbrauch ist im Zeitraum von 1980 bis 1986 nahezu kontinuierlich zurückgegangen (siehe Tabelle 4.22).

Die Ausgabensteigerungen müssen daher vor allem auf Preiseffekte zurückgeführt werden. Ein Teil dieser Effekte liegt nun in dem von der Regierung selbst unmittelbar kontrollierten Bereich. Dazu gehörten beispielsweise 1985 die Anhebung der Umsatzsteuer von 8% auf 9% sowie

115 So verschwanden z.B. ganze Lkw-Ladungen von Arzneimitteln, deren Inhalt wohl in Entwicklungsländer verkauft wurde, während die auf den Verpackungen klebenden Preisabschnitte (*fustelle*) jedoch ordnungsgemäß auf ärztliche Rezepte geklebt und bei den USL zur Bezahlung eingereicht wurden. Eine andere Version des Betruges war das Nachdrucken der Preisetiketten, die dann ebenfalls mit falschem Rezept versehen eingereicht wurden. Laut Censis (1986: 358) wurde der dadurch verursachte Schaden auf mindestens 300 Milliarden Lire geschätzt, die erst 1987 bekanntgewordenen letzteren Betrugsmanöver dürften diesen Schaden noch erheblich erhöht haben.

Tabelle 4.22: Entwicklung der Arzneimittelausgaben (in Mrd. Lire) und des mengenmäßigen Arzneimittelverbrauchs

Jahr	öffentliche Ausgaben ^a		Verbrauch ^b pro Kopf
	abs.	% Vorj.	
1980	2.622	--	28,1
1981	3.123	19,1	27,6
1982	4.310	38,0	27,3
1983	5.140	19,3	26,8
1984	5.560	8,2	26,4
1985	6.940	24,8	27,3
1986	7.010	1,0	26,7
1987 ^c	9.003	28,4	--

a öffentliche Ausgaben nach Daten der ISTAT

b mengenmäßiger Verbrauch insgesamt (öffentlich und privat) in abgegebenen Packungen (confezioni) nach Angaben der "Farmindustria"

c Schätzwert

Quelle: Brenna/ Mapelli/ Trogni (1988)

die Preisanpassungen bei medizinischen Spezialitäten (um 14,4%), nach ihrer "administrativen Blockierung" über 20 Monate hinweg (Censis 1986: 353). Insgesamt haben die administrativen Preisanpassungen an den Ausgabensteigerungen der Jahre 1980 bis 1987 einen Anteil von 40,3% gehabt. Die restlichen Ausgabensteigerungen sind demgegenüber, bei nahezu konstantem mengenmäßigen Konsum, auf eine veränderte qualitative Zusammensetzung eben dieses Konsums zurückzuführen. Ähnlich wie im ambulanten Bereich hat sich auch im Arzneimittelbereich die Nachfrage auf höherpreisige Produkte verlagert. Der gewichtete Durchschnittspreis der Arzneimittel ist im entsprechenden Zeitraum um 254,1% gestiegen (Brenna/ Mapelli/ Trogni 1988: 69). Zur Steuerung dieser Seite der Kostenentwicklung bedient sich die Regierung seit 1983 zunehmend der prozentualen Selbstbeteiligung an den Arzneimittelkosten. Zuvor waren diese Kostenbeteiligungen beschränkt auf die Arzneimittel der Gruppe B, ab 1988 wurde sie jedoch erweitert auf alle Arzneimittel, die teurer waren als 5.000 Lire, d.h. auch auf die hochpreisigen Arzneimittel der Gruppe A. Ab 1989 gilt für alle Arzneimittel ohne Ausnahme eine Selbstbeteiligung von 20% bis zur Obergrenze von 30.000 Lire. Anfang 1991 wurde die Obergrenze auf 40.000 Lire heraufgesetzt. Diese prozentuale Selbstbeteiligung trifft nun gerade die Nachfrage nach den teuren Medikamenten und zielt offensichtlich darauf ab, einer weiteren Verlagerung des Verbrauchs auf diese Arzneimittel entgegenzuwirken.

Interviewpartner

- Dr. Alario, Ufficio relazione annuale, Ministero della Sanità, Rom
 Prof. Giovanni Berlinguer, Senato della Repubblica, Rom
 Dr. Carla Colicelli, Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS), Rom
 Dr. Marino Colombini, Ufficio rapporti internazionali, Ministero della Sanità, Rom
 Dr. Funari, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOM), Rom
 Dr. Elena Granaglia, Istituto di economia e finanza, Università degli Studi, Rom
 Dr. Izzi, Ufficio relazione annuale, Ministero della Sanità, Rom
 Dr. Vittorio Mapelli, Istituto di economia sanitaria (ES), Mailand
 Dr. Gianfranco De Micheli, Primärarzt, Nettuno
 Dr. Pierangeli, Servizio centrale della programmazione sanitaria, Ministero della Sanità, Rom
 Prof. Aldo Piperno, Dipartimento di sociologia, Università degli Studi, Neapel
 Prof. Mario Racco, Istituto Internazionale per gli Studi e l'Informazione Sanitaria (ISIS), Rom
 Dr. Luciano Ragno, Tageszeitung "Il Messaggero", Rom
 Dr. Horst Schlitter, Auslandskorrespondent, Rom
 Prof. Renzo Scortegagna, Dipartimento di sociologia, Università degli Studi, Padua
 Dr. Serafin, Ufficio Programmazione sanitaria, Ministero della Sanità, Rom

Literatur

- D'Ambrosio, G./ R. Izzo, 1986: *Diritto, legislazione sanitaria e Servizio Sanitario Nazionale*. Neapel: Edizioni Simone.
- Arleri, A., 1984: Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. In: M.S. Gianini/ G. De Cesare (Hrsg.), *Dizionario di diritto sanitario*. Varese: Società Italiana degli Autori ed Editori, 217-232.
- Basys, 1989: *Datensammlung des Forschungsinstituts Basys*. Augsburg: Selbstverlag.
- Benelli, B., 1986: Finanziaria, ecco cosa cambia per la gente. In: *Il Messaggero*, 27.2.1986.
- Berlinguer, Giovanni, 1968: *Sicurezza e insicurezza sociale*. Rom: Leonardo Edizioni Scientifiche.
- Bernabei, Paolo/ Giuseppe Cirinei/ Paolo Zolo, 1981: *L'Unità sanitaria locale*. Rom: La Nuova Italia Scientifica.
- Bonizzi, Cesare, 1944: *Die Sozialversicherung Italiens*. Dissertation, Zürich.

- Brenna, Antonio/ Carlo Lucioni, 1984: *Italien*. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), *Der europäische Arzneimittelmarkt*. Bonn: Selbstverlag, 173-184.
- Brenna, Antonio/ Vittorio Mapelli/ L. Trogni, 1988: *Analisi della spesa e delle risorse nel Servizio Sanitario Nazionale*. Ministero del Tesoro: Commissione tecnica per la spesa pubblica, No. 16, Oktober. Rom: Unveröff. Manuskript.
- Buglione, Enrico/ George France, 1984: *Skewed Fiscal Federalism in Italy: Implications for Public Expenditure Control*. In: A. Premchand/ Jesse Burkhead (Hrsg.), *Comparative International Budgeting and Finance*. New Brunswick, NJ: Transaction Books, 69-89.
- Camera dei Deputati, 1988: *Indagini conoscitive e documentazioni legislative, XII Commissione permanente, affari sociali*. Rom: Servizio commissioni parlamentari.
- Cavazzuti, Filippo/ Silvia Giannini, 1982: *La riforma malata*. Bologna: Il Mulino.
- CENSIS, 1985: *XIX rapporto sulla situazione sociale del paese*. Mailand: Angeli.
- CENSIS, 1986: *XX rapporto sulla situazione sociale del paese*. Mailand: Angeli.
- CENSIS, 1987a: *XXI rapporto sulla situazione sociale del paese*. Mailand: Angeli.
- CENSIS, 1987b: *Sanità. L'immagine dell'ospedalità privata in Italia, Note e commenti*. Rom: Selbstverlag, 45-54.
- CENSIS, 1988: *XXII rapporto sulla situazione sociale del paese*. Mailand: Angeli.
- Cherubini, Arnaldo, 1977: *Storia della previdenza sociale in Italia*. Rom: Editori Riuniti.
- Chiappelli, Umberto, 1969: *L'assicurazione sociale di malattia*, 5. Auflage. Mailand: Giuffrè.
- Chiellino, Carmine, 1981: *Italien, Band 1: Geschichte, Staat und Verwaltung*. München: Beck.
- Chiellino, Carmine/ Fernando Marchio/ Giocondo Rongoni, 1983: *Italien, Band 2: Wirtschaft, Gesellschaft, Politik, Kultur*. München: Beck.
- CSN (Consiglio Sanitario Nazionale), 1987: *Relazione sullo stato sanitario del paese - 1981/1983*. Rom: Istituto Poligrafico Zecca dello Stato.
- CSN (Consiglio Sanitario Nazionale), 1988: *Relazione sullo stato sanitario del paese - 1984/1986*. Rom: Istituto Poligrafico Zecca dello Stato.
- Domenicantonio, Fausto, 1978: *Il sistema italiano di sicurezza sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Dürke, Helmut, 1986: *Italien. Wirtschaft, Gesellschaft, Politik*. Leverkusen: Leske.
- Falcon, G., 1984: *Unità sanitaria locale*. In: Massimo S. Giannini/ Giovanni De Cesare (Hrsg.), *Dizionario di diritto sanitario*. Varese: Società Italiana degli Autori ed Editori, 587-634.

- Ferrera, Maurizio, 1984: *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*. Bologna: Il Mulino.
- Ferrera, Maurizio, 1986: Italy. In: Peter Flora (Hrsg.), *Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II*, Bd. 2. Berlin: de Gruyter, 385-483.
- Ferrera, Maurizio, 1989: *From Democratic Universalism to Well-Managed Selectivity*. Vortrag auf der Conference on Structural Reforms of Health Care Systems, Maastricht, 8.-9.12.1989.
- Ferrera, Maurizio/ Giovanna Zincone, 1986: *La salute che noi pensiamo*. Bologna: Il Mulino.
- Frascani, Paolo, 1986: *Ospedale e società in età liberale*. Bologna: Il Mulino.
- France, George, 1986: Assistenza sanitaria e compatibilità macroeconomica. Ricerca di un equilibrio. In: Franco Fichera (Hrsg.), *La politica di bilancio in condizioni di stress fiscale*. Mailand: Angeli, 318-375.
- France, George, 1988: Emerging Policies for Controlling Medical Technology in Italy. In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 4, 207-227.
- France, George/ Antonello Prisco (Hrsg.), 1986: *Il collegio dei revisori dell'unità sanitaria locale, quaderni per la ricerca, serie documentazione/ 2*. Rom: Istituto di studi sulle regioni, Consiglio nazionale delle ricerche.
- Freddi, Giorgio, 1984: Conclusioni: Il Servizio sanitario come sistema politico organizzativo. In: Giorgio Freddi (Hrsg.), *Rapporto Perkoff: Salute e organizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale*. Bologna: Il Mulino, 213-291.
- Giannico, Luigi, 1984: Amministrazione sanitaria: storia. In: Massimo S. Giannini/ Giovanni De Cesare (Hrsg.), *Dizionario di diritto sanitario*. Varese: Società Italiana degli Autori ed Editori, 73-96.
- Giannini, Silvia, 1986: La politica sanitaria. In: Sergio Ristuccia u.a. (Hrsg.), *Dentro la finanziaria*. Rom: Queste Istituzioni Ricerche, 59-105.
- Granaglia, Elena, 1987: Intervento pubblico e politica sanitaria: Un'analisi delle tendenze in atto. In: Peter Lange/ Marino Regini (Hrsg.), *Stato e regolazione sociale*. Bologna: Il Mulino, 295-313.
- Grillo, Silvia, 1986: Opinione pubblica e trasformazioni istituzionali. In: Aldo Piperno (Hrsg.), *La politica sanitaria in Italia*. Mailand: Angeli, 241-276.
- Guazzini, Giuliana, 1986: Stato di salute e utilizzazione dei servizi nella medicina pubblica. In: Aldo Piperno (Hrsg.), *La politica sanitaria in Italia*. Mailand: Angeli, 177-240.
- Hausmann, Friederike, 1989: *Kleine Geschichte Italiens seit 1943*. Berlin: Wagenbach.
- Illuminati, Franco, 1970: *La tutela della salute e l'assicurazione di malattia*. Florenz: Vallecchi.
- Kreile, Michael, 1986: Die italienischen Gewerkschaften zwischen Defensive und Neuorientierung. In: *WSI-Mitteilungen* 39, 599-606.

- Kreile, Michael, 1987: Gewerkschaftseinheit und Parteienwettbewerb. In: *Zeitschrift für Parlamentsfragen* 18, 555-572.
- Kriescher-Fauchs, Monique, 1981: Die Gesundheitsreform in Italien. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 7 (Argument Sonderband 73), 10-30.
- Landi, Guido, 1984: Farmacia. In: Massimo S. Giannini/ Giovanni De Cesare (Hrsg.), *Dizionario di diritto sanitario*. Varese: Società Italiana degli Autori ed Editori, 181-216.
- LaPalombara, Joseph, 1987: *Die Italiener. Oder Demokratie als Lebenskunst*. Wien: Zsolnay.
- Mapelli, Vittorio, [1984]: Il sistema di finanziamento del SSN. In: Antonio Brenna (Hrsg.), *Il governo della spesa sanitaria*. Rom: Servizio Italiano Pubblicazioni Internazionali, 159-187.
- Marburger Bund (Hrsg.), 1981: *Das italienische Gesundheitswesen im Umbruch*. Erlangen: perimed.
- Marroni, S., 1987: Tassa sulla salute si rischia la crisi. In: *Il Messaggero*, 7.10.1987.
- Mayntz, Renate u.a., 1982: *Regulative Politik und politisch-administrative Kultur. Ein Vergleich von fünf Ländern und vier Interventionsprogrammen*. Köln: unveröff. Forschungsbericht.
- Ministero della Sanità (Hrsg.), 1986: *Attività gestionali ed economiche delle U.S.L. Anno 1985*. Rom: Selbstverlag.
- Ministero della Sanità (Hrsg.), 1987: *Attività gestionali ed economiche delle U.S.L. Anno 1986*. Rom: Selbstverlag.
- Ministero della Sanità (Hrsg.), 1988: *Attività gestionali ed economiche delle U.S.L. Anno 1987*. Rom: Selbstverlag.
- Ministero per il Bilancio e la Programmazione Economica/ Ministero per il Tesoro, 1987: *Relazione generale sulla situazione economica del paese (1986)*, Bd. III. Rom: Selbstverlag.
- Ministero per il Bilancio e la Programmazione Economica/ Ministero per il Tesoro, 1988: *Relazione generale sulla situazione economica del paese (1987)*, Bd. III. Rom: Selbstverlag.
- Ministero per il Bilancio e la Programmazione Economica/ Ministero per il Tesoro, 1989: *Relazione generale sulla situazione economica del paese (1988)*, Bd. III. Rom: Selbstverlag.
- Nowotny, Ewald, 1987: *Der öffentliche Sektor*. Berlin: Springer.
- Paderni, Sergio, 1984: Programmazione sanitaria. In: Massimo S. Giannini/ Giovanni De Cesare (Hrsg.), *Dizionario di diritto sanitario*. Varese: Società Italiana degli Autori ed Editori, 461-478.
- Petroni, Vincenzo/ Raffaele Pietropaolo, 1975: *Storia socio-politica della riforma giuridica della sanità*. Rom: Ragno.
- Piperno, Aldo, 1986a: Continuità e discontinuità nella politica sanitaria in Italia dal XIX secolo ad oggi. In: Aldo Piperno (Hrsg.), *La politica sanitaria in Italia*. Mailand: Angeli, 27-71.

- Piperno, Aldo, 1986b: Medici e clienti tra assistenza pubblica, mutualità e libera professione: gli antecedenti storici dei caratteri strutturali della professione medica in Italia. In: Aldo Piperno (Hrsg.), *La politica sanitaria in Italia*. Mailand: Angeli, 71-108.
- Piperno, Aldo, 1986c: Pubblico e privato: teoricamente complementari, preferibilmente un po' concorrenziali e in realtà né l'uno né l'altro. In: Aldo Piperno (Hrsg.), *La politica sanitaria in Italia*. Mailand: Angeli, 277-335.
- Piperno, Aldo, 1988: *Struttura e performance della sanità privata in Italia: primi risultati e considerazioni per mix emergenti tra pubblico e privato*. Rom: unveröff. Manuskript.
- Poggiolini, Duilio, 1984: Medicinali. In: Massimo S. Giannini/ Giovanni De Cesare (Hrsg.), *Dizionario di diritto sanitario*. Varese: Società Italiana degli Autori ed Editori, 355-377.
- Primicerio, Bruno, 1984: Ospedali (Presidi Multizonali). In: Massimo S. Giannini/ Giovanni De Cesare (Hrsg.), *Dizionario di diritto sanitario*. Varese: Società Italiana degli Autori ed Editori, 393-409.
- Quaranta, Alfonso, 1985: *Il sistema di assistenza sanitaria*. Mailand: Giuffrè.
- Rigoni, Raymond/ Adrian Griffiths/ William Laing, 1986: *Die multinationalen Unternehmen der Pharmaindustrie*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Rosewitz, Bernd/ Douglas Webber 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Rossi, Franco, o.J. [1984]: Le strutture e le risorse fisiche. In: Brenna, Antonio (Hrsg.), *Il governo della spesa sanitaria*. O.O.: Servizio Italiano Pubblicazioni Internazionali, 77-120.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1987: *Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1988: *Jahresgutachten 1988: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Schneider, Markus u.a., 1989: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Bonn: Selbstverlag.
- Simons, Thomas, 1977: Einführung in das Recht der sozialen Sicherheit von Italien. In: Gerhard Igl u.a. (Hrsg.), *Einführung in das Recht der sozialen Sicherheit von Frankreich, Großbritannien und Italien*. Berlin: J. Schweitzer, 339-478.
- Sivo, Vittoria, 1989: I sindacati sulla sanità, "Paghino gli autonomi". In: *La Repubblica*, 31.3.1989.
- Stuth, Sabine, 1988: *Integration und Regulierung des Arzneimittel-Marktes in der EG, Länderbericht Italien*. Bremen: unveröff. Manuskript.

- Taylor, Rosemary C. R., 1984: State Intervention in Postwar Western European Health Care: The Case of Prevention in Britain and Italy. In: Stephan Bornstein u.a. (Hrsg.), *The State in Capitalist Europe*. London: Allen & Unwin, 91-111.
- Terranova, Ferdinando, 1983: Italien. In: Hans-Ulrich Deppe (Hrsg.), *Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa*. Frankfurt a.M.: Campus, 140-165.
- Visentini, Bruno, 1989: Le inutili stangate. In: *La Repubblica*, 31.3.1989.
- Vicarelli, Giovanna, 1986: Professioni e Welfare State: I medici generici nel Servizio Sanitario Nazionale. In: *Stato e mercato* Nr. 16, 93-122.
- Zacher, 1909: Arbeiterversicherung in Italien. In: *Handwörterbuch der Staatswissenschaften*, 3. Aufl., Bd. 1, 849-872.
- Zariski, Raphael, 1987: Italy: The Distributive State and the Consequences of Late Unification. In: Mark O. Rousseau/ Raphael Zariski, *Regionalism and Regional Devolution in Comparative Perspective*. New York: Praeger, 91-151.

Zeitungs- und Zeitschriftenartikel ohne Verfasser

- Ärzte Zeitung*, 21.5.1987: Arbeitslose Ärzte kontrollieren Krankgemeldete.
- ISIS* (Informazioni Stampa Interesse Sanitario) 1988/ 5: Le USL ridotte da 20 a 12: una scelta giusta?
- ISIS* 1988/ 8: Servizi sanitari pubblici: necessari profondi mutamenti delle norme statali e regionali.
- ISIS* 1988/ 9/10: Meno USL, ma anche maggiore programmazione.
- ISIS* 1988/ 12: Il riassetto sembrava un provvedimento giusto, ma andava pilotato meglio.
- ISIS* 1989/ 3: Per i sindacati un anno di transizione.
- ISIS* 1989/ 12a: Ticket e P.T.: va avanti la manovra '89.
- ISIS* 1989/ 12b: Nuovi sistemi di finanziamento e controlli per il rilancio del SSN.
- ISIS* 1989/ 14: Il problema è razionalizzare la spesa sanitaria.
- ISIS* 1989/ 21: L'ANCI d'accordo sulle aziende USL.
- ISIS* 1989/ 23: Riforma del SSN e contratto privato: le due sfide per gli anni '90.
- ISIS* 1989/ 35: Tendenze e bilancio 1988/89.
- ISIS* 1989/ 45: Limitata l'area delle imprese destinatarie di sgravi fiscali.
- ISIS* 1989/ 48/49: Il governo ripresenta il decreto-legge sulla spesa sanitaria e il ripiano debiti.
- ISIS* 1990/ 10: Definito il testo da inviare all'esame del Parlamento. Ddl 4227 (Riordinamento del SSN).
- ISIS* 1990/ 36/37: Sanità: la parola al cittadino.

ISIS 1990/ 44: Italia: chi paga più ticket?

ISIS 1991/ 1/2: Il testo dell'articolo della L.n. 407/90 pubblicata nella G.U. n. 303 del 31/12/90.

ISIS 1991/ 3: Allo Stato e non ai comuni l'onere del ticket per gli indigenti.

Il medico d'Italia, April 1986: Speciale-dossier.

Il medico d'Italia, Juni 1987: Speciale-dossier.

Il Messaggero, 23.3.1987a: Usl: La Corte dei Conti indaga sull'allegria gestione.

Il Messaggero, 23.3.1987b: Tè per urina: 5 a giudizio.

Il Messaggero, 21.7.1987: Tassa salute: per un annuncio sequestrato "L'Adige".

Il Messaggero, 25.7.1987: Tassa sulla salute: il termine scade domani. Proroga?

Il Messaggero, 8.9.1987: "Equità fiscale, non ticket sanitari", questa la ricetta CGIL contro il deficit.

Il Messaggero, 1.3.1988: Tanti gli ospedali superaffollati eppure 38 mila letti sono di troppo.

La Repubblica, 10.2.1987: Arrestato un socialista per lo scandalo dell'Usl.

Gesetze und Verordnungen

DPR - Decreto del Presidente della Repubblica v. 20.5.1987, Nr. 270. Abgedruckt in: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana v. 11.7.1987, Nr. 65. Rom: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.

Legge 23 dicembre 1978 n. 833, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Abgedruckt in: Gazzetta Ufficiale 28 dicembre 1978, n. 360 supplemento ordinario.

Legge 15 gennaio 1986 n. 4, Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle Unità sanitarie locali. Abgedruckt in: Gazzetta Ufficiale 20 gennaio 1986, n. 15.

Kapitel 5

Großbritannien

Jens Alber

A. Grundzüge

1. Die Stellung des *National Health Service* im britischen Gesundheitssystem

Fast die gesamte medizinische Versorgung findet in Großbritannien im Rahmen des 1948 geschaffenen *National Health Service* statt. Der nationale Gesundheitsdienst gewährt allen Wohnbürgern unabhängig von Beitragszahlungen, Staatsangehörigkeit oder ähnlichen einschränkenden Voraussetzungen medizinische Sachleistungen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung. Die Patienten erhalten in der Regel über als "*general practitioners*" bezeichnete niedergelassene Allgemeinärzte Zutritt zum Versorgungssystem. Anders als in Deutschland besteht kein direkter Zugang zum Facharzt. Die in Krankenhäusern erbrachten fachärztlichen Leistungen können nur auf der Grundlage von Überweisungen durch *general practitioners* in Anspruch genommen werden.

Der umfassende Mitgliederkreis und Leistungskatalog des *National Health Service* lassen der *Privatmedizin* nur wenig Raum. Britischen Schätzungen zufolge entfallen nur 6% aller Gesundheitsausgaben auf

Für Auskünfte, zur Verfügung gestellte Informationen und/oder kritische Kommentare zu früheren Entwürfen dieses Kapitels bin ich zu besonderem Dank verpflichtet: Nick Bosanquet, Royal Holloway and Bedford College, University of London; Marian Döhler, MPI für Gesellschaftsforschung, Köln; Rudolf Klein, School of Humanities and Social Sciences, University of Bath; Henry Landsberger, University of North Carolina, Raleigh; Alan Maynard, Centre of Health Economics, University of York; Michael Moran, Department of Government, University of Manchester; Frank Müller, Templeton College, Oxford; Ray Robinson, King's Fund Institute, London; Richard Rose, Centre for the Study of Public Policy, University of Strathclyde, Glasgow.

den Privatsektor.¹ Allerdings wächst der private Bereich in jüngster Zeit schneller als der *National Health Service* (NHS). Private Versicherungen verzeichneten in den achtziger Jahren stark steigende Mitgliederzahlen. 1987 gehörten ihnen etwa 5,7 Millionen Mitglieder oder rd. 10% der Bevölkerung an, 1979 waren es nur 5% gewesen (Klein 1989: 215; Timmins 1988: 21). Ein Charakteristikum der britischen Privatversicherung ist, daß sie zum überwiegenden Teil von gemeinnützigen Versicherungsgesellschaften ("*provident associations*") getragen wird und daß die Privatversicherung eher als Ergänzung denn als Alternative zum NHS genutzt wird, weil jedem Wohnbürger der Zugang zu den Leistungen des nationalen Gesundheitsdienstes offen bleibt (vgl. Glaser 1981: XI-16-19). In der Regel werden Privatversicherungen in der Hoffnung abgeschlossen, die im Falle bestimmter Operationen recht langen Wartezeiten für Krankenhausbetten zu verkürzen.

Der Aufschwung der Privatversicherung geht in erster Linie auf die rasch wachsende Zahl der von Arbeitgebern für die Belegschaften abgeschlossenen Gruppenverträge zurück (vgl. Robson 1983: 131; Allen 1984: 220). Dieser Trend wurde durch verschiedene Faktoren begünstigt. Zum einen hat die Konservative Regierung den Abschluß privater Versicherungen durch Steuervergünstigungen zu fördern gesucht, zum anderen diente der private Krankenversicherungsschutz den Tarifparteien während der Zeit der Lohnkontrollen als ein Lohnsteigerungen ersetzender "*fringe benefit*" (Allen 1984; Döhler 1987).

Ein wichtiges Merkmal des britischen Gesundheitswesens ist der weit fortgeschrittene Ausbau kommunaler Gesundheitsdienste. Großbritannien verfügt seit jeher über ein breites Netz sozialer Hilfsdienste auf Gemeindeebene, das von den Kommunalbehörden in enger Zusammenarbeit mit freiwilligen Verbänden unterhalten wird. Bereits in der Zwischenkriegszeit wurden 95% aller Kinder im ersten Lebensjahr mindestens einmal von einer Gemeindeschwester bzw. -hebamme im Rahmen von "*home health visiting*"-Programmen besucht (Hollingsworth 1986: 26). In jüngster Zeit wurden die gemeindenahen Gesundheitsdienste noch stark erweitert. Die Zahl der vollzeitbeschäftigten Gemeindeschwestern (*district nurses*) ist zwischen 1975 und 1985 von rd. 11.700 auf 15.600 gestiegen (Health and Personal Social Services Statistics 1987: 104, 110). Im Bereich ambulanter Pflegedienste arbeiten die den deutschen Sozial-

1 Die englischen Ausgabedaten wurden von Frank Müller, Oxford, übermittelt.

stationen entsprechenden Gemeindedienste besonders eng mit dem Freiwilligensektor zusammen. Pflegeheime sind überwiegend in privater Hand oder von frei gemeinnützigen Einrichtungen getragen. Die rasch expandierenden Sterbekliniken (Hospize) sind in ihrer Mehrheit karitative Einrichtungen, die aus Spendenmitteln finanziert werden (Arnold 1987: 62).

Die gemeindenahen Dienste sind administrativ in die sog. "*Community Health Services*" und die "*Personal Social Services*" getrennt. Die Säuglings- und Mütterbetreuung, der schulärztliche Dienst, die Familienberatung, der Krankenwagendienst und der zahnärztliche Vorsorgedienst zählen zum erstgenannten Bereich, der seit der Reform von 1974 gemeinsam mit dem stationären Sektor den *Health Authorities* unterstellt ist und daher auch unter der zusammenfassenden Bezeichnung "*Hospital and Community Health Services*" figuriert. Die vorwiegend von Sozialarbeitern erbrachten "*Personal Social Services*" (PSS) sind dagegen in der Kompetenz der Gemeinden. Hauptsächlich handelt es sich hierbei um die Betreuung von Heimkindern, geistig Behinderten und gebrechlichen Personen sowie um diverse Hilfsdienste wie etwa die Versorgung mit Mahlzeiten. Dabei kommen vorwiegend Sozialarbeiter zum Einsatz.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß das Gesundheitswesen Großbritanniens fast ausschließlich vom öffentlichen *National Health Service* bestimmt wird. Die Privatmedizin spielt nur eine kleine Ergänzungsrolle. Beachtlich ist aber der Umfang der jenseits von Markt und Staat erbrachten freiwilligen Leistungen auf kommunaler Ebene. Die genossenschaftliche Hilfe hat in Großbritannien eine lange Tradition, die im Bereich des Gesundheitswesens auf die schon 1793 gesetzlich anerkannten *friendly societies* zurückgeht, welche als Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit Unterstützungsleistungen für kranke Mitglieder organisierten. Die historischen Vorläufer der aktuellen Organisationsstrukturen des britischen Gesundheitswesens sollen im folgenden kurz umrissen werden.

2. Historie

Der Nationale Gesundheitsdienst ist als eine Einrichtung der Nachkriegszeit zwar relativ jungen Ursprungs, konnte aber an diverse Vorläufer anknüpfen, die z.T. bis in das 19. Jahrhundert zurückreichen. Ein für Hygienemaßnahmen und Seuchenbekämpfung zuständiger **öffentlicher**

Gesundheitsdienst wurde bereits durch den *Public Health Act* von 1848 errichtet. Der *Education Act* von 1907 schuf dann einen schulmedizinischen Dienst unter kommunaler Kontrolle mit regelmäßigen Untersuchungen der Schulkinder. Gesetze der Jahre 1918 und 1936 sahen den Ausbau von Gemeindediensten zur häuslichen Betreuung junger Mütter und Kinder vor (1918 *Maternity and Child Welfare Act*, 1936 *Midwives Act*). Damit verfügten die britischen Kommunen schon relativ früh über ein ausgedehntes Netz gesundheitlicher Gemeindedienste (Hollingsworth 1986: 26).

Im **Krankenhausbereich** eröffneten der *Metropolitan Poor Act* von 1867 und der *Poor Law Amendment Act* des folgenden Jahres erstmals die Möglichkeit, von den Armenhäusern unabhängige Hospitäler für Bedürftige zu errichten. Damit nahm die Ausdifferenzierung der Krankenhäuser aus der kommunalen Armenpflege ihren Anfang. Der *Local Government Act* von 1929 eröffnete dann den Zugang zu Gemeindecrankenhäusern unabhängig von Bedürftigkeitstests. Außerdem verlagerte er die Zuständigkeit für die Krankenhäuser und die Armenpflege von speziellen Fürsorgeämtern (*Boards of Guardians*) zu den Kommunalbehörden, die auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst verantwortlich zeichneten.

Der *National Health Insurance Act* von 1911 schuf schließlich eine gesetzliche Krankenversicherung zur Sicherung der **ambulanten Versorgung** der Arbeiter. Die Pflichtmitgliedschaft erstreckte sich auf alle beschäftigten Arbeiter über 16 Jahre. 1919 wurde erstmals ein nationales Gesundheitsministerium eingerichtet. In der Zwischenkriegszeit kam es zu mehreren Reforminitiativen und zur Einsetzung diverser als "*Royal Commissions*" bezeichneter Untersuchungskommissionen, aber die Weltwirtschaftskrise und der Kriegsbeginn ließen der Realisierung von Reformvorhaben keinen Raum.²

Einige Strukturmerkmale des traditionellen Gesundheitswesens entfalteten weichenstellende Wirkung für die Richtung der Nachkriegsreformen. Der *National Insurance Act* von 1911 hatte sich nur auf die ambulante Versorgung der Arbeiter bezogen, die Familienangehörigen und den Krankenhausbereich aber nicht erfaßt. Dadurch gab es für den Krankenhaussektor kaum Wachstumsimpulse. Träger der stationären Versorgung blieben zum einen die mit dem Odium der Armenpflege behafteten Gemeindecrankenhäuser, zum anderen die "*voluntary hospitals*" in den Händen

2 Zur Geschichte vgl. die Überblicke bei Ham (1985), Allen (1984), Robson (1983), Glaser (1981) sowie in ausführlicherer Form Gilbert (1973), Bruce (1968), Hollingsworth (1986).

freier Träger, die als Einrichtungen privater Wohltätigkeit durch Spenden und Stiftungen der Oberschicht finanziert wurden. Die wohlhabenderen Bevölkerungsgruppen ließen sich in der Regel nicht im Krankenhaus, sondern im Privathaushalt oder in den wenigen profitorientierten Privatkliniken (*nursing homes*) stationär behandeln.³

Funktionale Äquivalente einer *staatlichen* Krankenhausversorgung blieben in England daher schwach entwickelt. 1938 hatte das Land mit 52 Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohnern eine sehr viel geringere Bettendichte als das Deutsche Reich mit 87.⁴ Überdies herrschte in den auf Spenden angewiesenen englischen Krankenhäusern ständige Finanzmittelknappheit. Eine der Entwicklung der Medizintechnik Rechnung tragende Modernisierung der Kliniken blieb daher ebenso aus wie ein Ersatz der durch Bombenschäden entstandenen Kriegsverluste. Die im Krankenhaus praktizierenden Ärzte wurden überdies so schlecht bezahlt, daß sie an einer Erhaltung des alten Systems wenig Interesse hatten. Damit standen der Errichtung eines nationalen Gesundheitsdienstes im stationären Bereich vergleichsweise wenig Hindernisse im Wege. Die Organisationsstruktur des neuen Systems knüpfte an die alten Regelungen insofern an, als sie dem traditionellen sozialen Engagement der Oberschichten durch den Einbau zahlreicher freiwilliger Verwaltungsgremien im *National Health Service* neue Betätigungsfelder eröffnete.⁵

Eine weitere wichtige Weichenstellung hing mit der Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen. Sie gab in England zu geringeren Interessenkollisionen mit der Ärzteschaft Anlaß als in Deutschland. Das hängt zunächst mit der historischen Sequenz der Ereignisse zusammen. In England schlossen sich die Ärzte schon lange vor der Etablierung einer öffentlichen Krankenversicherung zu einem Verband zusammen. Die *British Medical Association* wurde bereits 1832 gegründet. Ihre organisatorische Identität bildete sich daher - anders als im Fall der deutschen Ärzteschaft - unabhängig von Konflikten mit gesetzlichen

3 Daten zur Struktur des britischen Krankenhauswesens am Ende der Zwischenkriegszeit finden sich bei Glaser (1981: II-3). Demnach stellten die Gemeindekrankenhäuser knapp die Hälfte aller Kliniken, aber rd. zwei Drittel aller Betten.

4 Die Zahlen für England und Wales sind errechnet aus Angaben bei Glaser (1981: II-3) und den Bevölkerungszahlen von Flora u.a. (1987: 79). Die deutsche Zahl stammt aus Statistisches Bundesamt (1972: 125).

5 Anderson (1972) spricht hier von der Kontinuität des Prinzips "*noblesse oblige*" im von zahlreichen ehrenamtlichen Gremien geprägten britischen Verwaltungssystem.

Krankenkassen heraus. Das dürfte eine vergleichsweise pragmatische Orientierung der Verbandsführung begünstigt haben.

Das Krankenversicherungsgesetz von 1911 war überdies von einer Liberalen Regierung eingeführt worden, die bemüht war, den Interessen der Ärzte Rechnung zu tragen und auch den Belangen der traditionell das Krankheitsrisiko abdeckenden *friendly societies* entgegenzukommen.⁶ Da das von Liberalen gestaltete Gesetz nicht als Werk sozialistischer Systemveränderer gelten konnte und die Mitgliedschaft der *friendly societies* traditionell weit in den Kreis der Mittelschichten hineinreichte, kam es in England nicht zu der für die deutsche Krankenversicherung typischen Polarisierung zwischen sozialdemokratisch kontrollierten Kassen und freiberuflichen Ärzten und der damit einhergehenden starken Überlagerung gesundheits- und gesellschaftspolitischer Konflikte. Wegen der geringeren Statusbedrohung durch einen gemeinsamen Gegner blieb die *British Medical Association* zersplitterter und fand anscheinend nicht zu der ideologischen Geschlossenheit und Kampfbereitschaft deutscher Ärzteverbände.⁷ Die Frage der Arzthonorierung bot vergleichsweise wenig Konfliktstoff, weil die britischen Ärzte traditionell sowohl von den *friendly societies* wie von der gesetzlichen Krankenversicherung nach Kopfpauschalen bezahlt wurden, durch die Umstellung auf einen mit diesem Bezahlungsmodus operierenden nationalen Gesundheitsdienst also keine früheren Privilegien einbüßten.

Der Zweite Weltkrieg stellte dann eine Übergangsetappe dar, die den Wechsel vom alten zum neuen System erleichterte. Der im Jahr 1939 geschaffene *Emergency Medical Service* unterstellte zur Sicherung der medizinischen Versorgung die freiwilligen Krankenhäuser ebenso wie die Gemeindекliniken gemeinsamer Planung und Koordination. Um Epidemien wirksam bekämpfen zu können, richtete die Regierung überdies einen *National Public Health Laboratory Service* ein. Damit waren dem Staat nicht nur neue gesundheitspolitische Kompetenzen erwachsen, sondern

6 Die *friendly societies* fungierten auch im neuen System als Kassen. Da es keinen Kassenzwang gab, blieb für ihre nach wie vor selbstverwalteten Gremien viel Gestaltungsspielraum. Die Ärzte erlangten zwei wichtige Konzessionen, die ihre traditionelle Abhängigkeit von den *friendly societies* minderten. Zum einen wurde den Versicherten das Recht auf freie Arztwahl zugestanden, zum anderen traten als Vertragspartner der Ärzte nun *Insurance Committees* auf, in denen sowohl die Ärzte als auch die Versicherten repräsentiert waren (für Details vgl. Gilbert 1973, bes. Kap. 7).

7 Zur noch heute größeren Kompromißbereitschaft britischer Arztvertreter und der vergleichsweise weitgehenden gesundheitspolitischen Polarisierung in Deutschland vgl. die empirische Studie von Landsberger/ Campbell/ Carlson (1987a).

auch Behördenapparate geschaffen, die auf Beharrung drängten und als Keimzelle für die Errichtung des staatlichen Gesundheitsdienstes wirkten.

Der Krieg erwies sich überdies einmal mehr als ein machtvoller Motor staatsbürgerlicher Gleichheit. Ähnlich wie nach dem Ersten Weltkrieg die Demokratisierung des Wahlrechts der von allen Schichten erbrachten Opfer des britischen Volkes Rechnung trug, so sollte im Zweiten Weltkrieg die Planung des Wohlfahrtsstaats mit einem nationalen Gesundheitsdienst die soziale Integration sichern und die Entbehrungen des Krieges kompensieren. Im Prinzip herrschte darüber unter allen Parteien Einigkeit. Der ursprüngliche Plan zur Errichtung des NHS geht auf ein *White Paper* der Kriegskoalition von 1944 zurück. Dennoch war der Übergang zum neuen System keineswegs konfliktfrei. Erst eine Reihe von Kompromissen ebnete der Reform den Weg.

Der Plan der nach dem Krieg an die Macht gekommenen Labour-Regierung beruhte auf zwei Pfeilern: Die lokalen und freiwilligen Krankenhäuser sollten durch einen einheitlichen Krankenhaussektor unter zentralstaatlicher Kontrolle ersetzt werden, und die Ärzte sollten im jedermann gebührenfrei zugänglichen System medizinischer Versorgung zu Gehaltsempfängern des Staates werden. Die erste Absicht zog vor allem Kompetenzkonflikte zwischen der Regierung und den Kommunen nach sich,⁸ die zweite führte zu Konflikten mit den Ärzten. Im Konflikt mit den Kommunen sah sich die Regierung zu der Konzession gezwungen, den Gemeinden die Zuständigkeit für den öffentlichen Gesundheitsdienst zu belassen, im zweiten Fall kam es zu einer Reihe von Kompromissen mit der Ärzteschaft. Obwohl intern keineswegs einig, widersetzten sich die in der *British Medical Association* dominierenden Allgemeinärzte den Regierungsplänen am stärksten. Sie konnten schließlich erreichen, daß ihr freiberuflicher Status gewahrt blieb und die traditionelle Honorierung nach Kopfpauschalen beibehalten wurde. Eine vollständige Blockade der Reform gelang ihnen aber nicht, weil die Fachärzteschaft ins Lager der Regierung überschwenkte. Die traditionell schlecht bezahlten und von Überweisungen der Allgemeinärzte abhängigen Fachärzte akzeptierten den Übergang zur Gehaltszahlung im Krankenhaus als einen ihre soziale Sicherheit stärkenden Schritt. Sie setzten aber durch, daß die Lehrkran-

8 Die freiwilligen Krankenhäuser hatten anscheinend in der Labour-Partei nicht genügend politisches Gewicht, um erfolgreich als Vetomacht auftreten zu können (vgl. hierzu Klein 1983).

kenhäuser von der allgemeinen Klinikverwaltung getrennt blieben und die Chefarzte der Krankenhausstationen das Recht zu privater Nebentätigkeit behielten.

Die diversen Kompromisse führten schließlich zur Beibehaltung der traditionellen *dreigliedrigen Organisation* der britischen Gesundheitsversorgung in einen Zweig öffentlicher Gesundheitspflege in Regie der Gemeinden, einen Zweig ambulanter Versorgung in der Verantwortung frei niedergelassener Ärzte und der als Vertragspartner der Ärzte fungierenden "*Executive Councils*", die an die Stelle der früheren *Insurance Committees* traten, sowie einen Krankensektor, der nun von unter der Kontrolle der Zentralregierung stehenden Gesundheitsbehörden ("*Health Authorities*") verwaltet wurde. Kompliziert wurde das Schema noch dadurch, daß die Universitätskliniken (*teaching hospitals*) aus der allgemeinen Krankenhausverwaltung durch regionale *Hospital Boards* herausgelöst und eigenständigen *Boards of Governors* unterstellt wurden, die allein dem Ministerium verantwortlich waren. Allerdings wurden die drei großen Bereiche nun weitgehend einheitlich aus allgemeinen Steuermitteln finanziert, und die gesamte Bevölkerung erhielt Zugang zu allen medizinischen Dienstleistungen. Die neuen Regelungen wurden im *National Health Service Act* von 1946 verabschiedet und traten 1948 in Kraft.

Die Planer des NHS waren von der Vorstellung ausgegangen, es gebe ein fixes Quantum an Krankheiten, das schnell reduziert werden könne, sobald nur jedermann Zugang zu medizinischen Diensten erhalte. Es beunruhigte die Gesundheitspolitiker daher, daß die Kosten in den Anfangsjahren sehr viel stärker stiegen als erwartet. Zwar wuchs das Sozialprodukt noch stärker, so daß die Gesundheitsausgabenquote sank, aber im Zentrum der Gesundheitspolitik der seit 1951 regierenden Konservativen stand dennoch die Kostendämpfung. Bis 1955 wurde nicht ein einziges Krankenhaus neu gebaut (Robson 1983: 108). Schon die Labour-Regierung hatte unter dem Eindruck der durch den Koreakrieg hervorgerufenen Budgetbelastungen 1951 für einige Leistungskomponenten (bescheidene) Gebühren eingeführt, die seither ein fester Bestandteil des NHS sind.

Unter dem seit 1960 tätigen Gesundheitsminister Enoch Powell verlagerte sich die gesundheitspolitische Zielsetzung dann zunehmend auf den Ausbau der Versorgungskapazitäten. 1962 veröffentlichte die Regierung einen *Hospital Plan* zum Ausbau des Krankensektors, 1963 folgte ein Plan für den Ausbau der Gemeindedienste. Die 1964 ins Amt gewählte Labour-Regierung setzte das Investitionsprogramm im Kranken-

hausbereich in erweitertem Maßstab fort und förderte überdies den Ausbau kommunaler Gesundheitszentren für die ambulante Versorgung. Schließlich reformierte sie nach langen Verhandlungen mit der Ärzteschaft das Honorierungssystem der die ambulante Versorgung tragenden Allgemeinärzte.

Unter der Herrschaft der 1970 gewählten konservativen Regierung setzte dann eine Phase gewerkschaftlicher Mobilisierung ein, die auch im nationalen Gesundheitsdienst zu verschärften Verteilungskonflikten führte. Die Regierung reagierte darauf mit umfangreichen Plänen zur Reorganisation der Entscheidungsstrukturen. Nach einem aufsehenerregenden Streik der Krankenhausbediensteten im Jahr 1973 war die Labour-Partei in der Wahl von 1974 siegreich. Sie übernahm ein Gesundheitswesen im Aufruhr, implementierte gleichwohl aber die Grundzüge der von den Konservativen geplanten Strukturreform. Der Spielraum für Konzessionen an das zunehmend härtere Forderungen stellende Gesundheitspersonal - auf die Auseinandersetzung mit dem Pflegepersonal folgten erbitterte Einkommenskonflikte mit den Ärzten - schrumpfte, als der Staatshaushalt im Kontext der Weltwirtschaftskrise zunehmend in rote Zahlen geriet.

1976 verband der *International Monetary Fund* eine Kreditzusage an Großbritannien mit harten Konsolidierungsaufgaben. Seither steht die Gesundheitspolitik im Zeichen der Kostendämpfung. Das Budget des NHS unterliegt einer strikten Deckelung im Rahmen des 1976 eingeführten "*cash limits*"-System, das nachträgliche Etataufstockungen zur Deckung von Defiziten nicht mehr vorsieht. Seit 1976 ist die Regierung auch um die Gesundheits**planung** im Sinne der bewußten Definition von Prioritäten und einer entsprechenden Allokation von Ressourcen bemüht. Während die Labour-Regierung versucht hatte, den privaten Sektor zurückzuschrauben - etwa durch die Reduzierung von "*pay beds*" in öffentlichen Krankenhäusern -, zielt die seit 1979 im Amt befindliche konservative Regierung darauf ab, den NHS nicht nur über Sparmaßnahmen, sondern auch durch Umschichtungen zugunsten des privaten Sektors zu entlasten. Zu den entsprechenden Maßnahmen zählen die steuerliche Begünstigung der privaten Krankenversicherung, die Unterstützung der Gründung von Privatkliniken und die Auslagerung von Dienstleistungen für die Krankenhäuser (Wäsche, Kochen, Putzen) in den privaten Sektor.

Die Privatisierung ist allerdings eher ein Neben- als ein Hauptziel der konservativen Gesundheitspolitik. Das Kernstück der unter der Regierung Thatcher eingeleiteten Strukturreformen besteht in der Verbesserung

gesundheitspolitischer Steuerungschancen durch Zentralisierung der Entscheidungskompetenzen und die Zerschlagung bzw. Schwächung intermediärer Strukturen (vgl. dazu genaueres unten sowie Klein 1989). Während die mit der Sicherstellung medizinischer Versorgung betrauten *Health Authorities* unter striktere Kontrolle des Gesundheitsministeriums⁹ gestellt wurden, wurde der Einfluß der Ärzte und Lokalbehörden in den Entscheidungsgremien zurückgeschraubt. Gleichzeitig war die Regierung bestrebt, eine Ökonomisierung der Organisationskultur des *National Health Service* in die Wege zu leiten, in deren Rahmen die traditionelle Leitidee einer möglichst optimalen medizinischen Versorgung durch die Fusionierung medizinischer und ökonomischer Rationalitätskriterien zugunsten des neuen Leitgedankens der Effizienz zurücktreten sollte (vgl. Klein 1989, Döhler 1990).

Zusammenfassend lassen sich demnach fünf *Phasen der Nachkriegsentwicklung* unterscheiden:

- 1948-1959 Status-quo-Politik auf der Basis inkrementell fortgeschriebener Budgets;
- 1960-1969 gezielter Ausbau des Krankenhausesektors und der Gemeindedienste mit einhergehender Mobilisierung des NHS-Personals;
- 1970-1975 Verstrickung in Einkommenskonflikte mit dem Gesundheitspersonal und Bemühen um organisatorische Reform;
- 1976-1979 Kampf um Kostenkontrolle und die Reduzierung der Privatmedizin;
- 1979-1991 Kostenkontrolle gepaart mit tiefgreifenden Strukturreformen und Privatisierungsbestrebungen.

Der im Zentrum der gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen der jüngsten Zeit stehende Kampf um Strukturreformen und die damit einhergehende Umverteilung der Kompetenzen einiger zentraler Schlüsselakteure des britischen Gesundheitswesens wird deutlicher, wenn die Organisationsstruktur des NHS etwas genauer herausgearbeitet wird.

9 Das Gesundheitsministerium wurde wiederholt mit dem Sozialministerium zusammengelegt oder wieder von ihm getrennt (vgl. dazu Abschnitt B.2).

3. Der Wandel der Organisationsstrukturen

Der britische *National Health Service* mag ausländischen Beobachtern zwar wie eine riesige *Health Maintenance Organization* mit vereinter Finanzierungs- und Leistungsverantwortung erscheinen, ist tatsächlich aber in mehrfacher Hinsicht alles andere als ein monolithischer Block. Zunächst einmal ist die **regionale Vielfalt** zu bedenken, denn in den verschiedenen Landesteilen des Vereinigten Königreiches - England, Wales, Schottland und Nordirland - ist das Gesundheitswesen unterschiedlich organisiert. Zum zweiten stehen **drei unabhängige Zweige der Leistungserbringung**, nämlich der Krankenhausbereich einschließlich der kommunalen Gesundheitseinrichtungen, der ambulante Sektor und die Sozialdienste der Gemeinden weitgehend unvermittelt nebeneinander. Drittens sind **differenzierte Bürokratien** für die Finanzierung und die Leistungserbringung zuständig, nämlich die zentralstaatliche Ministerialbürokratie auf der einen und die in Regionen und Bezirken tätigen *Health Authorities* auf der anderen Seite. Die *Health Authorities* fungieren als eigenständige Behörden unter ehrenamtlicher Führung. Insofern ist auch das britische Gesundheitswesen durch eine komplexe Vielfachsteuerung gekennzeichnet, welche eine kohärente gesundheitspolitische Steuerung durch die Regierung erschwert. Deshalb haben verschiedene Regierungen, insbesondere aber die Konservativen in der Ära Thatcher, immer wieder versucht, eine hierarchische Steuerung erleichternde Strukturreform in Gang zu bringen. Ehe auf den Wandel der Organisationsstrukturen seit 1948 eingegangen wird, soll zunächst die Komplexität der Organisation etwas genauer erläutert werden.

Der Verwaltungsaufbau des nationalen Gesundheitsdienstes ist in den **verschiedenen Landesteilen** unterschiedlich geregelt. Die in diesem Bericht dargestellte Organisationsstruktur mit dem Gesundheitsministerium an der Spitze gilt so nur für England. Die Gesundheitsdienste von Schottland und Wales unterstehen den jeweiligen Regionalministerien, für Nordirland ist ein eigenständiges Amt für Gesundheits- und Sozialdienste zuständig (vgl. Abel-Smith/ Maynard 1979: 87; Secretary of State for Health 1989: 73-97). Unterhalb der ministeriellen Ebene ist die Verwaltungsstruktur in den verschiedenen Landesteilen zwar weitgehend ähnlich, nicht aber identisch. Ausländische oder vergleichende Darstellungen des

britischen Systems beziehen sich daher in der Regel nur auf England, ein Muster, dem auch hier gefolgt wird.¹⁰

Der zweite komplexitätssteigernde Faktor ist in der Zergliederung der Organisationsstruktur in **drei unabhängige Leistungssegmente** zu sehen (vgl. dazu Abbildung 5.2). Den Kern des Gesundheitswesens bildet der unter der Kontrolle der **Health Authorities** stehende Bereich der stationären Versorgung und der kommunalen Gesundheitsdienste (*community health services*). Zu letzteren zählen die Gemeindeschwestern und "health visitors" sowie psychiatrische und therapeutische Dienste. Die Leistungen im ambulanten Bereich werden dagegen von freiberuflichen Anbietern erbracht, die über Verträge mit den **Family Practitioner Committees** an den NHS gebunden sind. Die **Family Practitioner Committees** sind von den **Health Authorities** unabhängige Verwaltungsgremien mit ehrenamtlicher Führung, die je zur Hälfte aus Ärzten und aus Vertretern der Laienklientel bestehen (Details dazu in Abschnitt C.1). Für ambulante Pflegedienste, den Rettungsdienst sowie Hygiene- und Präventionsmaßnahmen waren bis zur Reform von 1974 die **Kommunalbehörden** (*local government authorities*) zuständig. Die meisten ihrer gesundheitspolitischen Kompetenzen gingen durch die Reform auf die **Health Authorities** über, aber die Kommunen sind auch heute noch für "personal social services" (PSS), d.h. eine den deutschen Sozialstationen ähnliche Betreuung Alter und Behinderter durch Haushaltshilfen, "meals on wheels" und ähnliche Dienstleistungen zuständig (Abel-Smith/ Graham 1984: 194, Allen 1984: 215).

Die **kommunalen Sozialdienste** werden von den Sozialämtern der **116 Lokalbehörden** (*local authorities*) erbracht, an deren Spitze gewählte Räte (*councils*) stehen. Seit 1974 gibt es zwischen den NHS-Authorities und den Kommunalbehörden ein "Joint Planning" für die sozialen Betreuungsdienste sowie in beschränktem Maße auch "Joint Finance"-Programme für besondere Zielgruppen wie geistig Behinderte oder Alte, deren Integration in die Gemeinden angestrebt wird (Abel-Smith/ Graham 1984: 202; Ham 1985: 73, 136). Aufgrund ihrer eigenständigen politischen Legitimation durch Lokalwahlen verfügen die Kommunalbehörden gegenüber der Ministerialbürokratie über eine beträchtliche Autonomie, so daß eine zentrale Planung und Kontrolle der sozialpflegerischen Dienste schwerfällt (Ham 1985: 136).

10 Für einen kurzen Abriss des Verwaltungsaufbaus in Schottland siehe Pendreigh (1984).

Der Kernbereich des NHS - die stationäre und kommunale Gesundheitsversorgung - ist durch die organisatorische *Differenzierung* der für Finanzierung und Planung zuständigen *Ministerialbürokratie* und den für die Leistungserbringung verantwortlichen *Health Authorities* gekennzeichnet. An der Spitze dieser Gesundheitsbehörden stehen vorwiegend ehrenamtlich tätige Leitungsorgane, in denen neben Verwaltungsfachleuten auch Vertreter der Leistungsanbieter und der Laienklientel repräsentiert sind. Die Bezeichnung "*National Health Service*" bezieht sich in England normalerweise nur auf diese für die Gesundheitsversorgung zuständigen quasi-staatlichen *Health Authorities*, nicht aber auf die zentralstaatliche Spitze im Ministerium.

Das Personal der beiden Bürokratien rekrutierte sich traditionell auf verschiedene Weise und folgte zumindest bis zu den Reformen der jüngsten Zeit unterschiedlichen Normen und Orientierungen. Die im Gesundheitsministerium tätigen Beamten verstehen sich in erster Linie als Mitglieder des *civil service*, die häufig zwischen verschiedenen Ministerien wechseln und deshalb keine ressortspezifischen Loyalitäten entwickeln. Selbst während ihrer Tätigkeit im Gesundheitsministerium sind sie durch diverse "*interdepartmental committees of civil servants*" ständig mit den Stäben anderer Ressorts verbunden. Ihre Mobilitätskanäle verbinden sie vorrangig mit anderen Regierungsressorts, nicht aber mit den Behörden des Gesundheitsdienstes.¹¹ Ihr zentrales Interesse richtet sich daher auf die Verfolgung von Karrierechancen im Regierungsapparat. Karrierefördernd ist es, wenn es den Beamten gelingt, im Rahmen des in Zusammenarbeit mit dem Finanzministerium entwickelten Budgetplans zu bleiben. Diesem Ziel gilt daher in erster Linie ihr Engagement (vgl. dazu weitgehend übereinstimmend Klein 1985; Ham 1985; Glaser 1981).

Das traditionell ehrenamtlich tätige Führungspersonal der für die Leistungserbringung zuständigen *Health Authorities* war dagegen bislang primär an der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung orientiert und arbeitete vorrangig darauf hin, die dem NHS zugestandenen Finanzmittel zu erhöhen. Allerdings sind die *Health Authorities* nicht nur mit der Sicherstellung der medizinischen Versorgung betraut, sondern dem Ministerium gegenüber auch für die Verwendung der zugewiesenen Budget-

11 In letzter Zeit wird allerdings versucht, Ministerialbürokratie und Gesundheitsbehörden auch personell stärker zu verflechten. So wurde 1984 in der "*regional liaison division*" eine Position geschaffen, die jeweils eine Teilzeitbeschäftigung im Ministerium und in den Gesundheitsbehörden vorsah (Ham 1985: 153).

mittel rechenschaftspflichtig. Sie nehmen also sowohl Finanzierungs- wie Leistungserbringungsfunktionen wahr. Dieser Doppelcharakter spiegelt sich auch in der Zusammensetzung der Leitungsgremien wider, denn dort sind neben Verwaltungsfachleuten auch Vertreter der an der Leistungserbringung beteiligten Professionen und der Laienklientel mit Sitz und Stimme vertreten, und zum Verwaltungsstil gehörte es bis zu den Reformen der jüngsten Zeit, Entscheidungen konsensual zu treffen.

Da die *Health Authorities* nicht zur staatlichen Bürokratie gehören, glich das Beziehungsmuster zwischen dem Ministerium und den Gesundheitsbehörden lange Zeit eher einem System interorganisatorischer Verhandlungen als einer klaren Befehlshierarchie. Zwar setzt das Ministerium die Höhe der Budgets fest, aber sobald das Budget eines Haushaltsjahres einmal verteilt ist, kann das Ministerium "weder befehlen, noch bestechen" (Klein 1983: 52), um seinen Anordnungen Nachdruck zu verleihen. Was mit den Geldern zu geschehen hat, bestimmten bis zu den Reformen der jüngsten Zeit zunächst die *Health Authorities* und in letzter Instanz die in medizinischen Sachfragen volle Autonomie genießenden Chefärzte ("*consultants*") der Krankenhäuser. Als Steuerungsmittel standen dem Ministerium traditionell lediglich Information und "*moral suasion*" zur Verfügung. Zwar ist der Minister seit dem *Health Services Act* 1980 gegenüber den Vorsitzenden der *Health Authorities* auch formell weisungsbefugt und hat theoretisch sogar die Möglichkeit, sie zu entlassen, aber in der Praxis waren diese Machtmittel britischen Beobachtern zufolge "etwa ebenso anwendbar wie die Atombombe" (Ham 1985: 151). Insbesondere im Zeichen eines wachsenden Interesses an Kostenkontrolle richtete sich das Interesse der Regierungen daher darauf, die Komplexität der Entscheidungsstrukturen durch eine Neuverteilung der Kompetenzen zugunsten zentralstaatlicher Kontrolle zu reduzieren. Die diversen Reformversuche seit der Mitte der siebziger Jahre lassen sich als Schritte in diese Richtung interpretieren.

Die 1948 geschaffene Organisationsstruktur des NHS hatte bis 1973 Bestand, wurde dann aber durch Reformen der Jahre 1974, 1982 und 1989/90 dreimal grundlegend geändert (vgl. dazu Abbildung 5.1). Kernstück der auf langjährige Planungen zurückgehenden, von der konservativen Regierung 1973 ausgearbeiteten und schließlich ein Jahr später unter der Labour Regierung realisierten **Reform von 1974** waren drei Neuerungen:

- eine Vereinfachung der Verwaltungsstruktur mit verstärkter Integration der einzelnen Leistungszweige;

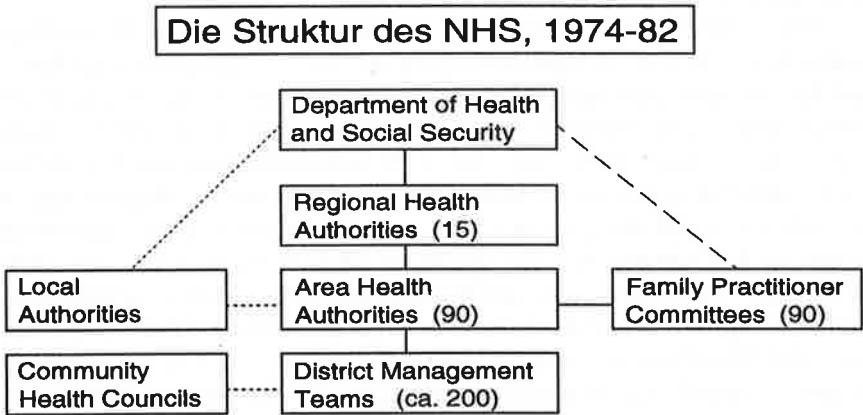
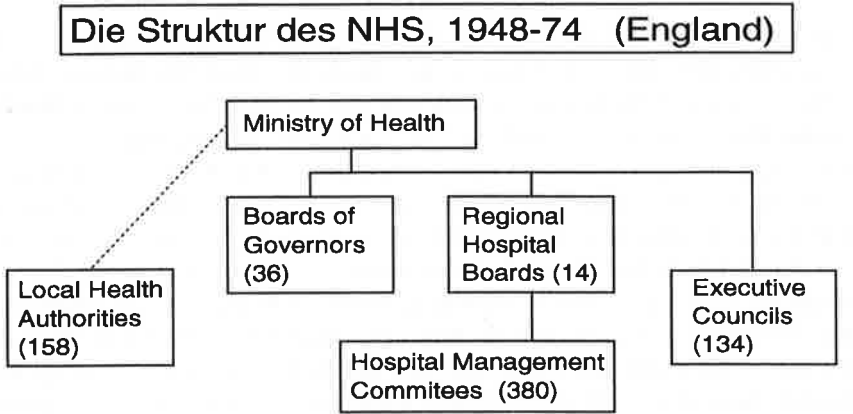
- ein Ausbau der Partizipationschancen von Laien;
- und verstärkte Mitbestimmungsmöglichkeiten der Ärzte in professionellen Beratungsgremien auf allen Verwaltungsebenen.

Das zentrale Ziel der Reform lag in der Überwindung der rigiden Trennung zwischen den drei Zweigen der medizinischen Versorgung. Dazu wurde eine neue Verwaltungsebene mit der Bezeichnung "*Area Health Authorities*" (AHAs) geschaffen, die den für die Krankenhäuser zuständigen Apparat stärker mit den ambulanten und den kommunalen Diensten verflechten sollte. Überdies wurden die Universitätskliniken nun in die allgemeine Krankenhausverwaltung integriert. Statt der ursprünglich etwa 700 unterschiedlichen Gesundheitsbehörden mit *Regional Hospital Boards*, *Boards of Governors* für Lehrkliniken, *Hospital Management Committees* und *Executive Councils* gab es nun eine stromlinienförmigere Struktur mit nur noch rund 300 verschiedenen Behörden, nämlich 15 *Regional Health Authorities*, 90 *Area Health Authorities* mit ihnen zugeordneten *Family Practitioner Committees* und 200 *District Management Teams*, denen sogenannte *Community Health Councils* als Beratungsorgane zur Seite gestellt wurden (Klein 1989: 95-98).

Der Verflechtung des NHS mit der kommunalen Gesundheitspflege diente zum einen die Zusammenlegung der Territorialgrenzen von AHAs und Gemeinden, zum anderen die Unterstellung des Pflegepersonals der Gemeinden und Krankenhäuser unter die gemeinsame Kontrolle der NHS-Authorities (Glaser 1981: VII-10/11). In den AHA-Vorständen erhielten die Lokalbehörden daher ein Drittel der Sitze. Die stärkere Repräsentation der (überwiegend der Labour-Partei angehörenden) Kommunalpolitiker führte in Verbindung mit der größeren lokalen Sichtbarkeit des NHS infolge der Vereinheitlichung der Territorialgrenzen zu einer zunehmenden Politisierung des Gesundheitsdienstes (vgl. dazu Klein 1980). Dazu trug auch die Mobilisierung der Laienklientel bei, der mit den *Community Health Councils* als Repräsentationsorgan für Konsumenteninteressen neue Partizipationsmöglichkeiten eröffnet wurden.

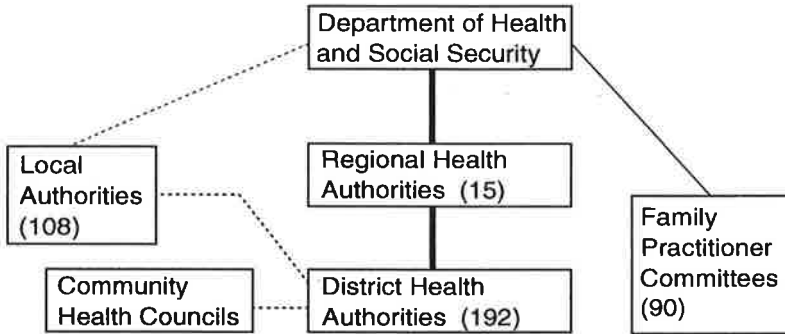
Der besseren Verzahnung des NHS mit der ambulanten Arztversorgung diente die Einrichtung von *Family Practitioner Committees* (FPCs), die den gleichen territorialen Zuständigkeitsbereich wie die *Area Health Authorities* erhielten. Neben die 90 englischen FPCs traten noch 8 in

Abbildung 5.1: Die Organisationsstruktur des National Health Service in verschiedenen Phasen

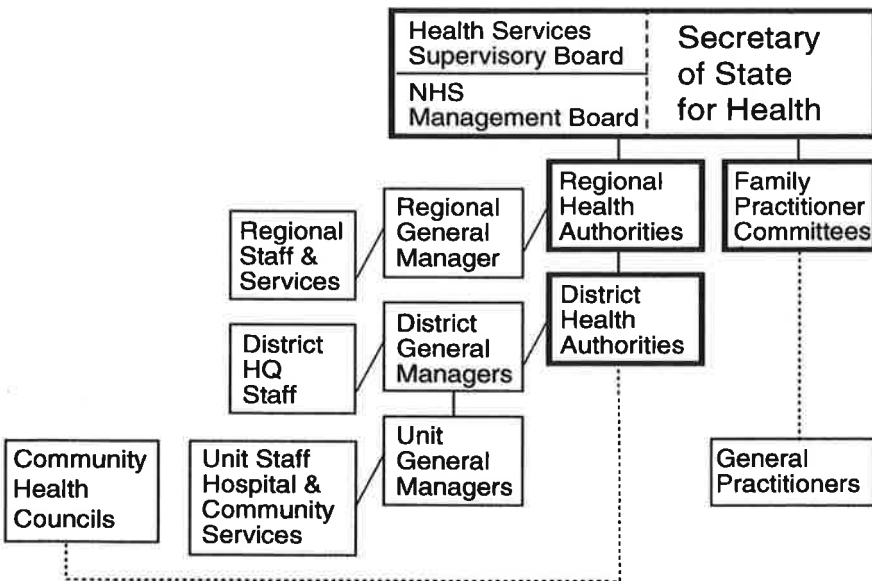


- Legende:**
- Kontrolle und Finanzierung
 - - - Finanzierung
 - Konsultation und Beratung

Die Struktur des NHS, 1982-85



Die Struktur des NHS, 1985-90



Wales.¹² Die AHAs konnten einen Teil der Mitglieder dieser Ärzte und Laien paritätisch repräsentierenden Nachfolgeorgane der *Local Executive Councils* ernennen. Überdies wurden sie für die Einrichtung von Gemeindeambulatorien (*health centres*) zuständig und erlangten die Aufsicht über das im ambulanten Bereich tätige Hilfs- und Pflegepersonal (Klein 1983: 97). Der Einfluß der Ärzteschaft wurde dadurch gestärkt, daß die Ärzte - ebenso wie erstmals auch die Krankenschwestern - in den Leitungsgremien der *Regional Health Authorities* wie der *Area Health Authorities* Sitz und Stimme erhielten und daß sämtliche Verwaltungsebenen des NHS nun ärztliche Beratungskomitees zur Seite gestellt bekamen (Klein 1989: 95). Verwaltungsentscheidungen sollten im Stile des "*consensus management*" unter Abstimmung der Interessen von Verwaltung, Ärzten und Krankenschwestern gefällt werden. Mit der Einbindung der Ärzte und Krankenschwestern in das Management war nicht nur eine Garantie professioneller Vetomacht verbunden, sondern auch ein erster Schritt zur Fusionierung medizinischer und ökonomischer Rationalitätskriterien im Interesse der Effizienz der Leistungserbringung unternommen.

Zentrales Ziel der von der Regierung Thatcher realisierten *Reform von 1982* war es dann, den Einfluß der ehrenamtlichen *Health Authorities* und der kommunalpolitischen Peripherie zugunsten verbesserter Kontrollchancen des Zentrums zurückzuschrauben. Für viele Beobachter verwirrend wirkte dabei, daß die Regierung ihre Vorhaben rhetorisch unter den Stichworten "Dezentralisierung und Entbürokratisierung" propagierte. Tatsächlich ging es darum, den Einfluß der Gewerkschaften und der von der Labour-Partei kontrollierten Kommunalbehörden im NHS zurückzuschrauben (vgl. Klein 1989: 198-200). Die *Area Health Authorities* wurden abgeschafft. Damit stimmten die territorialen Grenzen der NHS-Behörden, Kommunen und *Family Practitioner Committees* nicht mehr überein, und die untersten Verwaltungsebenen des NHS gewannen größere Unabhängigkeit gegenüber der Lokalpolitik. In den neu geschaffenen *District Health Authorities* erhielten die Kommunen nur noch ein Viertel (statt ein Drittel) der Sitze.

Das Prinzip des *consensus management* mit der Fusionierung medizinischer und ökonomischer Rationalitätskriterien durch gemeinsame Verantwortlichkeit von Ärzten, Krankenschwestern und Betriebswirten wurde nun auch auf die *management units* unterhalb der Distrikt-

12 In Schottland wird die Funktion der FPCs von 15 *Health Boards*, in Nordirland von 4 *Health and Social Service Boards* wahrgenommen (Arnold 1987: 27).

ebene ausgedehnt (vgl. Harrison 1988: 134). Die *Health Authorities* erhielten striktere ministerielle Richtlinien und wurden strengerer ministerieller Fachaufsicht mit jährlicher Berichtspflicht ("*accountability reviews*") unterworfen, erhielten aber größere Freiräume in der Verwendung ihrer Mittel. So erhielten sie das Recht, durch das "*contracting out*" Serviceleistungen wie Putz-, Reinigungs- und Küchendienste von privaten Anbietern zu kaufen. Damit wurde die Position der Gewerkschaften im NHS entscheidend geschwächt. Gleichzeitig wurde die Finanzkontrolle über die Krankenhäuser durch Kompetenzerweiterungen für Krankenhausdirektoren und Schatzmeister der NHS-Verwaltungen verstärkt (Glaser 1981: VII-12ff). Schließlich wurden die *Family Practitioner Committees* aus ihrer Zuordnung zu NHS-Behörden herausgelöst und ausschließlich dem Ministerium unterstellt, von dem sie ihr Budget erhielten. Ihre Kontrollkompetenzen gegenüber den niedergelassenen Ärzten wurden in den Folgejahren beträchtlich erweitert (vgl. dazu Tabelle 5.1 sowie im Detail Abschnitt C.1).

Die sog. "*Griffiths Reform*" des Jahres 1983/84 setzte den Trend zur Stärkung der Kontrolle des Zentrums über die Peripherie und zum Abbau der Vetomacht intermediärer Gruppen fort. Die Reform basierte auf einem kargen 25-Seiten-Report einer vom Londoner Geschäftsmann, Roy Griffiths, geleiteten Untersuchungskommission (Klein 1989: 208). Wohl selten hatte ein derart knapper und in kürzester Zeit erstellter Bericht ähnlich einschneidende Wirkungen. Die Grundidee war, den NHS auf allen Ebenen stärker auf Effizienz auszurichten. Strategische Ziele und Richtlinien der Gesundheitspolitik sollte ein vom Minister geleiteter *Health Services Supervisory Board (HSSB)* im Ministerium übernehmen. Die Ausführung dieser Vorgaben sollte ein ebenfalls im Ministerium angesiedelter *NHS Management Board* gewährleisten, der die unteren Verwaltungsebenen beaufsichtigen und dem HSSB gegenüber rechenschaftspflichtig sein sollte. Auf allen Ebenen der NHS-Hierarchie sollten mit drei- bis fünfjährigen Verträgen ausgestattete kündbare *General Managers* als allein verantwortliche Verwaltungsleiter fungieren, deren Gehalt sich am Grad der Erfüllung von Richtlinien orientieren sollte. Mit dem Einzug dieser neuen Verwaltungshierarchie sollte die Ökonomisierung des Gesundheitswesens vorangetrieben und das seit 1974 praktizierte *consensus management* durch Ärzte, Krankenschwestern und Verwaltern, in dem ökonomische Rationalitätskriterien noch mit medizinischen verquickt waren, durch effizienzorientierte Rationalisierungsfachleute ersetzt werden. Zur Überprüfung der Leistungsfähigkeit der *Health Authorities*

im Sinne der neuen Direktiven wurden regelmäßige Kontrollen unter Einbezug privater Wirtschaftsprüfer empfohlen (vgl. Klein 1989: 208-209; Harrison 1988: 137-140; Döhler 1990: 261-265). Die Regierung beeilte sich, diese Vorschläge in die Praxis umzusetzen. Nach Verabschiedung des *Health Care and Social Services Act* von 1985, so bemerkt der englische Gesundheitssystemexperte Rudolf Klein, "the recommendations were carried out almost to the letter" (Klein 1989: 209).

Es dauerte dann lediglich wenige Jahre, bis die konservative Regierung 1989 in ihrem *White Paper "Working for Patients"* mit neuen Reformvorschlägen an die Öffentlichkeit trat, die eine weitere Umverteilung der Kompetenzen zugunsten des Zentrums und zuungunsten intermediärer Vetopositionen der Lokalbehörden, Ärzte und NHS-Bediensteten beinhalteten. Als Grundpfeiler des neuen Vorstoßes können die folgenden Prinzipien gelten (vgl. dazu Secretary of State for Health 1989):

- Straffung der Entscheidungsstrukturen in den Health Authorities mit einem Abrücken vom Prinzip der Repräsentation bestimmter Gruppen zugunsten der Rekrutierung individueller Fachkompetenz bei erweiterten Entscheidungsbefugnissen der *General Managers*;
- Schwächung professioneller Selbstregulierung zugunsten stärkerer Management-Befugnisse mit Unterstellung der *Family Practitioner Committees* unter die Kontrolle der *Regional Health Authorities*;
- Verstärkte Regulierung der Arztstätigkeit durch Richtlinien und verschärfte Überprüfungen;
- Ökonomisierung großer Arztpraxen und Kliniken durch Schaffung der Möglichkeit, eigenständige Budgets zu verwalten (*budget holders*).

Die bislang 16-19 Mitglieder zählenden Leitungsgremien der *Regional* und *District Health Authorities* sollen zwecks größerer Entscheidungsfähigkeit auf 11 Mitglieder reduziert werden. In den *Regional Health Authorities* sollen neben den hauptamtlichen Verwaltungsleitern (*executive members*) vom Minister ernannte, aber ohne die früher übliche Konsultation von Interessengruppen berufene *non-executive members* sitzen, die nicht als Repräsentanten von Gruppeninteressen, sondern lediglich kraft individueller (Management-)Fähigkeiten Sitz und Stimme erhalten. Die Repräsentation der *local authorities* in den *District Health Authorities* wird abgeschafft. Die Größe der *Family Practitioner Committees* soll ebenfalls von bisher 31 auf 11 Mitglieder reduziert werden, wobei die Ärzteschaft ihr Nominierungsrecht von Repräsentanten einbüßt. Arzt- wie Laienvertreter sollen nicht mehr als Repräsentanten ihrer Gruppen gelten,

sondern kraft individueller Kompetenz von den *Regional Health Authorities* ernannt werden. Richtlinien- und Kontrollkompetenzen der FPCs werden ausgebaut. Ihre Geschäftsführung übernimmt ein über offene Ausschreibung rekrutierter *General Manager*. Auch die Krankenhausärzte werden stärker an Richtlinien gebunden und Tätigkeitsprüfungen unterworfen. Die Ernennung zum Facharzt erfolgt nicht mehr auf der Grundlage der Empfehlung professioneller Kommissionen, sondern durch die *District General Manager*. Gehaltsaufbesserungen für die Krankenhausfachärzte (*distinction awards*) sollen nicht mehr durch unabhängige Professionsgremien, sondern durch Komitees der *Regional Health Authorities* unter Einbeziehung von Managern vergeben werden, wobei die Vergabe sich nicht ausschließlich an medizinischen Kriterien, sondern auch am Nachweis verwalterischer Fähigkeiten orientieren soll. Gruppenpraxen niedergelassener Ärzte mit mehr als 11.000 Patienten sollen ebenso wie Großkliniken mit mehr als 250 Betten Budgethoheit erhalten, also autonom über von den *Regional Health Authorities* zugewiesene fixe (gedeckelte) Budgetmittel verfügen können. Die Arztbudgets sollen auch fixe Arzneimittelbudgets umfassen. In den Verwaltungsgremien der neuen *NHS Hospital Trusts* soll das Krankenhauspersonal nicht repräsentiert sein, und die Krankenhausmanager sollen die Freiheit erhalten, Arbeitsbedingungen und Gehälter unabhängig von nationalen Tarifvereinbarungen festzulegen. Die neue Politik wurde im *NHS and Community Care Act* von 1990 verankert und soll ab April 1991 schrittweise implementiert werden.

Zusammenfassend läßt sich der Grundtenor der konservativen Strukturreformen seit 1979 mit den Schlagworten **Zentralisierung**, **Entmediatisierung** und **Ökonomisierung** kennzeichnen. Der Zentralisierung der Macht diene der Aufbau einer neuen Verwaltungshierarchie mit verantwortlichen *General Managers* auf allen NHS-Entscheidungsebenen, die unter der Ägide ministerieller Richtlinien ("*performance indicators*") und regelmäßiger Kontrollen ("*annual reviews*") operieren. Daß es hier ungeachtet der gelegentlichen Dezentralisierungs-Rhetorik der Regierung tatsächlich um den Ausbau hierarchischer Kontrolle ging, ist nirgendwo klarer formuliert als im 1989 publizierten *White Paper "Working for Patients"*. Dort heißt es: "The overall effect of these changes will be to introduce for the first time a clear and effective chain of management running from Districts through Regions to the Chief Executive and from there to the Secretary of State" (Secretary of State for Health 1989: 12). Der Entmediatisierung im Sinne der Zerschlagung von Vetopositionen intermediärer Gruppen dienten drei strategische Umverteilungen von

Kompetenzen: die Zurückdrängung der *local authorities* aus NHS-Entscheidungsgremien, die Schwächung professioneller Repräsentation in diesen Gremien bei gleichzeitigem Abbau professioneller Selbstregulierungsbefugnisse und schließlich die Verwässerung des Gewerkschaftseinflusses durch die Ermächtigung der *Health Authorities* zum Kauf privater Dienstleistungen unter Umgehung der für den öffentlichen Dienst geltenden Tarifbestimmungen sowie durch die vorgesehene Freisetzung der *NHS Hospital Trusts* von Mitbestimmungsmöglichkeiten des Personals in den Führungsstäben. Die Tabelle 5.1 macht dieses Muster der Schwächung intermediärer Gruppen durch eine zusammenfassende Chronologie der Veränderungen noch einmal deutlich. Die Ökonomisierung schließlich wurde durch die systematische Überlagerung medizinischer Rationalitätskriterien mit betriebswirtschaftlichen Effizienzkalkülen im Zuge der Vergabe gedeckelter Budgetmittel, des Ausbaus der Entscheidungsbefugnisse der Manager und der Prüfungsverfahren ("*audits*") der *Health Authorities* durch kommerzielle Wirtschaftsprüfer vorangetrieben.

Die Organisationsstruktur des NHS ist seit dem Regierungsantritt der Konservativen unter Margaret Thatcher ständigem Wandel unterworfen. Dennoch lassen sich einige grundlegende Organisationsprinzipien feststellen, die im folgenden für den von den *Health Authorities* verwalteten Kernbereich skizziert werden sollen, wobei die Situation vor der noch nicht voll implementierten Reform von 1990 als Bezugspunkt gilt (vgl. das Organisationsschema in Abbildung 5.1). Auf die im Bereich der ambulanten Versorgung tätigen und von den *Health Authorities* unabhängigen *Family Practitioner Committees* wird in Abschnitt C.1 eingegangen.

An der Spitze des nationalen Gesundheitsdienstes steht in England das *Department of Health*, das zeitweise mit dem Sozialministerium zum *Department of Health and Social Security* (DHSS) zusammengeschlossen war. Das Ministerium ist gegenüber dem Parlament für die Funktionsweise und die Mittelverwendung des *National Health Service* verantwortlich.¹³ Es bestimmt die Richtlinien der Gesundheitspolitik und betreibt seit 1974 eine umfassende *Gesundheitsplanung* mit Rahmenvorgaben für die Planungsarbeit der nachgeordneten *Health Authorities*. Darüber hinaus arbeitet es den Haushaltsplan aus und verteilt die vom Parlament bewilligten Mittel auf die Regionalbehörden. Schließlich über-

13 Konkret bedeutet das z.B., daß der Minister im Jahr etwa 3.000 parlamentarische Anfragen zum NHS zu beantworten hat (Klein 1980: 117).

wacht es das Finanzgebaren und die Funktionsweise der unteren Verwaltungseinheiten.

Der Implementationsprozeß der Regierungspolitik beginnt jedes Jahr mit dem Erlaß ministerieller "*Guidelines*" für die Regionalbehörden, die danach immer wieder durch Rundschreiben ("*Circulars*") konkretisiert werden. Die Realisierung der Direktiven erfordert aber wiederholte Verhandlungen, denn über das ihnen einmal zugeteilte Budget können die *Health Authorities* im Prinzip frei verfügen. Nur gelegentlich und in bescheidenem Umfang greift das Ministerium zur Verteilung zweckgebundener Mittel (*earmarked funds*), um seine Prioritäten zur Geltung zu bringen.

Mit der Ausführung der Gesundheitspolitik sind die 14 Regional- und 192 Bezirksgesundheitsbehörden (*Regional Health Authorities* bzw. *District Health Authorities*) betraut. An ihrer Spitze stehen ehrenamtlich tätige Vorstände, die gleichsam als Aufsichtsräte fungieren, welche die Arbeit des hauptamtlich tätigen Verwaltungsstabes überwachen. An der Spitze der Verwaltungshierarchie steht seit der *Griffiths Reform* der *General Manager*. Die Vorstandsmitglieder der Regionalbehörden ernennt der Minister, ebenso den Vorstandsvorsitzenden der Bezirksbehörde. Den Regionalbehörden obliegt die Planung der Gesundheitseinrichtungen, die Verteilung des vom Ministerium zugebilligten Budgets auf die Bezirke und die Kontrolle der Arbeit der Bezirksbehörden. Die Bezirksbehörden tragen die Verantwortung für die Erbringung der Gesundheitsleistungen und die laufende Verwaltung. Sie verteilen die Budgetmittel auf die einzelnen "*units*" der medizinischen Versorgung, d.h. auf Krankenhäuser und die diversen Gesundheitsdienste der Gemeinden, und sind den Regionalbehörden gegenüber rechenschaftspflichtig.

Die 14 *Regional Health Authorities* (RHA) sind für Gebiete zuständig, deren Einwohnerzahl zwischen rd. 2 und 5 Millionen schwankt (Allen 1984: 215). Für die Größe und Zusammensetzung der RHA-Vorstände gab es bislang getreu der traditionellen britischen Vorliebe für flexible Richtlinien keine festen Vorschriften. Die 16-19 (bzw. früher 18-25) Mitglieder werden vom Minister nach Konsultationen mit interessierten Gruppen wie Wohlfahrts- und Arztverbänden sowie Kommunalverwaltungen ernannt. Einen (nicht präzisierten) Teil der Vorstandsmitglieder stellt die Ärzteschaft. Die Ernennung gilt für einen Turnus von vier Jahren und ist wiederholbar. Bis auf den Vorsitzenden, der eine Teilzeitvergütung erhält, sind alle Mitglieder unbezahlt (Ham 1985: 137). Seine

Tabelle 5.1: Chronologie der Schwächung intermediärer Gruppen im National Health Service unter konservativer Herrschaft

Ärzte		Gewerkschaften	Health Authorities	Local Authorities
General Practitioners	Consultants (Kliniken)			
<p>1982: FPCs unter direkter Kontrolle des Ministeriums</p> <p>1985: nach Health and Social Security Act von 1984 Positivliste für Arzneimittel, Richtlinien mit performance reviews; Computerisierung der Praxen; PACT-Informationssystem zum ärztlichen Verschreibungsverhalten</p> <p>1988: Health and Medicines Act; cash limits für Praxiskosten; erweiterte Kontrollkompetenzen für FPCs</p>		<p>1980: Circular zur Ermächtigung der RHAs, Rücklagen für den Streikfall zu bilden</p> <p>1981: Circular zum Contracting out, d.h. Kauf billiger Serviceleistungen von privaten Anbietern, so daß Unterbietung von NHS-Preisen möglich</p> <p>1983: Aufhebung der Fair Wages Resolution; private Anbieter befreit von Tarifen des öffentlichen Dienstes; NHS-Aufträge an Private frei von Lohnregelungen; Segmentierung der Interessen der NHS-Bediensteten durch Errichtung eines speziellen "Review Body for Nursing Staff, Midwives, Health Visitors and Professions Allied to Medicine" zur Regelung der Besoldung paraprofessionellen Personals</p>	<p>1979: Rayner scrutines: Betriebsprüfungen des öffentlichen Dienstes</p> <p>1982: Consensus management auch in management units unterhalb der Distriktebene</p> <p>1982: Annual accountability reviews der Health Authorities</p> <p>1983: Performance indicators zur Überprüfung der Health Authorities</p> <p>1983: Griffiths Report: Ende des Consensus management, general managers an der Spitze aller Health Authorities; NHS Management Board und Health Services Supervisory Board im Ministerium; audits durch private Wirtschaftsprüfer</p>	<p>1982: Durch Abschaffung der Area Health Authorities Aufhebung der geographischen Überlappung von Health Authorities und local authorities, größere Unabhängigkeit der Health Authorities von lokaler Politik; Reduzierung der Repräsentation lokaler Behörden in den DHA-Boards</p>

1989:

White Paper: Budgetäre Richtlinien für Arzneimittelverbrauch;
stärkere Kontrolle der Praxisführung durch FPCs und unabhängige audit commissions;
Ausbau der Kopfpauschalen mit größerer Arztwahl-freiheit der Patienten;
stärkere Regulierung der Zulassung zur Praxis;
Verkleinerung der FPCs mit General Manager an der Spitze;
Abrücken vom professionellen Repräsentationsprinzip;
Mitgliederernennung durch RHAs nach individueller Kompetenz; Kontrolle der FPCs durch RHAs.
Großgruppenpraxen mit über 11.000 Patienten unabhängige budget holders mit eigenem Arzneimittelbudget;
Budgetzuteilung durch RHAs

1989:

White Paper: Verträge der consultants zwecks Einschränkung ihrer Unabhängigkeit mit DHAs statt RHAs;
vertragliche Fixierung ihrer Pflichten;
Richtlinien für die Tätigkeit durch Medical Advisory Committee;
medical audits ihrer Tätigkeit;
Ernennung nicht mehr auf der Grundlage professioneller Empfehlung, sondern unter Einbeziehung der District General Managers;
Modifizierung der Distinction Awards, Vergabe nicht mehr durch professionelle Gremien, sondern durch RHA Committees unter Berücksichtigung der Management-Fähigkeiten;
Distinction Awards nur für begrenzte Dauer mit regelmäßiger Überprüfung.
NHS Hospital Trusts als unabhängige budget holders unter der Leitung eines Direktors;
Ärzte im Leitungsgremium kaum vertreten

1989:

White Paper: General Managers der Health Authorities nicht mehr an nationale Tarifabkommen gebunden;
größere lokale Flexibilität in der Definition der Arbeitsbedingungen;
keine Repräsentation der Angestellten in Verwaltungsgremien der NHS Hospital Trusts, die über die Beschäftigungsbedingungen autonom bestimmen können

1989:

White Paper: Verkleinerung der Health Authority Führungsstäbe auf 11 Personen;
Abrücken vom Repräsentationsprinzip zugunsten der Ernennung von Individuen mit Management-Kompetenz;
erweiterte Entscheidungsspielräume der general managers;
zentrale Kontrolle durch ministeriellen NHS Management Executive und NHS Policy Board unter dem Vorsitz des Ministers

1989:

White Paper: lokale Behörden nicht mehr in DHA-Führungsgremien repräsentiert

Amtsgeschäfte erledigt der Vorstand in monatlichen Plenarsitzungen (Glaser 1981: II-12).

Die Alltagsverwaltung liegt in den Händen des vom *General Manager* geleiteten hauptamtlichen Stabs, der je nach Größe der *Health Authority* bis zu 10.000 Verwaltungsbeamte zählen kann. Dem Manager untersteht ein als "*Regional Management Team*" bezeichneter Führungsstab, zu dem ein Verwaltungsexperte (*administrator*), ein Schatzmeister (*treasurer*), je ein für die medizinische Versorgung und für die Pflegedienste zuständiger Leiter (*medical officer* und *nursing officer*) sowie ein für Erweiterungs- und Instandsetzungsarbeiten verantwortlicher "*works officer*" zählen (Allen 1984: 216; Ham 1985: 137; Glaser 1981: II-12). Der Posten des Managers wird ausgeschrieben. Die Einstellung erfolgt durch den Vorsitzenden der *Health Authority*. Die in der Regel auf 3-5 Jahre befristeten Verträge sind kündbar.

Die 192 *District Health Authorities* (DHAs) sind für die Gesundheitsversorgung von Bezirken zuständig, deren Bevölkerungszahl zwischen 100.000 und 800.000 schwankt (Allen 1984: 215; Abel-Smith/ Graham 1984: 211). Den DHAs gehören jeweils 16-19 Mitglieder an. Nur der vom Minister ernannte Vorsitzende erhält ein Teilzeitgehalt. Alle anderen Mitglieder sind ehrenamtlich tätig und werden z.T. von den RHAs sowie bis zur Reform von 1990 z.T. von den Kommunalbehörden nach Konsultation betroffener Verbände und Gruppen benannt (Ham 1985: 139; Allen 1984: 216). Auch hier stellt die Ärzteschaft einen Teil der Mitglieder.

Den DHAs unterstehen ähnlich wie den RHAs hauptamtliche Verwaltungsstäbe, an deren Spitze der *District General Manager* steht. Er wird von einem *District Management Team* assistiert, dessen Zusammensetzung in etwa dem der Regional Health Authorities entspricht. Ihm gehören neben den Leitern der Ressorts Verwaltung, Finanzen, medizinische Versorgung und Pflegedienste noch zwei gewählte Vertreter der niedergelassenen Allgemeinärzte (*general practitioners*) und der Krankenhaus-Chefärzte (*consultants*) an (Allen 1984: 216; Abel-Smith/ Graham 1984: 211). Der *General Manager* wird nach freier Stellenausschreibung vom Vorstand der Bezirksbehörde eingesetzt (Ham 1985: 139).

Die einzelnen Einrichtungen (*units*) innerhalb der Bezirke standen bis zur *Griffiths Reform* unter der Leitung eines Triumvirats, dem der leitende Verwaltungsbeamte (*administrator*), der ärztliche Leiter und der Leiter des Pflegedienstes angehörten (Allen 1984: 207; Glaser 1981: II-12). Seit der Reform trägt auch hier ein mit Zeitvertrag ausgestatteter *Unit Manager* die alleinige Verantwortung.

Charakteristisch für die NHS-Verwaltungsstruktur waren bislang ausgedehnte Partizipationsmöglichkeiten für die Ärzte und die Laienklientel. Vor allem die Ärzteschaft hat traditionell im NHS eine sehr starke Stellung. Über die Kontrolle des unabhängigen Zweigs der ambulanten Versorgung durch die freiberuflichen *general practitioners* hinaus ist sie im Kernbereich der Krankenhaus- und Gemeindedienste auf doppelte Weise repräsentiert, denn die Ärzte sitzen nicht nur in sämtlichen Führungsstäben der NHS-Verwaltung, sondern nehmen auf allen Verwaltungsebenen auch über diverse **Beratungsgremien** Einfluß. So bestehen in sämtlichen Regionen und Bezirken professionelle Beratungskomitees (*professional advisory committees*), die den Interessen und dem Sachverstand der im NHS tätigen Gesundheitsberufe Gehör verschaffen sollen (Abel-Smith/ Graham 1984: 200, Ham 1985: 11).

Auch die **Benutzer** der Gesundheitsdienste sind im NHS in zweifacher Hinsicht repräsentiert. Zum einen zielt das traditionelle Besetzungsverfahren der NHS-Leitungsgremien durch Ernennung nach Konsultation betroffener Gruppen darauf ab, auch Benutzerinteressen zur Geltung kommen zu lassen. Zum anderen wurden im Rahmen der Reform von 1974 auf Bezirksebene die schon erwähnten Organe der Laienpartizipation geschaffen, die unter dem Namen **Community Health Councils** (CHC) firmieren. Diese Gesundheitsbeiräte haben 18-30 Mitglieder, die z.T. von den *Regional Health Authorities*, z.T. von den Lokalbehörden ernannt sowie von freien Verbänden entsandt werden. Einen festen Schlüssel für Verteilung der Sitze gibt es anscheinend nicht, aber die freien Verbände nominieren in der Regel ein Drittel der Mitglieder (Harrison 1988: 137; Klein 1983: 96; Allen 1984: 217; Abel-Smith/ Graham 1984: 207). Die CHCs sollen die DHAs beraten und auf Funktionsmängel aufmerksam machen. Sie haben das Recht, Gesundheitseinrichtungen zu besuchen, Informationen zu verlangen und in bestimmten Fragen konsultiert zu werden. Einmal im Jahr treffen sie sich mit den DHAs zu Gesprächen. Zu ihrem jährlichen Tätigkeitsbericht müssen die DHAs Stellung nehmen (Abel-Smith/ Graham 1984: 208).

4. Planung, Budgetierung und Kontrolle

4.1 Planung

Die Einführung eines *NHS Planning System* war ein zentrales Anliegen der Reformgesetzgebung von 1974. Seit jenem Jahr wird im DHSS eine systematische Planung betrieben. 1976 veröffentlichte das Ministerium dazu einen gesundheitspolitischen Prioritätenkatalog mit dem Titel "Priorities for Health and Personal Social Services in England", dem später weitere Programme folgten (vgl. Ham 1985: 147). Neben der ministeriellen Rahmenplanung gibt es einen eigenständigen Planungsprozeß der NHS-Behörden, in dessen Rahmen die *Regional* und *District Health Authorities* "strategic plans" für die kommenden zehn Jahre sowie "annual programmes" für das folgende Jahr erarbeiten (Glaser 1981: V-24; Abel-Smith/ Graham 1984: 198/199; Ham 1985: 130-134). Die Planung der medizinischen Versorgung läuft trotz aller Straffung der letzten Jahre nicht streng hierarchisch von oben nach unten, sondern ist als eine zahlreiche Abstimmungen erfordernde Konzertierung von zentralstaatlichen "guidelines" und dezentralen Entwicklungsprojekten zu verstehen.

Im Ministerium koordinierte ursprünglich eine *Central Planning Unit* die in verschiedenen Abteilungen des Hauses erarbeiteten Pläne und entwickelte funktionale, am geschätzten Bedarf verschiedener Zielgruppen orientierte Budgetpläne ("*programme budgeting*" in den Kategorien *primary care, general hospital and maternity, elderly and younger disabled, mental handicap, mental illness, children, other* - Ham 1985: 130/131). Nach der *Griffiths Reform* übernahmen der *Health Services Supervisory Board* und der *Management Board* die Planungsaufgaben. Seither hat die Regelungsdichte durch ministerielle Richtlinien stark zugenommen (Döhler 1990: 289).

4.2 Budgetierung und Ausgabensteuerung

Ursprünglich erhielt der NHS einen im Prinzip feststehenden Budgetbetrag, der lediglich inkrementell um jährlich bis zu 3% aufgestockt wurde (Allen 1984: 224). Die Erstellung des Budgets verlief bis in die sechziger Jahre von unten nach oben, d.h. die lokalen *Hospital Management Committees* (HMCs) unterbreiteten den Regionalbehörden ihre Budgetansätze. Die Regionalgremien erarbeiteten daraus Haushaltspläne und leiteten sie

an das Ministerium weiter, das seine Etatplanung dann mit dem Finanzministerium (*Treasury*) abstimmte. Nach den üblichen Streichungen in den Etatberatungen des Kabinetts und des Parlaments revidierte das Ministerium die Regionalbudgets entsprechend, während die Regionalbehörden die Budgets der einzelnen HMCs neu berechneten. In der Praxis wurde das vom Parlament bewilligte Budget häufig überzogen und dann durch sog. "*supplementary estimates*", d.h. nachträglich bewilligte Aufstockungen, ausgeglichen.

1961 wurde das Budgetierungsverfahren dann zugunsten einer zentralstaatlichen mittelfristigen Finanzplanung geändert, nachdem eine Untersuchungskommission im sog. "*Plowden Report*" diverse Reformvorschläge zur öffentlichen Finanzwirtschaft vorgelegt hatte. Seither verläuft der Budgetierungsprozeß von oben nach unten. Ein ständiger Ausschuß des Kabinetts - das *Public Expenditure Survey Committee* (PESC) - erarbeitet eine ressort-übergreifende Finanzplanung für mehrere (ursprünglich fünf, später drei) Jahre, die dem Kabinett übermittelt wird (Glaser 1981: IV-7). Das Kabinett erstellt dann den Haushaltsplan der Regierung für das kommende Finanzjahr, der jährlich im *Public Expenditure White Paper* veröffentlicht wird. Seit der sog. *Financial Management Initiative* der konservativen Regierung im Jahr 1983 muß für alle öffentlichen Ausgabenprogramme spezifiziert werden, welche Ziele mit ihnen erreicht werden sollen und anhand welcher Kennziffern der Grad der Zielerreichung ablesbar ist. Das *White Paper* spezifiziert daher auch für den NHS jährliche Zielvorgaben und die damit verbundenen Ausgaben (Klein 1989: 206). Die vom Parlament bewilligten Mittel verteilt das Gesundheitsministerium dann an die Regionalbehörden des NHS, die ihrerseits die Verteilung an die Bezirksbehörden übernehmen.

Das zentrale Problem des alten PESC-Verfahrens lag darin, daß es die Inflation nicht berücksichtigte. Die PESC-Pläne operierten mit Daten auf der Grundlage des 15 Monate vor Beginn des infrage stehenden Haushaltsjahres geltenden Preisniveaus. Deshalb mußten die bewilligten Budgetbeträge nachträglich entsprechend der Entwicklung der Inflationsrate aufgestockt werden, wozu das Parlament Nachschläge ("*supplements*") zu bewilligen hatte. Unter dem Druck der mit einem Kredit des *International Monetary Fund* verbundenen Auflagen ging man 1976 dann zum sog. "*cash planning system*" über, das mit laufenden Preisen operiert und effektive Grenzen ("*cash limits*") für die Ausgaben fixiert. In der Praxis bedeutete das, daß das Budget des Vorjahres um die erwartete Inflationsrate sowie einen realen Aufstockungsbetrag erhöht wurde. Als

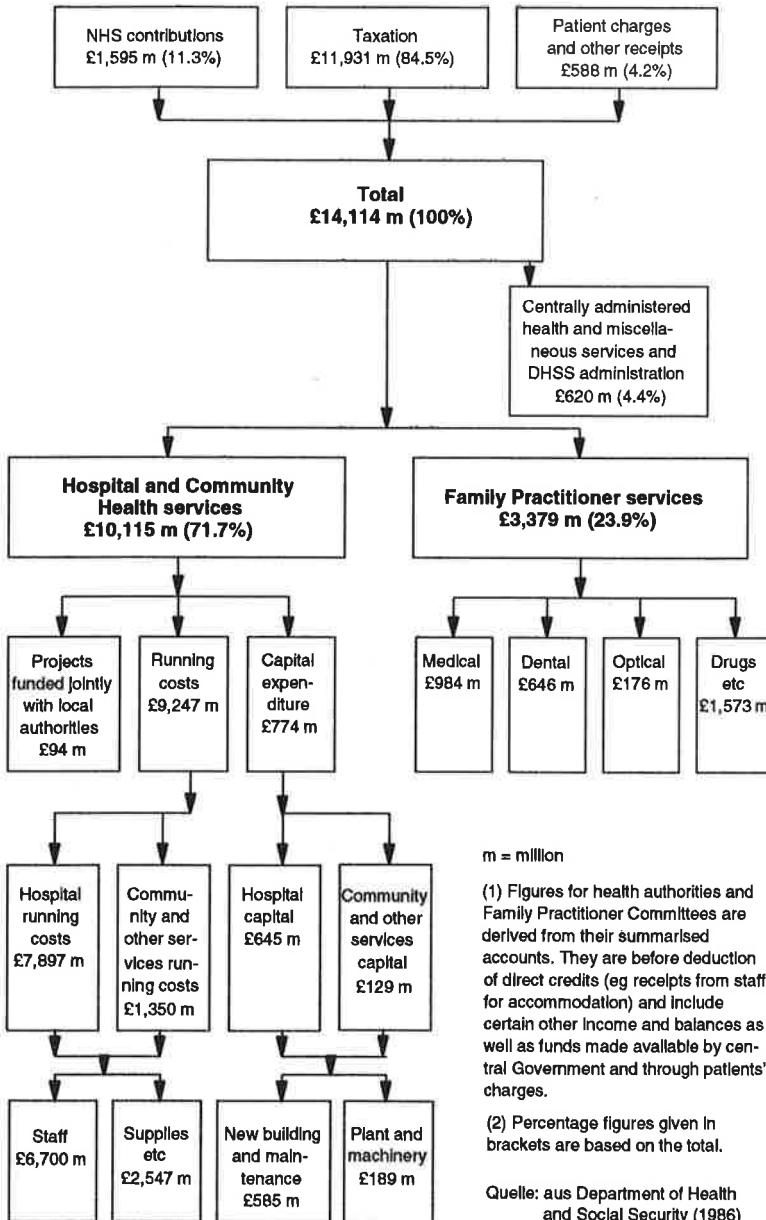
Faustregel für die Bemessung des Realzuwachses gilt seither, daß der Wandel der Altersstruktur und das Wachstum medizintechnischer Möglichkeiten eine jährliche Ausgabensteigerung von 1,2% erfordern (Klein 1985: 194). Nachträgliche Zuschläge zur Defizitdeckung sind im System der *cash limits* nicht mehr vorgesehen.

Die Deckelung der Gesundheitsausgaben durch *cash limits* gilt allerdings nicht für sämtliche Budgetposten. Das NHS-Budget gliedert sich in drei große Ausgabengruppen, nämlich den Bereich der Krankenhäuser und Gemeindedienste (*hospital and community health services*), den ambulanten Sektor (*family practitioner services*) und diverse zentralstaatliche Dienste (Laboruntersuchungen, Zuwendungen für freiwillige Gruppen, Subventionen für den *Health Education Council* und diverse andere). Innerhalb dieser Sektoren unterscheidet das Budget noch einmal zwischen konstanten und laufenden Ausgaben. *Cash limits* gelten nur für den Bereich der unter der Regie der *Health Authorities* stehenden Krankenhäuser und Gemeindedienste, die etwa 70% der Ausgaben beanspruchen. Die Ausgaben der *family practitioner services* im ambulanten Sektor gelten als nachfragegesteuert und bleiben deshalb ungedeckelt. Sie beanspruchen etwa 20% des NHS-Budgets für laufende Ausgaben (vgl. Abbildung 5.2 sowie Allen 1984: 226).¹⁴ Die diversen zentralen Dienste nehmen weniger als 10% der laufenden Ausgaben in Anspruch (Abel-Smith/ Graham 1984: 196).

Durch die prospektive Budgetierung mit einer Deckelung der Ausgaben verfügt die Regierung über ein wirksames Instrument der Kostenkontrolle. Dennoch hat die Ausgabensteuerung auch in Großbritannien noch offene Flanken, denn im Bereich der medizinischen Dienstleistungen entzieht sich die Entwicklung von Preisen und Mengen weitgehend der gesundheitspolitischen Kontrolle. Über die Menge der zu erbringenden Sachleistungen entscheiden im ambulanten wie im stationären Sektor die Ärzte in professioneller Autonomie. Die Höhe der Arzthonorare wird durch ein regierungsunabhängiges Gremium ("*Review Body*") bestimmt, dessen Empfehlungen die formell entscheidungsbefugte Regierung weitgehend binden (s. dazu näher Abschnitte B.3 und C.1). Im Bereich der

14 Durch die im Prinzip retrospektive Bezahlung ist die Wachstumsdynamik des ambulanten Sektors theoretisch zwar unbegrenzt, aber die Bezahlungsweise der Ärzte durch Kopfpauschalen und die bescheidene technologische Ausstattung der Arztpraxen setzen expansiven Tendenzen doch enge Grenzen (Glaser 1981: IV-27).

Abbildung 5.2: National Health Service funding and expenditure in England, 1984-85¹



(nicht-ärztlichen) Gesundheitsbeschäftigung sind die Preise bislang Gegenstand nationaler Tarifverhandlungen.

Der NHS ist Großbritanniens größter Arbeitgeber und zählt zu den Beschäftigungssektoren mit den höchsten gewerkschaftlichen Organisationsgraden. Die **Personalentscheidungen** fallen auf getrennten Ebenen, je nachdem, ob es um Mengen oder Preise geht. Innerhalb der Grenzen des zugeteilten Budgets entscheidet jede Gesundheitsbehörde autonom über die Menge und Struktur des einzustellenden Personals. Bei der Bezahlung muß sie sich aber an die auf nationaler Ebene ausgehandelten Tarife halten. Das Ministerium begnügt sich hinsichtlich des **Beschäftigungsvolumens** bislang mit unverbindlichen Rahmenplänen (Abel-Smith/Graham 1984: 196, 198; Allen 1984: 216). Nur die Vergabe von Facharztstellen in Krankenhäusern unterliegt stärkerer zentralstaatlicher Kontrolle (Allen 1984: 232; vgl. Abschnitt C.2 zur Rolle des "*Central Manpower Committee*"). Im ambulanten Sektor gelten die *Family Practitioner Committees* als "employing authorities in their own right" (Ham 1985: 31). Wie viele Arzthelfer eingestellt werden, entscheiden die niedergelassenen Allgemeinärzte selbst. Allerdings gibt es seit 1988 für den dafür vom NHS übernommenen Kostenanteil ein *cash limit* (Secretary of State for Health 1989: 49).

Über **Besoldungsniveau** und Arbeitsbedingungen der nicht-professioneller NHS-Bediensteten wird im Rahmen von nationalen Tarifverhandlungen in sog. **Whitley Councils** entschieden. Die *Whitley Councils* sind funktionsgruppenspezifische Verhandlungsgremien, in denen die Arbeitgeberseite durch Beamte des Ministeriums und der *Health Authorities* repräsentiert wird, während Vertreter von über 40 Verbänden und Gewerkschaften für die Bediensteten sprechen. Zahl und Art der Gewerkschaften variieren, je nachdem, über welche Berufsgruppe verhandelt wird. Für allgemeine arbeitsrechtliche Fragen (Arbeitsbedingungen, Urlaubs- und Pensionierungsregelungen) ist ein *General Whitley Council* zuständig, gruppenspezifische Besoldungsfragen werden in acht besonderen *councils* für einzelne Berufskategorien verhandelt (Allen 1984: 236; Glaser 1981: IX-2). Die Besoldung der Krankenschwestern orientiert sich seit 1983 an den Empfehlungen eines unabhängigen *Review Body for Nursing Staff, Midwives, Health Visitors and Professions Allied to Medicine*. Durch diese Ausklammerung der Entlohnung paraprofessionellen Personals aus dem System der Tarifverhandlungen im Rahmen der *Whitley Councils* wurde die Segmentierung der Interessen der NHS-Beschäf-

tigten gefördert und die Schwächung der Position der Gewerkschaften vorangetrieben.

Da 3/4 des NHS-Budgets für Gehaltszahlungen verwendet werden, beeinflussen Personalvolumen und Besoldungsniveau die Gesundheitsausgaben in entscheidendem Maße (Allen 1984: 226). Charakteristisch für den NHS ist nun, daß über Ausgabenvolumen, Preise und Mengen an getrennten Orten entschieden wird und daß die einzelnen Entscheidungsprozesse nur unzureichend aufeinander abgestimmt sind. Das im wesentlichen das Budget bestimmende Finanzministerium tritt nicht in den *Whitley Councils* als Verhandlungspartner der Gewerkschaften auf und ist mit Beschäftigungsfragen weder befaßt, noch dafür zuständig. Die mit der Mengensteuerung betrauten *Health Authorities* entscheiden weder über die Preise, noch über das Budget, und in den Tarifverhandlungen besteht wenig Anlaß, sich über die Beschäftigungswirkungen der Abschlüsse Gedanken zu machen.

Aus dieser institutionellen Trennung und unzureichenden Vermittlung dreier eng zusammenhängender Aspekte ergibt sich immer wieder Konfliktstoff. Vor allem die Bemühungen des Ministeriums, die *cash limits* des Budgets ungeachtet der Beschäftigungs- und Gehaltswirkungen durchzusetzen, provozieren regelmäßig heftigen Widerstand. Im Kontext der permanent unterschätzten hohen Inflationsraten am Ausgang der siebziger Jahre ging die Regierung daher erneut dazu über, nachträgliche Budgetzuschläge zu bewilligen. Erst die konfliktfreundige Regierung Thatcher verhalf dem Prinzip der *cash limits* auch in der Praxis zur Geltung. Die Regional- und Bezirksbehörden des NHS müssen nunmehr strikt im Rahmen des zugestandenen Budgets bleiben und etwaige Defizite bis zum Ende des Finanzjahres durch Einsparungen und Umschichtungen ausgleichen. Die Regierung sieht darin einen Anreiz zur Effizienzsteigerung. Die Vorstellung ist, daß Haushaltslücken durch "*efficiency savings*" wettgemacht werden. Darüber hinaus sehen die Konservativen im *cash limits*-System ein willkommenes Instrument zur Zurückstutzung des öffentlichen Sektors. Als z.B. 1980 die Mehrwertsteuer erhöht wurde, waren die NHS-Behörden gezwungen, die resultierenden Mehrausgaben durch Kürzungen bei Ausstattung und Personal zu kompensieren (Glaser 1981: IV-27).

An der **regionalen Ungleichverteilung** der medizinischen Versorgung änderte sich wegen der ursprünglich nur inkrementellen Weiterentwicklung des Budgets lange Zeit nichts. Erst in den siebziger Jahren wurde die regionale Verteilung der Ressourcen einer bewußten Steuerung unterworfen. Zur Erarbeitung einer am Bedarf orientierten Allokationsformel

wurde eine "**Resource Allocation Working Party**" (RAWP) eingesetzt. Sie legte 1976 einen Verteilungsschlüssel vor, der sich an der Bevölkerungszahl und -struktur sowie Morbiditäts- und Mortalitätsraten der Regionen als Indikatoren des Bedarfs orientierte. Die Zielvorstellung war es, Geld und Personal dorthin zu lenken, wo der Bedarf am größten ist und regionale Ungleichheiten der Versorgung im Laufe eines Jahrzehnts weitgehend abzubauen. Erhielt z.B. der NHS insgesamt eine Etaterhöhung von 1%, so sollte das Budget der übertersorgten Regionen konstant bleiben, das der unterversorgten Regionen aber um bis zu 1,9% gesteigert werden (Ham 1985: 170).

Die Übersetzung der RAWP-Formel in konkrete Budgetbeträge ist Sache des Ministeriums. Das Ministerium gibt den den einzelnen Regionen zugestandenem Betrag alljährlich im Parlament als Antwort auf eine parlamentarische Anfrage eines Vertreters der Regierungsfraktion bekannt. Die bewilligte Summe ist in fixe und laufende Ausgaben getrennt. Den Regionen steht es frei, bis zu 1% der laufenden Kosten und bis zu 10% des Kapitalbudgets zugunsten des jeweils anderen Postens umzuschichten (Glaser 1981: VI-14). Seit 1976-77 verläuft die Umverteilung immer zugunsten der laufenden Ausgaben, d.h. Investitionen werden zur Deckung der durch das System der *cash limits* entstehenden Fehlbeträge zunehmend vernachlässigt. Die Regionalbehörden verteilen ihre Mittel nach einem der RAWP-Formel entsprechenden Verfahren auf die einzelnen Bezirke. Der Erfolg der seit 1976 verfolgten bedarfsorientierten Umverteilungspolitik ist, daß regionale Unterschiede in der medizinischen Versorgung im letzten Jahrzehnt deutlich zurückgingen (Zahlen dazu bei Allen 1984: 227; Secretary of State for Health 1989: 31).

4.3 Kontrolle

Die Arbeitsweise des NHS unterliegt einer doppelten Kontrolle durch zentralstaatliche Organe, nämlich einer **Funktionskontrolle**, die der Abstimmung mit den gesundheitspolitischen Direktiven des Ministeriums dient, und einer **Finanzkontrolle**, die das Rechnungswesen überprüft. Ursprünglich waren im NHS anscheinend keinerlei zentralstaatliche Kontrollen vorgesehen. Erst im Rahmen der durch den Koreakrieg ausgelösten Finanzmittelknappheit kam es zur Einführung eines "*liaison service*" im Ministerium mit der Funktion, die Einhaltung gesundheitspolitischer Direktiven durch Regionalbehörden und *Hospital Management Com-*

mittees zu überprüfen (Glaser 1981: IV-3). Bis Anfang der achtziger Jahre waren die Kontrollen wenig strikt. Die bis 1984 bestehende "*Regional Group*" im Ministerium unterhielt mehrere "*Regional Liaison Divisions*", die lockeren Kontakt zu den Regionalbehörden pflegten und im Falle der Abweichung von ministeriellen Zielvorgaben mit den betreffenden Behörden Rücksprache hielten, wobei sie sich mehr als Beratungsinstanz denn als Befehlsgeber interpretierten (Ham 1985: 147).

Seit der Reform von 1982 und insbesondere nach der *Griffiths Reform* wurden die zentralen Kontrollen der Peripherie aber erheblich verstärkt und formalisiert. Darauf hatten auch die sozial- und finanzpolitischen Ausschüsse des Parlaments wiederholt hingewirkt (*Social Services Committee* und *Public Accounts Committee* - Ham 1985: 148). Noch 1982 wurde ein formeller "*accountability review process*" eingeführt, in dessen Rahmen Planung, Effektivität und Effizienz der NHS-Behörden regelmäßig und detailliert untersucht und am Maßstab der seit 1983 entwickelten "*performance indicators*" gemessen werden. Die Ergebnisse der Untersuchung werden in "*annual review meetings*" mit den Regional- und Bezirksbehörden erörtert. An den "*regional reviews*" nehmen der Minister und Spitzenbeamte seines Ministeriums sowie das Führungspersonal der *Regional Health Authorities* teil, die gemeinsam einen "*action plan*" für die betreffende Region verabschieden. Die *Regional Health Authorities* veranstalten dann ihrerseits *review meetings* mit den Bezirksbehörden, an denen die Vorsitzenden und Manager beider Stellen teilnehmen (Ham 1985: 148).

Auf der Mikroebene werden die Aktivitäten einzelner Versorgungseinrichtungen (*units*) durch ein eigenständiges medizinisches *Informationssystem* erfaßt. So gibt es seit 1949 eine "*Hospital In-Patient Enquiry*" (HIPE) genannte Patientenstatistik der Krankenhäuser mit Angaben über Alter, Geschlecht, Wohnort, Diagnose und Therapie der eingelieferten Patienten sowie seit den sechziger Jahren eine als "*Hospital Activity Analysis*" (HAA) bezeichnete Krankenhausstatistik der Regionen. Das Problem ist, daß diese Informationen nicht mit der Berichterstattung über die Finanzströme verknüpft sind, so daß über die Effizienz der Krankenhäuser nur wenig bekannt ist (vgl. Glaser 1981: X-7ff; Abel-Smith/ Graham 1984: 208; Maynard 1990: 400).

Der Trend der letzten Jahre geht in die Richtung einer Stärkung zentralstaatlicher Effizienzkontrollen. Neben dem beschriebenen formalisierten *Review*-Verfahren zwischen Ministerium und NHS-Behörden gibt es seit 1982 auch sog. "*Rayner scrutinies*" ausgewählter Funktionsberei-

che des NHS, welche die Effizienz der Betriebsführung untersuchen und Reformvorschläge unterbreiten. Diese Spezialuntersuchungen gehen auf Empfehlungen zurück, die eine von Sir Derek Rayner geleitete Untersuchungskommission zur Reform des öffentlichen Dienstes 1979 unterbreitet hatte (Ham 1985: 49). Die nach dem Griffiths-Report von 1983 geschaffenen Stabsstellen zur Aufsicht der NHS-Verwaltung - *Health Services Supervisory Board* und *NHS Management Board* - haben wegen Reibungen und Kompetenzkonflikten mit der Ministerialbürokratie die Erwartungen der Regierung zwar nicht ganz erfüllt, sollen dem *White Paper* von 1989 zufolge aber unter den Neubezeichnungen *NHS Policy Board* und *NHS Management Executive* neu gestärkt werden (Klein 1989: 209; Secretary of State for Health 1989: 13; Döhler 1990: 264-265;). Rudolf Klein geht so weit, im Ausbau zentralstaatlicher Kontroll- und Steuerungskompetenzen einen Wandel vom "welfare state" zum "regulatory state" zu sehen (Klein 1989: 243).

Die Kontrollchancen des Zentrums sind in der Praxis natürlich weitgehend von den zur Verfügung stehenden **Sanktionsmöglichkeiten** abhängig. Die waren wegen des ehrenamtlichen Charakters der Tätigkeit der Vorsitzenden der *Health Authorities* bis zur *Griffiths Reform* äußerst gering. Seither können den Managern der NHS-Verwaltungen die Gehälter gekürzt werden, falls sie den ministeriellen Richtlinien nicht genügen, und im äußersten Fall besteht die Möglichkeit zur Entlassung. Zu offenen Konflikten zwischen Ministerium und nachgeordneten NHS-Behörden ist es im Rahmen des traditionell von informellen Konsultationen bestimmten britischen Verwaltungsstils bislang nur selten gekommen (zur Kennzeichnung des englischen Regulierungsstils in vergleichender Perspektive vgl. Day/ Klein 1987). Der berühmteste Streitfall ist die Weigerung einiger *Area Health Authorities* im Jahr 1979, Leistungen zu kürzen, um im Rahmen ihrer Budgetgrenzen zu bleiben. Als der Minister den Vorstand daraufhin abberief und durch einen kommissarischen Vorstand ersetzte, kam es zu gerichtlichen Auseinandersetzungen, die das Ministerium zunächst verlor. Eine Novellierung des *National Health Service Act* erweiterte daraufhin die ministeriellen Kompetenzen (Glaser 1981: VII-22/23). Das Ministerium selbst unterliegt parlamentarischer Kontrolle durch das *Select Committee on Social Services*, das als parlamentarischer Ausschuß aber über keinen eigenen Hilfsapparat verfügt.

Das System der **Finanzkontrolle** des NHS ist recht komplex. Innerhalb der NHS-Verwaltung gibt es zunächst eine interne Rechnungsprüfung (**internal audit**), in deren Rahmen die oberen Verwaltungseinheiten

die unteren kontrollieren. Seit der *Griffiths Reform* besteht auch die Möglichkeit, die Prüfung an private Wirtschaftsprüfer zu delegieren. Darüber hinaus prüft die Finanzabteilung des Ministeriums sämtliche Finanzvorgänge im NHS, um seinerseits dem Finanzministerium Rechenschaft zu geben, das alle Ministerien mit Hilfe seines "*Financial Information System*" monatlichen und vierteljährlichen Kontrollen unterzieht. Das *White Paper* von 1989 sieht überdies neue Prüfungen durch eine unabhängige *Audit Commission* vor. Die traditionelle Finanzprüfung durch das dem deutschen Rechnungshof vergleichbare *National Audit Office* soll daneben beibehalten werden. Dessen Bericht geht an das Parlament, dessen *Committee of Public Accounts* auf dieser Grundlage dann das Ministerium mit einer Reihe von parlamentarischen Anfragen konfrontiert.¹⁵

Das ausgearbeitete System der Finanzkontrollen hat dazu geführt, daß Niveau und Wachstum der Gesundheitsausgaben in England bescheidener geblieben sind als in fast allen anderen westlichen Ländern (vgl. dazu OECD 1985, OECD 1990 sowie die Auswertung der OECD-Daten in Alber 1988). Die Kehrseite dieser Erfolge in der Kostendämpfung ist aber, daß sich die *Health Authorities* unter dem Druck, mit knappen Budgetmitteln "*efficiency savings*" erwirtschaften zu müssen, häufig nicht mehr in der Lage sehen, ihrem Versorgungsauftrag in vollem Maße gerecht zu werden. So kam es wiederholt zu Personalengpässen, insbesondere im Pflegebereich, sowie zur Stilllegung klinischer Einrichtungen mit resultierenden Versorgungslücken insbesondere im Bereich chirurgischer Leistungen. Diese Probleme werden in England seit langer Zeit unter dem Stichwort "*underfunding of the NHS*" thematisiert. Im Winter 1987/88 erreichte die auch von den Medien getragene öffentliche Kampagne gegen die Unterfinanzierung ein solches Ausmaß, daß von einem zweiten "*winter of discontent*" nach der Streikwelle von 1978/79 gesprochen wurde. Insbesondere die Ärzteschaft und die Schwestern machten gegen die Sparpolitik der konservativen Regierung mit aufsehenerregenden Meldungen über dramatische Versorgungslücken mobil (vgl. Klein 1989: 232/233; Döhler 1990: 302/303). Seither verzeichnet der NHS wieder höhere Ausgabenzuwächse (vgl. die Zeitreihendaten in Döhler 1990: 230). Dennoch ist festzuhalten, daß der budgetfinanzierte NHS in der Kostendämpfung beeindruckendere Erfolge vorzuweisen hat als in

15 Die Funktionserfüllung im Sinne adäquater Gesundheitsversorgung überwacht im Parlament das *Select Committee on Social Services*, das 1979 im Rahmen der Reform des Ausschußwesens eingerichtet wurde (Ham 1985: 87; Allen 1984: 214).

der Gewährleistung einer dem Stand der modernen Medizin entsprechenden Versorgung (vgl. dazu Aaron/ Schwartz 1984).

5. Finanzierung

Der *National Health Service* wird zum überwiegenden Teil aus allgemeinen Steuermitteln finanziert, die etwa 83% der Einnahmen ausmachen. Rund 13% der Finanzmittel stammen aus Beiträgen zur Volksversicherung (*National Insurance*). Die für einige Dienstleistungen und Rezepte vorgesehene private Kostenbeteiligung steuert knapp 3% der Einnahmen bei (vgl. dazu die Daten in Döhler 1990: 234). Die Anteile der einzelnen Einnahmequellen sind nicht starr fixiert, sondern unterliegen gewissen zeitlichen Schwankungen. Der aus allgemeinen Steuermitteln stammende Anteil ist im Lauf der letzten Jahrzehnte leicht gestiegen. Die Steuereinnahmen der Regierung fließen in den sog. "*Consolidated Fund*" (auch als "*The Exchequer*" bezeichnet), den das Finanzministerium gemäß dem Budget an die einzelnen Ministerien verteilt. Bei knappen öffentlichen Kassen und intensiven Budgetkonflikten liegt es aus der Sicht des Gesundheitsministeriums nahe, die Ressourcen durch eine Erhöhung der Volksversicherungsbeiträge zu steigern (Glaser 1981: III-8). Deren Finanzierungsanteil steigt deshalb in der Regel dann, wenn das Finanzministerium die Budgetmittel aus dem *Consolidated Fund* knapp hält. Diese Tendenz zeigte sich auch in der konservativen Austeritätspolitik der jüngsten Zeit. Der aus der Kostenbeteiligung stammende Anteil ist in langfristiger Betrachtung gesunken. Während der jemals erreichte Höchstwert 5,6% betrug, schwankte der Anteil in den achtziger Jahren zwischen 2 und 3% (vgl. Döhler 1990: 234; Ham 1985: 39; Health and Personal Social Services Statistics 1987: 16).

Die Volksversicherungsbeiträge werden für die Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung gemeinsam entrichtet und nicht getrennt ausgewiesen. Ursprünglich bezahlten Arbeitgeber und Arbeitnehmer pauschale Einheitssätze (*flat rates*), aber seit dem *Social Security Act* von 1975 werden die Beiträge beider Seiten als Einkommensprozent-sätze erhoben. 1985 entrichteten die Arbeitgeber 10,45%, die Arbeitnehmer 9% des Einkommens unterhalb einer Beitragsbemessungsgrenze von damals 265 Pfund pro Woche für die Volksversicherung (U.S. Dept. of Health and Human Services 1985: 268). Ein Teil der Versicherungsbeiträ-

ge ist für das Gesundheitswesen zweckbestimmt ("*earmarked*") und wird vom *National Insurance Fund* direkt an das Gesundheitsministerium transferiert (Glaser 1981: III-7).¹⁶

6. Mitgliederkreis

Dem *National Health Service* sind alle Wohnbürger angeschlossen, d.h. die medizinischen Sachleistungen werden unabhängig von Staatsangehörigkeit, Einkommen, Beruf oder Alter allen im Vereinigten Königreich wohnhaften Personen gewährt. Ein Anrecht auf Geldleistungen der *National Insurance* haben dagegen nur die der Beitragspflicht unterliegenden Erwerbstätigen. Beitragspflichtig waren 1985 alle Arbeitnehmer mit einem Einkommen von mindestens 35,50 Pfund wöchentlich und alle Selbständigen mit einem Einkommen oberhalb einer Mindestgrenze von 1.846 Pfund im Jahr (U.S. Dept. of Health and Human Services 1985: 268).

7. Leistungskatalog

Der Leistungskatalog des NHS ist sehr umfassend. Er erstreckt sich auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung, die Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, auf stationäre Unterbringung im Krankheits- wie im Pflegefall sowie auf die Übernahme von Entbindungs- und Rehabilitationskosten, auf Mutterschutz und diverse vorbeugende Maßnahmen wie Impfungen. Die Dauer der Leistungen ist unbegrenzt.

Die Sachleistungen sind für die Patienten weitgehend kostenfrei. Für Arzneien, bestimmte Hilfsmittel (z.B. Brillen) sowie zahn- und augenärztliche Leistungen bestehen aber ***Selbstbeteiligungsregelungen***, deren Ausmaß mit der Leistungsart variiert. Zu den Arznei- und Hilfsmitteln steu-

16 Die Gemeindedienste werden zu fast zwei Dritteln aus Zuwendungen der Zentralregierung ("*rate support grants*") finanziert (Abel-Smith/ Graham 1984: 202; Allen 1984: 215; Glaser 1981: III-8/9). Den Rest tragen die Kommunen aus lokalen Vermögenssteuern ("*rates*"). Für besondere Projekte können die Lokalbehörden darüber hinaus Zuwendungen der *District Health Authorities* des NHS erhalten. Mittel für solche "*Joint Finance*"-Projekte stehen den *Health Authorities* seit dem Finanzjahr 1976/77 als besonderer Budgetposten zur Verfügung (Abel-Smith/ Graham 1984: 202).

ern die Patienten gewisse, in jüngster Zeit wiederholt erhöhte Festbeträge bei (vgl. Abschnitt C.3). Zu den Zahn- und Augenarztleistungen ist eine prozentuale Kostenbeteiligung bis zu einem (niedrig gehaltenen) Höchstbetrag zuzuschließen (vgl. Abschnitt C.4).

Ein Großteil der Patienten ist aus sozialen Gründen von der Kostenbeteiligung befreit. 1980 wurden zwei Drittel aller Medikamente gebührenfrei abgegeben, 1985 sogar fast drei Viertel (vgl. Allen 1984: 223; Döhler 1990: 235). Hier liegt die Erklärung dafür, daß die von privater Seite erbrachten Gebühren nicht über 2-3% des NHS-Budgets hinausgehen.

B. Akteure

1. Die Akteurkonfiguration im Überblick

Im Gesundheitswesen lassen sich grundsätzlich vier zentrale Rollen unterscheiden, nämlich die des Normierers oder Regulierers, des Leistungserbringers, des Bezahlers und des Verbrauchers. Kennzeichnend für Großbritannien ist, daß die Rollen des **Regulierers** und **Finanzierers** bei einem Akteur, nämlich dem **Gesundheitsministerium** (*Department of Health*), vereint sind. Für die Implementation der ministeriellen Richtlinien und die Verteilung der Finanzströme auf die einzelnen Leistungserbringer sind als Vermittlungsinstanzen die *Health Authorities* bzw. im ambulanten Bereich die *Family Practitioner Committees* zuständig.

Unter den **Leistungsanbietern** haben die **Ärzte** eine Schlüsselrolle inne. Im ambulanten Sektor bestimmen die *general practitioners*, im stationären die *consultants* über die Menge der Leistungen. Die Krankenhäuser sind als *management units* den *Health Authorities* unterstellt und spielen insofern keine eigenständige gesundheitspolitische Rolle. Angesichts der großen Personalintensität des NHS kommt hingegen den **Gewerkschaften der NHS-Bediensteten** eine gewisse Bedeutung als gesundheitspolitische Einflußgröße auf der Seite der Leistungserbringer zu. Über die Preise und die Qualität der Medikamente entscheidet im wesentlichen die **Pharmaindustrie** im Zusammenspiel mit dem Gesundheitsministerium. **Verbraucherinteressen** kommen in England zwar über die Repräsentation der Patienten in den *Family Practitioner Committees* und die

Institution der als Beiräte fungierenden *Community Health Councils* stärker zu Gehör als in anderen Ländern, aber die Klienten sind doch zu wenig organisations- und konfliktfähig, um als ein gesundheitspolitischer Schlüsselakteur fungieren zu können.

Die grundlegenden gesundheitspolitischen Konfliktlinien verlaufen demnach zwischen vier Akteuren: dem politisch-parlamentarisch rechen-schaftspflichtigen **Gesundheitsministerium**, den für die Implementation der Gesundheitspolitik zuständigen, aber unabhängigen **Health Authorities**, den auf professionelle Autonomie bedachten **Ärzten** und sonstigen Anbietergruppen und den an Einkommenschancen und Arbeitsplatzqualität interessierten **NHS-Bediensteten**.¹⁷ Im Kernkonflikt zwischen den Gesundheitsbehörden und den Professionen geht es zum einen um den fundamentalen Antagonismus zwischen dem aus den bürokratischen und demokratischen Organisationsprinzipien des Staates folgenden Prinzip der "*public accountability*" und dem aus der kollegialen Binnenstruktur der Ärzteschaft folgenden Prinzip der "*professional autonomy*", zum anderen aber auch um die Frage, wer der eigentliche Anwalt der Patienteninteressen ist: der Arzt oder der auf Effizienz bedachte und politischen Gremien verantwortliche Manager. Die NHS-Bediensteten sind in diesem Kernkonflikt in der Position des für Koalitionsbildungen wichtigen Dritten. Gegenüber der Bürokratie verfechten sie ihr Interesse an erhöhten Einkommenschancen und sicheren sowie befriedigenden Arbeitsplätzen, mit den Ärzten streiten sie um den Grad ihrer beruflichen Autonomie. Die einzelnen Elemente dieser Akteurkonfiguration sowie einige weitere Schlüsselakteure sollen im folgenden genauer beschrieben werden.

17 Diese traditionelle Akteurkonfiguration der britischen Gesundheitspolitik - oder, mit einem modischeren, aber damit noch nicht unbedingt Erkenntnisfortschritt garantierenden Konzept formuliert: dieses "*policy network*" - ist seit der *Griffiths Reform* insofern kompliziert worden, als mit den *General Managers* eine neue Gruppe von Akteuren aufgetreten ist, die Vermittlungsfunktionen zwischen Ministerium und *Health Authorities* wahrnimmt. Inwiefern diese Gruppe aber eigenständige Interessen entwickelt und eine eigenständige korporative Identität gewinnt, bleibt erst noch abzuwarten. Bislang ist die große Mehrheit der Managerstellen mit ehemaligem Verwaltungspersonal des NHS besetzt worden (vgl. dazu Döhler 1990: 267).

2. Staatliche Akteure

Die politische Verantwortung für den Nationalen Gesundheitsdienst liegt beim "*Secretary of State*" genannten **Gesundheitsminister**. Die ursprünglich getrennten Ministerien für Gesundheit und für Soziale Sicherheit wurden 1968 zum "*Department of Health and Social Security*" vereint, 1988 aber wieder getrennt. Charakteristisch für das Gesundheitsministerium ist die traditionelle Trennung zweier unabhängig nebeneinander funktionierenden Verwaltungszweige, nämlich die **allgemeine Verwaltung** auf der einen und die Verwaltung für verschiedene **professionelle Belange** auf der anderen Seite. An der Spitze der allgemeinen Verwaltungshierarchie steht der sog. "*Permanent Secretary*". Daneben soll in diversen als "*divisions*" bezeichneten Sektoren der professionelle Sachverstand diverser Berufsgruppen zum Zuge kommen. Am wichtigsten ist der Zweig für die Ärzteschaft, an dessen Spitze der "*Chief Medical Officer*" steht. Er ist im Rang dem *Permanent Secretary* ebenbürtig und veröffentlicht jährlich einen Bericht "*On the State of Public Health*". Neben den Ärzten sind auch Zahnärzte, Krankenschwestern, Apotheker und Sozialarbeiter mit eigenständigen Abteilungen im Ministerium repräsentiert (Ham 1985: 102; vgl. auch Allen 1984: 214). Nimmt das Ministerium spezifische Gesundheitsprojekte in Angriff, so werden typischer Weise interdisziplinäre Arbeitsgruppen gebildet, in denen neben den Verwaltungsbeamten ein "*medical officer*", ein "*nursing officer*" und ein "*social work services officer*" mitwirken (Ham 1985: 103). Seit der *Griffiths Reform* ist mit dem *Health Services Supervisory Board* und dem *NHS Management Board* noch ein zusätzlicher Verwaltungszweig hinzugetreten. Er soll als Fachaufsicht der *Health Authorities* zur "*Quality Assurance*" beitragen, hat aber keine formellen Weisungsbefugnisse gegenüber nachgeordneten Verwaltungseinheiten und gilt als dem Minister zugeordneter Stab (vgl. Allen 1984: 225; Döhler 1990: 265).

Der Handlungsspielraum des Gesundheitsministers ist auf zweifache Weise begrenzt. Zum einen werden Kabinettsbeschlüsse gewöhnlich durch diverse interministerielle Ausschüsse leitender Beamter (*interdepartmental committees of civil servants*) vorbereitet, und die auf dieser Ebene getroffenen Vorentscheidungen sind nur noch schwer umzustoßen. Zum anderen müssen englische Minister entweder Mitglieder des Parlaments oder "*life peers*" sein, so daß sie häufig mit mehreren Rollen überlastet sind (Ham 1985: 91). Als Parlamentsabgeordnete müssen sie die Interessen ihres Wahlkreises vertreten, als Minister sind sie in viele Detailaspekte, wie

etwa die Beantwortung von ca. 3.000 parlamentarischen Anfragen im Jahr, involviert (Klein 1980: 117).

Wie andere Ministerien, so ist auch das *Department of Health* in starkem Maße mit Interessengruppen verflochten, so daß englische Politologen von spezifischen "*policy communities*" sprechen (Ham 1985: 95, 106). Die Kontakte zwischen dem Ministerium und den Interessengruppen laufen über die "*standing advisory committees*", über "*ad hoc working groups*" oder auch über informelle Gesprächsrunden. Vier *standing committees* für die Bereiche Ärzte (*medical services*), Pflegedienste (*nursing and midwifery*), Zahnärzte (*dentistry*) und Arzneimittel (*pharmaceuticals*) sind mit dem Ministerium in laufendem Gedankenaustausch. Die Ausschüsse sind Überbleibsel des durch den *Health Services Act* von 1980 aufgelösten *Central Health Services Council*, in dem Vertreter der Professionen und der Laienklientel saßen (Ham 1985: 106).

Die *Parteien* treten nur selten mit eigenständigen gesundheitspolitischen Initiativen an die Öffentlichkeit. Ihre in den Wahlkämpfen publizierten Regierungsprogramme spielen aber eine wichtige Rolle im Budgetierungsprozeß. Sie gelten nicht nur als unverbindliche rhetorische Übungen, sondern dienen den Beamten des Ministeriums als wichtige Orientierungslinie bei der Budgetplanung. Nach dem Wahlsieg einer Partei machen sich die Fachleute der Ministerialbürokratie gewöhnlich unverzüglich daran, die Programmaussagen in konkrete Kostenpläne umzusetzen, und die in den Programmen genannten Posten genießen bei der Verteilung von Budgetzuwächsen oberste Priorität (Glaser 1981: IV-14).

3. Finanzierungsinstanzen und spezifisch britische Akteure (QUANGOs)

Im steuerfinanzierten NHS gibt es keine Krankenkassen. Die in der *Association of Provident Funds* zusammengeschlossenen *privaten Krankenkassen* haben wegen ihrer beschränkten Reichweite bislang keinen prägenden Einfluß auf die Entwicklung des NHS nehmen können. Die wichtigsten Privatversicherer sind die *British United Provident Association* (BUPA) als Marktführer, der *Private Patient Plan* (PPP) und die *Western Provident Association* (WPA). Zusammen deckten diese drei Gesellschaften früher etwa 98% des privaten Versicherungsmarktes, heute etwa 86%, ab (vgl. dazu Timmins 1988: 16; Glaser 1981: XI-29).

Ähnliche Finanzierungsfunktionen wie in anderen Gesundheitssystemen gesetzliche Krankenkassen üben das Ministerium und die diversen *Health Authorities* aus, welche die Budgetmittel verteilen. Dazu zählen die in Abschnitt A beschriebenen 14 *Regional Health Authorities*, die 192 *District Health Authorities* sowie in einem weiteren (aber nicht dem englischen Sprachgebrauch entsprechenden) Sinn auch die für den ambulanten Bereich zuständigen 90 *Family Practitioner Committees* (FPCs). Als Verband der *Health Authorities* fungiert die *National Association of Health Authorities (NAHA)*, die hauptsächlich Öffentlichkeitsarbeit betreibt und in Parlamentsanhörungen als Interessenvertreter der NHS-Behörden auftritt.

Auch nach der Einsetzung der *general managers* im Zuge der *Griffiths Reform* können die *Health Authorities* nicht einfach als verlängerter Arm der Ministerialbürokratie gelten. Wegen ihrer funktionalen Doppelrolle als Finanzierer und Leistungserbringer entwickeln sie ambivalente Interessen an Kostendämpfung und Versorgungsgewährleistung, und ihre organisatorische Eigenständigkeit ermöglicht es ihnen, den jeweils bezogenen Standpunkt auch öffentlich zum Ausdruck zu bringen. Selbst die neu eingesetzten Manager fügen sich nicht immer nahtlos in die ihnen von der Regierung zugeordnete Rolle des Rationalisierungsagenten. So wird der Fall eines Managers berichtet, der nur zwei Jahre nach seinem Amtsantritt zurückgetreten ist, um gegen Ausgabenkürzungen zu protestieren (Döhler 1990: 267).

Die unabhängigen Vorstände der *Health Authorities* repräsentieren eine typische Eigenart des britischen Regierungssystems, nämlich die Bestellung ehrenamtlich tätiger Sachverständigengremien als Vermittlungsinstanz bei strukturell bedingten Konflikten, in denen ein unabhängiger Dritter der Gefahr des Hochschaukelns von wechselseitigen Sanktionen der Kontrahenten vorbeugen und die Wahrscheinlichkeit von Kompromissen erhöhen kann (vgl. Neidhardt 1987, 1977). Für die Vielzahl dieser öffentlichen Funktionen ausübenden, in Großbritannien traditionell fast ubiquitären Räte und Kommissionen ist der zusammenfassende Begriff "*QUANGO*", d.h. "*Quasi-Autonomous National Government Organization*" geprägt worden (vgl. Glaser 1978: 164). Für die Besetzung der *QUANGOs* ist seit 1975 eine eigenständige "*Public Appointment Unit*" im *Civil Service Department* zuständig. Die wichtigsten *QUANGOs* im Bereich des Gesundheitswesens neben den *Health Authorities* sind vermutlich die beiden die Gehälter des professionellen und paraprofessionellen Personals festsetzenden *Review Bodies*, in denen vom Premier-

minister ernannte Mitglieder, in der Regel erfahrene Manager aus der Wirtschaft, sitzen. Die Unabhängigkeit dieser Gremien wird dadurch unterstrichen, daß die Arbeit in ihnen unentgeltlich erfolgt.¹⁸

4. Justiz

Eine der deutschen Sozialgerichtsbarkeit vergleichbare Instanz kennt Großbritannien nicht. Konflikte werden meist innerhalb des NHS geschlichtet. Erweist sich ein Streitfall innerhalb des NHS als unlösbar, ist die Zivilgerichtsbarkeit zuständig. Im Falle des in Abschnitt A.4.3 geschilderten Konflikts zwischen dem Ministerium und einer *Area Health Authority* um die Implementation von durch die *cash limits* erzwungenen Leistungskürzungen entschied der *High Court* als höchste Zivilgerichtsinstanz. In einem anderen berühmten Streitfall ging es um die 1985 erfolgte Streichung einiger Arzneimittel von der Liste der vom NHS zu finanzierenden Medikamente. Hier zogen einige Pharmafirmen vor die EG-Gerichtsbarkeit sowie vor ein britisches Zivilgericht, um klären zu lassen, ob die Regelung illegale Handelsbeschränkungen mit sich brachte (vgl. Smith 1987: 79).

5. Sozialpartner

Anders als in der beitragsfinanzierten und von korporatistischen Selbstverwaltungsgremien gesteuerten Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik sind im steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst weder die Arbeitgeber noch die Gewerkschaften unmittelbar in die Gesundheitspolitik involviert. Deshalb verlaufen die gesundheitspolitischen Konflikt-

18 Eine wichtige Rolle im gesundheitspolitischen Willensbildungsprozeß kam bis zum Regierungsantritt der Konservativen unter Margaret Thatcher auch den wiederholt eingesetzten *Royal Commissions* zu. Das sind unabhängige Sachverständigenräte, die von der Regierung eingesetzt werden, um spezifische Problemfelder zu untersuchen und Reformvorschläge zu entwickeln. Die wichtigste Kommission der letzten Jahre war wohl die 1976 eingesetzte *Royal Commission on the National Health Service*, die 1979 ihren Bericht vorlegte, der nach dem Namen ihres Vorsitzenden gewöhnlich als "*Merrison Report*" zitiert wird. Die an straffer Führung und raschen Entscheidungen interessierten Thatcher-Konservativen haben auf diese traditionell schwerfälligen und konsensusorientierten Beratungsorgane aber bewußt verzichtet.

linien nicht unbedingt parallel zu den Fronten des industriellen Konflikts. Im Gesundheitswesen hat sich vielmehr ein eigenständiges "policy network" herausgebildet, zu dem zwar die Gewerkschaften der NHS-Bediensteten, nicht aber die Arbeitgeberverbände oder der gewerkschaftliche Dachverband zählen. Private Unternehmerkreise gaben über ihre enge Verflechtung mit der Regierung Thatcher und über von ihnen finanzierte "think tanks" wie das *Adam Smith Institute* allerdings wichtige Denkanstöße zu den jüngsten Strukturreformen der konservativen Regierung (McCarthy/ St. George 1990: 380).

6. Ärzte

Im internationalen Vergleich fällt Großbritannien durch seine geringe Arztdichte auf.¹⁹ Dennoch ist die Zahl der Ärzte in den letzten Jahren auch hier deutlich schneller gewachsen als die Bevölkerung. Überdies teilt das Land eine Reihe von Entwicklungstendenzen der Ärzteschaft mit anderen Nationen, nämlich neben dem Steigen der Arztdichte

- die Verlagerung des Schwergewichts ärztlicher Tätigkeit von der freien Praxis ins Krankenhaus,
- den Zug zum Facharzt, der allerdings in den achtziger Jahren wieder gebremst wurde,
- und den Trend zur Gruppenpraxis.

Die Zahl der *Krankenhausärzte* wächst seit der Etablierung des NHS schneller als die der Allgemeinärzte (Robson 1983: 119). Das hängt zum einen mit den hohen Praxiskosten und der Tatsache zusammen, daß die ärztliche Aus- und Weiterbildung im Krankenhaus stattfindet, ist aber darüber hinaus wohl auch ein Zeichen für die größere Attraktivität des höher honorierten Facharztberufes, der im Nationalen Gesundheitsdienst ausschließlich im Krankenhaus ausgeübt wird. Die Zahl der Allgemeinärzte (*general practitioners*) ist bis 1975 nur langsam angestiegen, um danach etwas rasanter zuzunehmen. 1984 zählte England 28.299 *General*

19 1981 zählte die OECD für das Vereinigte Königreich 72.781 Ärzte. Das entsprach einer *Arztdichte* (pro 10.000 Einwohnern) von 129, im Vergleich zu 237 für die Bundesrepublik und 217 für Frankreich. Im Vergleich der OECD-Länder belegte Großbritannien damit den letzten Rangplatz (vgl. dazu Alber 1988).

Practitioners (Arnold: 1987: 29). Die Zahl der Krankenhausärzte erhöht sich insbesondere seit der Mitte der sechziger Jahre in raschem Tempo. Stellten die Krankenhausärzte 1965 erst knapp die Hälfte aller britischen Ärzte, so stieg ihr Anteil bis 1985 auf fast zwei Drittel (Allen 1984: 231; Health and Personal Social Services Statistics 1987: 34, 39).

Zu den **Fachärzten** mit vollständig abgeschlossener Ausbildung zählen in Großbritannien nur die "*Consultants*", das sind die Chefärzte der Krankenhäuser. Sie leiten ein als "*firm*" bezeichnetes Ärzteteam, zu dem sowohl Ärzte mit Facharztqualifikation und einem dem deutschen Oberarzt vergleichbaren Status als "*seniors*" gehören (*senior house medical officer, medical assistant* und *senior registrar*), wie auch noch in der Aus- oder Weiterbildung befindliche Assistenzärzte (*registrars, junior house medical officer, senior house officer, house officer*). Zu den Fachärzten mit Senior-Status zählt, wer nach dreijähriger Weiterbildung nach der Approbation die Prüfung zur Aufnahme in eines der *Royal Colleges* - das sind Facharztkollegien - besteht. Die volle Anerkennung als Facharzt durch ein sog. "*Certificate of Specialization*" des *General Medical Council* setzt dann aber noch eine zusätzliche Ausbildungsphase von weiteren vier Jahren voraus (Allen 1984: 231, 238; Glaser 1970: 61). Ausgangs der achtziger Jahre stellten die rund 17.000 *Consultants* etwa ein Drittel der insgesamt über 48.000 englischen Krankenhausärzte (Secretary of State for Health 1989: 39). Definiert man die Gruppe der Fachärzte als von *consultants* bis *senior registrars* reichend, so sind 25% aller britischen Ärzte zu den Fachärzten zu zählen.²⁰

Als **Interessenorganisation** der britischen Ärzte fungiert die 1832 gegründete **British Medical Association** (BMA) mit freiwilliger Mitgliedschaft. Ihr sind mit über die Zeit recht stabilem Organisationsgrad etwa 70% aller praktizierenden Ärzte angeschlossen (vgl. Döhler 1990: 132; Schicke 1971: 80). Im NHS der Nachkriegszeit bestand ursprünglich eine starke Trennung zwischen der primär die Allgemeinärzte repräsentierenden BMA und den Facharztinteressen wahrnehmenden "*Royal Colleges*". Seit den sechziger Jahren haben sich die *Royal Colleges* aber stärker auf fachverbandliche Aufgaben innerprofessioneller Regulierung konzentriert

20 Im internationalen Vergleich ist das eine auffallend niedrige Facharztquote, die weit unter den Werten für die Bundesrepublik oder Frankreich liegt, wo über 40% der Ärzte eine Weiterbildung zum Facharzt haben. Selbst einschließlich der noch nicht voll als Facharzt qualifizierten "*registrars*" ergibt sich für England die relativ geringe Facharztquote von 33% im Jahr 1985 (Daten zur Struktur der Krankenhausärzte finden sich in Health and Personal Social Services Statistics; zur Facharztdefinition vgl. Allen 1984: 232).

und die Interessenvertretung der Ärzte nach außen weitgehend der BMA überlassen (Glaser 1978: 161). Der Differenzierung in Allgemein- und Fachärzte wird heute organisationsintern in der BMA durch die Aufgliederung in verschiedene *committees* Rechnung getragen.²¹

Im Anschluß an heftige Konflikte zwischen dem Ministerium und den Ärzten um die Reform der Besoldung in der Mitte der sechziger und erneut in den mittsiebziger Jahren ist es zu einer Reihe von Spaltungen der britischen Ärzteschaft gekommen. 1966 trennten sich die jüngeren Krankenhausärzte von der BMA und gründeten die *Junior Hospital Doctors' Association* mit damals etwa 4.000 Mitgliedern (Schicke 1971: 81). Auch ein Teil der Consultants machte gegen die Verhandlungsführung der BMA mobil und schloß sich der *Hospital Consultants' and Specialists' Association* an, die bereits 1948 gegründet worden, bis in die sechziger Jahre hinein aber kaum aktiv war (Klein 1983: 89). Ein radikaler Flügel der Allgemeinärzte, der sich im Besoldungskonflikt von 1965 durch die BMA nicht adäquat vertreten sah, gründete eine eigenständige *General Practitioners Association* mit etwa 3.000 Mitgliedern (Glaser 1970: 267; Schicke 1971: 81). Dennoch spielt die BMA in den Verhandlungen der Ärzteschaft mit der Regierung nach wie vor die dominante Rolle.

Während die BMA als Interessenverband der Ärzteschaft auftritt, nimmt der *General Medical Council* (GMC) kammerartige Funktionen der professionellen Selbstregulierung wahr. Die Mitglieder dieses Rates werden z.T. von der Ärzteschaft gewählt, z.T. von den Universitäten nominiert; hinzu kommt eine kleine Zahl ernannter Laienvertreter (Klein 1983: 161). Der GMC erteilt die Approbation (*registration*) als Arzt oder Facharzt und geht Beschwerden der Patienten nach (Klein 1983: 161; Allen 1984: 238).

21 Die wichtigsten *Committees* sind: das *General Medical Services Committee* für die Allgemeinärzte, das *Central Committee for Hospital Medical Services* für die Krankenhauschefärzte (*consultants*), das *Hospital Junior Staffs Committee* für die Assistenzärzte und das *Public Health Committee* für im Dienst der lokalen Gesundheitsbehörden tätige Ärzte (Glaser 1978: 155-156, 166; Schicke 1971: 80). Die Mitglieder dieser Ausschüsse werden von ihren jeweiligen Basisgruppen gewählt. Die Geschäftsführung der BMA liegt in den Händen eines aus 80 Mitgliedern bestehenden Exekutivrates (*Council of the BMA*; vgl. Schicke 1971: 80).

7. Zahnärzte

Im Jahr 1985 gab es im Vereinigten Königreich 20.465 Zahnärzte, davon 14.334 in England (Eurostat 1987: 7; Health and Personal Social Services Statistics 1987: 67). Damit hat Großbritannien nicht nur eine wesentlich geringere Absolutzahl von Dentisten als vergleichbare Länder wie die Bundesrepublik oder Frankreich, sondern auch eine deutlich niedrigere Zahnarzt-dichte.²² Als Interessenverband der Zahnärzte fungiert die *British Dental Association*. Sie vertritt die Zahnärzte in den Verhandlungen mit dem Ministerium über die Vertragsbedingungen der für den NHS tätigen Dentisten.

8. Pflege- und sonstiges Personal

Der NHS ist sehr personalintensiv und beschäftigt als größter Arbeitgeber des Landes rund 1 Million Menschen, darunter viele Teilzeitbeschäftigte (Department of Health and Social Security 1986: 45; vgl. Health and Personal Social Services Statistics 1987: 33). Läßt man die lediglich vertraglich an den NHS gebundenen Freiberufler unberücksichtigt, so waren 1985 rd. 813.000 Personen im unmittelbaren Dienst des NHS. Diese direkt Beschäftigten verteilen sich auf einzelne Funktionsgruppen wie in Tabelle 5.2 dargestellt.

Zum hohen Beschäftigungsvolumen des NHS vor allem im nicht- oder paraprofessionellen Bereich trägt die hohe Quote der Teilzeitbeschäftigten bei, die im Bereich der Hilfsdienste bei 50%, im Bereich der Pflegedienste bei etwa 33% liegt (Royal Commission 1979: 170). Aufgrund ihrer numerischen Stärke und dem hohen Grad gewerkschaftlicher Mobilisierung stellen die fast 800.000 nichtärztlichen NHS-Bediensteten einen gewichtigen Faktor der Gesundheitspolitik dar. Nach einer Phase der Mobilisierung in den sechziger und siebziger Jahren und dem großen Streik der Krankenhausbediensteten im Jahr 1973 stieg ihr gewerkschaftlicher Organisationsgrad rasch von 40% auf über 70% (Klein 1989: 111; Döhler: 1990: 133; Robson 1983: 110).

22 Die Bundesrepublik und Frankreich zählten jeweils rd. 35.000 Zahnärzte. In Frankreich kamen damit 1985 auf einen Zahnarzt 1.567 Einwohner, in der Bundesrepublik 1.774 und im Vereinigten Königreich 2.767 (Eurostat 1987: 7).

Tabelle 5.2: Vollzeitkräfte im National Health Service 1985

	Absolutzahl	(%)
Pflegepersonal	401.151	(49,3)
Hilfsdienste	157.567	(19,4)
Verwaltungspersonal	111.048	(13,7)
Nichtärztliche Professionelle	80.379	(9,9)
Ärztliches Personal	42.994	(5,3)
Wartungspersonal	19.758	(2,4)
Insgesamt	812.897	(100,0)

Quelle: Health and Personal Social Services Statistics for England (1987)

Der recht hohe Organisationsgrad geht allerdings mit einer starken Fragmentierung der Interessenvertretung einher. Um die Repräsentation des NHS-Personals bemühen sich fast 50 verschiedene gewerkschaftliche Organisationen, darunter drei rivalisierende Industriegewerkschaften sowie zahlreiche Berufsvertretungen. Am wichtigsten sind die *National Union of Public Employees* (NUPE), die *Confederation of Health Service Employees* (COHSE) sowie die *NALGO* (*National and Local Government Officers' Association*). Der NUPE gehören vor allem Mitglieder der Hilfsdienste an, die COHSE vertritt vorwiegend die niedrigeren Grade des Pflegepersonals (Klein 1989: 112; vgl. Glaser 1981: IX-3). Als Interessenverband des geprüften Pflegepersonals fungiert das *Royal College of Nurses*, das gewerkschaftliche Funktionen mit solchen professioneller Selbstkontrolle verknüpft. Auch Ingenieure und andere Gruppen sind in speziellen Berufsverbänden organisiert.

Der *Trades Union Congress* (TUC) hat zwar ein Komitee zur Koordinierung der verschiedenen im Gesundheitsbereich tätigen Einzelgewerkschaften, aber einen funktionierenden Dachverband sämtlicher Gesundheitsgewerkschaften gibt es nicht (Glaser 1981: IX-3). In den *Whitley Councils* zur Aushandlung der Tarifverträge sind nur die beiden größten Gewerkschaften, NUPE und COHSE, durchgängig vertreten, ansonsten variiert die Zusammensetzung der Arbeitnehmerseite je nach *Whitley Council* (vgl. zu den *Whitley Councils* Abschnitt A.4). Die jährlich neu verhandelten Tarifverträge der diversen Berufsgruppen werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten abgeschlossen und haben unterschiedliche Laufzeiten. Da somit praktisch das ganze Jahr über verhandelt wird und die

Gewerkschaften einander im Kampf um Mitglieder auszustechen suchen, ist die Mobilisierung der Basis hoch.

9. Krankenhäuser

1985 gab es in England 1.862 Krankenhäuser (Health and Personal Social Services Statistics 1987: 75). Ihre Zahl ist seit 1970 um 20% geschrumpft. Die Schließungen fanden fast ausschließlich im öffentlichen Sektor statt. Die Privatkliniken befinden sich dagegen seit dem Regierungsantritt der Konservativen im Aufschwung. Ihre Zahl ist von 149 im Jahr 1979 auf 204 im Jahr 1988 gestiegen (Timmins 1988: 15; Döhler 1990: 246). Im nichtstaatlichen Bereich gewinnt der profitorientierte Sektor langsam die Oberhand über den gemeinnützigen Bereich. Der Betanteil gemeinnütziger Kliniken ist im nichtstaatlichen Bereich zwischen 1979 und 1987 von 72 auf 46% gesunken. Neue Betten werden fast ausschließlich im Profitsektor geschaffen. Auf dem Vormarsch sind vor allem amerikanische Klinikunternehmen, deren Anteil an den Privatkrankenhäusern zwischen 1979 und 1987 von 2 auf 22% gestiegen ist (Timmins 1988: 15).

Die öffentlichen Krankenhäuser sind nicht als eigenständiger kollektiver Akteur der Gesundheitspolitik zu betrachten, weil sie administrativ immer größeren Verwaltungseinheiten wie *Hospital Management Committees* bzw. *District Health Authorities* oder *Unit Managers* unterstellt waren. Das wird sich erst nach der Einführung der im *White Paper* von 1989 vorgesehenen *NHS Hospital Trusts* mit eigenen Budgets ändern. Einen nationalen **Verband** der Krankenhäuser gibt es seit der Auflösung der *British Hospital Association* im Jahr 1948 bislang nicht. Nur die nichtstaatlichen Kliniken sind verbandsförmig in der *Independent Hospital Group* zusammengeschlossen (Landsberger/ Campbell/ Carlson 1987b: 11).

10. Arzneimittelhersteller und -vertreiber

Die britische Arzneimittelindustrie zählt mit einem Anteil von 12% am Weltpharmaexport zu den bedeutendsten Pharmaproduzenten der Welt (Smith 1987: 8). Fünf der fünfzig größten multinationalen Pharmaunter-

nehmen der Welt sind in Großbritannien beheimatet (ebd.). Ähnlich wie ihr Pendant in Deutschland ist auch die britische Pharmaindustrie ein bedeutender nationaler Wirtschaftsfaktor, denn sie produziert mit 72.000 Beschäftigten etwa 1% des Bruttosozialprodukts und ist mit einer Exportquote von 33% sehr exportintensiv (Chew u.a. 1985: 16, 20, 22). Im Vergleich zu Deutschland fällt der hohe Konzentrationsgrad auf, denn den 530 Pharmaunternehmen in der Bundesrepublik stehen nur 212 in Großbritannien gegenüber, wovon 24 zu den Großunternehmen gerechnet werden (Chew u.a. 1985: 21). Der hohe Konzentrationsgrad bietet günstige Grundlagen für die Entwicklung einer korporatistischen Zusammenarbeit mit dem Staat.

Zusammengeschlossen sind die Pharmaunternehmen in der *Association of British Pharmaceutical Industry* (ABPI). Dieser Verband fungiert nicht nur als Interessenvertretung der Einzelunternehmen, sondern auch als Selbstregulierungsinstanz. So hat er für seine Mitglieder Verhaltensnormen (*Codes of Conduct*) und Richtlinien (*guidelines*) erarbeitet, die z.B. die Art der Werbung regulieren²³, und er unterhält diverse eigene Untersuchungsgruppen (*study groups*). Gegenüber der Regierung tritt die Association nicht nur als Sprecher und Lobbyist der Pharmaindustrie auf, sondern auch als Verhandlungspartner bei der Aushandlung der Arzneimittelpreise im Rahmen des sog. *Pharmaceutical Price Regulation Scheme* (Smith 1987: 63; vgl. unten Abschnitt C.3).

Der *Arzneimittelvertrieb* liegt in den Händen von fünf größeren und 30 kleineren Großhandelsunternehmen sowie knapp 11.000 öffentlichen Apotheken, die über Verträge an den NHS gebunden sind (Abel-Smith 1984c: 204).

11. Konsumentenverbände

Die Konsumenten der Gesundheitsdienste sind durch die Verankerung von Partizipationsrechten im Rahmen der durch die Reform von 1974 geschaffenen *Community Health Councils* als legitimer Bestandteil des *policy network* des NHS anerkannt worden. Als Anwalt ihrer Interessen tritt der im Reformjahr gegründete Verband der Bürgerbeiräte im Natio-

23 Der Verband verhängt gegen einzelne Mitglieder durchaus heftige Sanktionen. So wurde z.B. die britische Niederlassung von Bayer wegen "bad conduct" aus dem Verband ausgeschlossen (Smith 1987: 70).

nenalen Gesundheitsdienst auf, der unter dem Namen "*Association of Community Health Councils*" (ACHC) firmiert. Ihm stehen noch diverse andere Verbände von Klientengruppen zur Seite, wie etwa "MIND" (*The National Association for Mental Health*) und "Age Concern" sowie der *National Council of Voluntary Organisations*. Die gesundheitspolitische Rolle dieser Organisationen erschöpft sich aber gewöhnlich in der Konsultation der Entscheidungsgremien sowie im Versuch der Mobilisierung der Medien.

C. Die Gestaltung zentraler Bereiche der medizinischen Versorgung

1. Ambulante Versorgung

1.1 Infrastruktur (Organisationsweise und Mengenregulierung)

Zur ambulanten Versorgung bzw. den in England sogenannten "*primary care services*" zählen neben dem allgemeinärztlichen Dienst auch die zahn- und augenärztlichen Leistungen sowie die Versorgung mit Arzneimitteln, die hier getrennt abgehandelt werden. Träger der ambulanten Versorgung sind freiberuflich tätige Allgemeinärzte, die "*general practitioners*" oder "*family doctors*" genannt werden und vertraglich durch Abkommen mit den sog. *Family Practitioner Committees* an den Nationalen Gesundheitsdienst gebunden sind.

Das traditionelle Berufsbild des selbständig in der Einzelpraxis wirkenden Arztes weicht zunehmend einem neuen Tätigkeitsmuster, das durch Teamarbeit gekennzeichnet ist. Gefördert durch diverse staatliche Subventionen, ist der Anteil der in *Gruppenpraxen* tätigen Allgemeinärzte zwischen 1971 und 1981 von 58 auf 75 Prozent gestiegen (Abel-Smith/Graham 1984: 200). Nur noch 13 Prozent aller englischen Allgemeinärzte arbeiten heute vereinzelt, ohne jegliche Mitarbeiter (ebd.). Im Durchschnitt kommen auf einen *general practitioner* 1,2 Arzthelfer (Arnold 1987: 29). Weit verbreitet ist die Zusammenarbeit von Ärzten, Zahnärzten, Pflegepersonal und zuweilen auch Apothekern in sog. "*Health (Care) Centres*", in denen ein Viertel aller Allgemeinärzte tätig ist (Allen

1984: 209; Salowsky/ Seffen 1976: 91). Die Zahl dieser *Health Centres* ist in ständigem Wachstum begriffen (vgl. Ham 1985: 23).

Der *general practitioner* (GP) spielt im britischen System eine Schlüsselrolle, weil der Patient in der Regel nur über ihn Zutritt zum System der medizinischen Versorgung erhält. Jeder Bewohner über 16 Jahren kann sich bei einem Arzt seiner Wahl in die *Patientenliste* einschreiben. Ein Arztwechsel ist dann möglich, wenn der Patient umzieht oder von seinem Arzt und dem zuständigen *Family Practitioner Committee* einen Antrag auf Wechsel genehmigt bekommt (Maynard 1975: 196). Nach der Implementation der auf mehr Wettbewerb abzielenden Reformvorschläge des *White Paper* von 1989 wird den Patienten der Arztwechsel auch ohne Genehmigung möglich sein (Secretary of State for Health 1989: 55).

Freien Zugang zum Facharzt wird es dagegen auch nach der Reform nicht geben. Der Allgemeinarzt überweist die Patienten an Fachärzte, die im Rahmen des NHS ausschließlich in Krankenhäusern praktizieren, welche neben stationären (*in-patient*) auch ambulante (*out-patient*) Dienste anbieten. Die Praxis des Allgemeinarztes weist in der Regel nur eine Grundausrüstung auf, die differenzierte Diagnoseverfahren nicht zuläßt. Der NHS finanziert dem GP weder die Investitionsmittel für aufwendige Verfahren, noch honoriert er die entsprechenden Leistungen (Arnold 1987: 32). Daher hat der GP außer Stethoskop und Blutdruckmeßgerät gewöhnlich kaum irgendwelche Geräte.²⁴ Das bedeutet allerdings nicht, daß die englische Allgemeinmedizin wesentlich zuwendungsintensiver wäre als die deutsche. Die durchschnittliche Arztkontaktdauer liegt bei 6 Minuten (Allen 1984: 208), und die Zahl der Hausbesuche ist niedriger als in der Bundesrepublik.²⁵ Diagnostische Laboruntersuchungen übernimmt der *Public Health Laboratory Service*, der 54 Laboratorien unterhält und auch für die Krankenhäuser und den kommunalen Gesundheitsdienst tätig wird (Allen 1984: 212).

Die *Zulassung* als Familienarzt im NHS erteilt das *Medical Practices Committee*. Voraussetzung für die Zulassung ist der Abschluß einer dreijährigen Zusatzausbildung nach der Approbation. Die Approbation erfolgt durch Registrierung beim *General Medical Council* nach sechsjähriger

24 Einer Anfrage der FAZ beim britischen Ärzteverband zufolge ist kein Allgemeinarzt mit einem Röntgengerät bekannt (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 27.9.1986: 15).

25 Arnold (1987: 30) spricht von 35 Mio. Hausbesuchen pro Jahr gegenüber 44 Mio. in der Bundesrepublik.

Studien- und Praktikumszeit. Das *Medical Practices Committee* versucht auch, die regionale Verteilung der Ärzte zu steuern (Maynard 1975: 196). Die Skala der Regulierung reicht von der finanziellen Förderung bis zum Verbot der Niederlassung (Salowsky/ Seffen 1976: 91). Die Gebührenordnung für Ärzte ist insofern regional gestaffelt, als es für den Dienst in bestimmten Gegenden Zulagen gibt. Ob sich in einem bestimmten Gebiet ein neuer GP *niederlassen* kann, entscheidet das lokale *Family Practitioner Committee*, das der Niederlassung in der Regel dann zustimmt, wenn eine GP-Liste mehr als 2.500 Patienten umfaßt (Arnold 1987: 29). Regeln zur Regulierung der Ärztezahls bestanden bislang insofern, als die Zahl der Patienten pro Arzt seit den fünfziger Jahren auf 3.500 beschränkt war (Glaser 1970: 87; Salowsky/ Seffen 1976: 90). Tatsächlich umfaßt die Kartei eines Familienarztes heute sehr viel weniger Personen. Zwischen 1971 und 1984 ging die durchschnittliche Zahl der bei einem Arzt eingeschriebenen Personen von 2.460 auf 2.039 zurück (Abel-Smith/ Graham 1984: 200; Arnold 1987: 29; Daten für England). Die im *White Paper* von 1989 avisierten Reformen versuchen dagegen, Anreize für einen Wettbewerb um die Rekrutierung von Patienten zu setzen. Dazu zählen die Lockerung des Werbeverbots und die Erhöhung der Kopfpauschalen (vgl. dazu näheres unten sowie Secretary of State for Health 1989: 54/55).

Zur Regulierung der Ärztezahls stehen den Behörden zwei Instrumente zur Verfügung. Zum einen kontrolliert die Regierung in Verbindung mit dem *University Grants Committee* die jährliche Zahl der *Neuzulassungen* zum Medizinstudium, die bis in jüngste Zeit auf der Grundlage von Empfehlungen einer *Royal Commission* des Jahres 1968 ständig gestiegen ist (Daten bei Allen 1984: 237, 250). Zum anderen kann die Regierung durch Änderung der Einreisebestimmungen und Qualifikationsanforderungen die Einwanderung von Ärzten regulieren. Dies ist insofern von Bedeutung, als ein Viertel aller britischen Ärzte aus Überseeländern stammt (Robson 1983: 125).

Die Familienärzte schließen ihre Arbeitsverträge ebenso wie die Zahnärzte, Optiker und Apotheker mit den *Family Practitioner Committees*, die für einen oder mehrere Gesundheitsbezirke zuständig sein können. Bei 192 Distrikten gibt es in England 90 FPCs sowie 8 weitere in Wales. Die Mitglieder der FPCs werden vom Minister ernannt. Die Hälfte der bislang noch 30 Mitglieder besteht aus Vertretern der Ärzteschaft, die andere Hälfte aus Repräsentanten der Benutzer und Finanzierer des NHS. Je 4 der 15 Laienvertreter werden bislang von den Kommunalbehörden

und den *District Health Authorities* ernannt, die restlichen sieben Konsumentenvertreter werden auf Vorschlag von Verbänden oder Honoratioren berufen (Ham 1985: 9). Die durch das *White Paper* von 1989 eingeleitete Reform sieht vor, die Größe der FPCs auf 11 zu reduzieren, darunter 4 von den *Regional Health Authorities* allein aufgrund ihres Sachverständnisses ernannte Ärzte und 5 ebenfalls von den RHAs ernannte Laien. An der Spitze soll ein vom Gesundheitsminister ernannter Vorsitzender (*Chairman*) stehen, während ein vom Vorsitzenden und den Laienvertretern ernannter Manager (*Chief Executive*) die Geschäftsführung übernehmen soll (Secretary of State for Health 1989: 61).

Die FPCs bekamen ihre Budgetanteile früher über die *Regional* und *District Health Authorities* zugewiesen, werden seit 1985 aber direkt durch das Ministerium finanziert. Nach der Implementation der Reform von 1989 sollen die FPCs ihr Budget von den *Regional Health Authorities* erhalten, an die dann auch die Fachaufsicht übergeht (Secretary of State for Health 1989: 62). Damit wird ein wichtiger Schritt zur Verzahnung der bislang organisatorisch voneinander getrennten ambulanten und stationären Versorgung unternommen.

Das den FPCs zur Verfügung gestellte Budget war bislang "*open-ended*", d.h. nicht dem 1976 eingeführten System der "*cash limits*" unterworfen. Auch das soll sich mit der Reform ändern. Großgruppenpraxen mit mehr als 11.000 Patienten sollen eigenständige *budget holders* werden, die von den RHAs ein gedeckeltes Budget erhalten, in dem auch die Kosten verschriebener Arzneimittel enthalten sind. Darüber hinaus sollen allen FPCs prospektive Arzneimittelbudgets zugeteilt werden (Secretary of State for Health 1989: 50, 58). Die Aufgabe der FPCs ist es, die Budgetmittel an die Ärzte ihres Zuständigkeitsbereichs zu verteilen. Insofern üben die FPCs ähnliche Funktionen aus wie die deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen, aber im Gegensatz zu ihrem deutschen Äquivalent sind sie ein Mitbestimmungsorgan, in dem neben der Ärzteschaft auch die Benutzer und Bezahler des Gesundheitsdienstes zu Wort kommen.

Ähnlich wie die deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen nehmen die FPCs auch *Kontrollfunktionen* wahr. Dabei handelt es sich sowohl um eine Finanzkontrolle wie um eine professionelle Kontrolle der ärztlichen Praxis. Als besonders verschreibungsfreudig auffallende Ärzte können einer Prüfung unterzogen werden (vgl. unten Abschnitt C.3). Patientenbeschwerden über Ärzte sind beim zuständigen FPC einzureichen

und werden von einem besonderen Komitee untersucht (Allen 1984: 217; vgl. Maynard 1975: 196).

1.2 Die Honorierung der Ärzte (Preisbildungsmechanismus)

Allgemeine Vertragsbedingungen für die im NHS tätigen Allgemeinärzte und Krankenhauspezialisten wurden erstmals am Ende der vierziger Jahre zwischen Repräsentanten der beiden Ärzteguppen und der Regierung ausgehandelt. Die monetäre Höhe der Vergütung hatten dagegen zwei unabhängige Kommissionen festgesetzt, die nach dem Namen ihres Vorsitzenden "*Spens Committees*" genannt wurden. Die *general practitioners* wurden im Prinzip auf der Basis von *Kopfpauschalen* vergütet. Die Fachärzte in den Krankenhäusern erhielten ein nach Seniorität gestaffeltes, ansonsten aber für sämtliche Fachdisziplinen gleiches *Gehalt*.

In den fünfziger Jahren waren dann sowohl die allgemeinen Vertragsbedingungen wie die Honorarhöhe Gegenstand bilateraler Verhandlungen zwischen Ärzteschaft und Regierung. Das Verhandlungsverfahren war gesetzlich nur wenig normiert, so daß viel Raum für die Aktivierung von "*old boy networks*" und vertrauliche Vereinbarungen blieb. Dennoch blieb die Arzthonorierung heftig umstritten, bis 1959 eine *Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remuneration* einen Bericht vorlegte, der eine stärkere Formalisierung des Verhandlungsverfahrens in die Wege leitete.

An der Bezahlungsweise der Allgemeinärzte änderte sich bis 1965 nur wenig. Die Ärzte erhielten ihr Geld aus einem *Central Pool*, dessen Höhe durch das Regierungsbudget fixiert war (Klein 1985: 88). Der dem *Pool* zur Verfügung gestellte Betrag sollte den Ärzten ein bestimmtes Durchschnittseinkommen sichern, das sich an der Zahl der behandelten Patienten orientierte, ohne im strikten Sinne eine bestimmte Höhe der Kopfpauschale zu garantieren (Glaser 1970: 84-85). Die Verteilung der Summe auf die einzelnen Ärzte orientierte sich vorwiegend, aber nicht ausschließlich, an der Zahl der eingeschriebenen Patienten. Zur Kopfpauschale gesellten sich u.a. auch Investitionszulagen, die unabhängig vom Nachweis tatsächlich getätigter Investitionen ausbezahlt wurden. Etwa drei Viertel des Ärztteeinkommens stammten zu jener Zeit aus Kopfpauschalen (Glaser 1970: 87).

Da das *Pool System* mit einem fixen Budget operierte und daher sinkende Kopfpauschalen nach sich ziehen mußte, wenn die Bevölkerung

schneller wuchs als die Zahl der Ärzte, blieb es stets umstritten, bis es schließlich durch die nach langen Verhandlungen zustandegekommene neue **Family Doctor Charter** von 1966 abgeschafft wurde. Nach dem neuen Bezahlungssystem ist die Summe der zur Verteilung gelangenden Gelder prinzipiell offen - also nicht durch fixe Budgets limitiert - und bestimmt sich aus dem tatsächlichen Aufwand der Ärzte. Jeder Arzt erhält eine nach Region und Alter der Patienten gestaffelte Kopfpauschale als Garantiesumme sowie diverse Zulagen und Sondervergütungen für spezielle Dienste.²⁶ Die Kopfpauschale macht im neuen System nur noch durchschnittlich 46% der Arzteinkünfte aus. Die jüngsten Reformvorschläge gehen dahin, diesen Anteil wieder auf mindestens 60% zu erhöhen (Secretary of State for Health 1989: 54)

Zum überwiegenden Teil trägt der NHS auch die Personal- und Mietkosten einer Arztpraxis. Bislang wurden 70% der Personalkosten bis zu einer Obergrenze erstattet. Seit dem *Health and Medicines Act* von 1988 sind die Personalkostenerstattungen *cash limited*. Künftig sollen sie Teil des allgemeinen Budgets der FPCs werden (Secretary of State for Health 1989: 49; vgl. Glaser 1970: 87). Mietkosten wurden vom NHS bislang in "angemessener Höhe" getragen, sollen nun aber auch dem System der *cash limits* unterworfen werden. Zur Förderung von Investitionen in die Praxisausstattung wurde 1967 eine öffentliche Finanzierungsgesellschaft gegründet, die zinsgünstige Kredite und Darlehen gewährt. Außerdem wurden Praxisgemeinschaften durch diverse Subventionen gezielt gefördert (Glaser 1970: 268, 270). Diese Neuregelung trug entscheidend zum kräftigen Aufschwung der *health centres* bei (Klein 1983).

Über die Arbeits- und Bezahlungsbedingungen der britischen Ärzte wird seit den sechziger Jahren in einem **zweistufigen Verfahren** entschieden. Die Grundzüge der vertraglichen Rechte und Pflichten der für den NHS tätigen Ärzte sind Gegenstand **bilateraler Verhandlungen** zwischen den Standesvertretern und dem Ministerium (Glaser 1978: 153). Die Entscheidung über die Preise ärztlicher Leistungen liegt dagegen seit 1962 bei dem **unabhängigen** und ehrenamtlich tätigen "**Review Body**",

26 Der Unterschied zur Einzelleistungshonorierung liegt darin, daß nur zwischen groben Leistungsarten unterschieden wird und daß die leistungsunabhängige Kopfpauschale immer noch eine gewichtige Komponente darstellt. Übersichten über die jeweils geltenden Gebührenordnungen finden sich bei Maynard (1975: 202), Allen (1984: 252) und Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration (1988: 33-35).

dem die Ärzteschaft und das Ministerium lediglich Vorschläge unterbreiten.

Das Gesetz legt lediglich fest, daß über die *Vertragsbedingungen* der Ärzte zu verhandeln ist, aber wer die Verhandlungen zu führen hat, bleibt offen. Daher kann jede Gruppe als Interessenvertreter der Ärzteschaft auftreten, die das Ministerium als Verhandlungsführer akzeptiert. Faktisch verhandelt aber nur die *British Medical Association* für die Ärzte. Ihr haben inzwischen auch die in den fünfziger Jahren noch als Verhandlungsführer der Krankenhausfachärzte fungierenden *Royal Colleges* das Feld überlassen. Die Vereinbarungen reichen von kleineren Vertragsmodifikationen mit kurzer Geltungsdauer bis zu grundlegenden Abkommen langfristiger Natur, die auch die Struktur der Gebührenordnung festlegen.

Für die *Allgemeinärzte* führt das *General Medical Service Committee* (GMSC) der BMA (*British Medical Association*) die Verhandlungen. Das sechsköpfige Verhandlungsteam der GMSC trifft sich einmal monatlich mit Beamten des Ministeriums zu Gesprächen. Auf der Basis dieser Gespräche werden dann in unregelmäßigen Zeitabständen die Verträge oder Vertragsänderungen abgeschlossen (Glaser 1978: 160). Für die *Krankenhausärzte* verhandelten ursprünglich *Royal Colleges* und BMA gemeinsam in einem *Joint Consultants Committee*. Seit dem Ende der 60er Jahre spricht aber nur noch die BMA für die Ärzte. Zwei ihrer Untergruppen - das *Central Committee for Hospital Medical Services* (CCHMS) und das *Hospital Junior Staffs Committee* (HJSC) - entsenden Vertreter in ein gemeinsames Verhandlungsteam, das sich mit Vertretern des Ministeriums in zweimonatlichem Rhythmus zu Gesprächen trifft. Die *Joint Negotiating Committee* genannte Gesprächsrunde entscheidet von Zeit zu Zeit über die Neugestaltung der Verträge hinsichtlich der Arbeitszeiten, Amtspflichten und individuellen Rechte der Ärzte (z.B. Rechte auf privatärztliche Nebentätigkeit).

Die Höhe der *Arzteinkommen* im ambulanten und stationären Sektor bestimmt der 1962 aufgrund der Empfehlungen einer *Royal Commission* von 1960 eingesetzte *Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration* (vgl. oben Abschnitt B.2). Dieser unabhängige Sachverständigenrat mit sieben vom Premierminister ernannten Mitgliedern trifft seine Entscheidungen auf der Grundlage der von Ärzteschaft und Ministerium unterbreiteten *Eingaben*. Die Initiative geht von den Ärzten aus. Die vier Sektionen der BMA (*general practitioners, consultants, junior hospital doctors, public health physicians*) entsenden Vertreter in das *Joint Evi-*

dence Committee der BMA, das aus den Forderungen der Sektionen dann den dem *Review Body* zu unterbreitenden Vorschlag der Ärzteschaft erarbeitet. Darüber hinaus kann aber auch jede andere Organisation der Ärzte Eingaben machen (Glaser 1978: 166/167).

Der Vorschlag der Regierung speist sich aus drei Quellen: einer Schätzung der voraussichtlichen Gesundheitskosten seitens der *Treasury*, einer Richtlinie des *Department of Employment* zur Einkommenspolitik und einer Zielgröße des DHSS (*Department of Health and Social Security*) zur Einkommensentwicklung der Ärzte. Die Beamten des DHSS erarbeiten aus diesen Vorgaben dann den Vorschlag des Ministeriums für die Gestaltung der Arzti- und Zahnarzthonorare.

Der *Review Body* (bzw. sein Sekretariat) prüft dann die Eingaben, stellt selbst zahlreiche Recherchen an bzw. gibt Untersuchungen in Auftrag und trifft dann seine Entscheidung. Als Entscheidungsgrundlage dienen zwei nicht immer kompatible Ziele: Zum einen soll die relative Einkommensposition der Ärzte bzw. einzelner Arztgruppen gewahrt werden, zum anderen sollen ausreichende Anreize zur bedarfsgerechten Rekrutierung von Ärzten geschaffen werden (Glaser 1978: 170). Auf der Basis dieser Kriterien wird dann ein Zielwert für das Einkommen eines Modellarztes mit durchschnittlicher Arbeitsbelastung definiert. Anschließend wird der Wert einzelner Leistungsposten so bemessen, daß sich aus der Summe der Einzelposten das Zieleinkommen ergibt. Der Rat definiert also eine sich aus einem angemessenen Leistungsprofil ergebende Einkommensnorm. Für 1988 wurde z.B. ein Durchschnittseinkommen von 28.800 Pfund für die niedergelassenen Allgemeinärzte (*general practitioners*) und von 35.500 Pfund für Krankenhaus-Fachärzte (*consultants*) empfohlen (*Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration 1988: 22*).

Die Empfehlung des Rats geht dann an den Premierminister, der sie an einen Kabinettsausschuß weiterleitet. Der Ausschuß trifft dann die Entscheidung, die als Regierungsantwort auf eine parlamentarische Anfrage gewöhnlich zum 1. April mitgeteilt wird und damit in Kraft tritt. Das Votum des Kabinettsausschusses weicht nur in seltenen Ausnahmefällen von den Empfehlungen des *Review Body* ab.

Ursprünglich galten die Empfehlungen des Rates für einen Zeitraum von 3 Jahren, in den späten 60er Jahren dann für 2 Jahre, seit 1970 lediglich für ein Jahr. Strittig war wiederholt die Frage, in welchem Maße der Rat unabhängig von der Einkommenspolitik der Regierung Entscheidungen treffen kann. In der Praxis hat der Rat seine Unabhängig-

keit in z.T. harten Auseinandersetzungen mit der Regierung meist erfolgreich durchgesetzt. Als die Labour-Regierung sich 1970 weigerte, den Empfehlungen des Rates zu folgen, erklärten die Mitglieder des *Review Body* geschlossen ihren Rücktritt. Die BMA drohte mit einem Ärztestreik, und Labour verlor die Wahlen von 1971. Die Konservativen sicherten nach ihrem Wahlsieg dem Rat volle Autonomie zu, senkten allerdings ihrerseits 1981 eine Empfehlung des Rates um drei Prozentpunkte (Glaser 1981: IX-13-15).

Die **Einkommen** der britischen Ärzte sind im internationalen Vergleich sehr niedrig. Nach den Statistiken der OECD wachsen sie weitgehend im Gleichklang mit den Arbeitnehmereinkommen. 1975 und 1980 übertraf das Durchschnittseinkommen der Ärzte das durchschnittliche Arbeitnehmereinkommen um den Faktor 2,5, 1983 um den Faktor 2,3.²⁷ Andere Quellen warten zwar mit etwas abweichenden Relationen auf, aber auch in ihnen erscheint Großbritannien als ein Land mit auffallend niedrigen Arzteinkommen (vgl. Maxwell 1981: 77). Allerdings sind in diesen Statistiken gewöhnlich nur die Einkommen aus der Tätigkeit für den NHS berücksichtigt. Zumindest die im Krankenhaus tätigen *Consultants* beziehen aber beträchtliche Zusatzeinkünfte aus der Privatpraxis.²⁸

2. Stationäre Versorgung

2.1 Merkmale der Infrastruktur: Grundcharakteristika und Probleme

Die englischen Krankenhäuser sind nicht nur für die stationäre Versorgung zuständig, sondern übernehmen auch die gesamte fachärztliche Behandlung. Deshalb spielt die ambulante Versorgung im britischen Krankenhauswesen eine größere Rolle als in anderen Ländern, und es lassen sich drei typische Formen von Krankenhausdienstleistungen unterscheiden: die **stationäre Versorgung** im eigentlichen Sinn (*in-patient services*), **tagesklinische Leistungen** (*day-patient services*) und **ambulante Behandlung** (*out-patient services*). Abgegrenzt von der Akutversorgung sind

27 Die entsprechenden Kennziffern für die Bundesrepublik lauten 5,8 (1974) und 4,9 (1980; errechnet nach OECD 1985).

28 1988 beliefen sich die Bruttoeinkünfte der *Consultants* aus privatärztlicher Tätigkeit auf durchschnittlich 19.000 Pfund (Timmins 1988: 20; vgl. auch Klein 1989: 216).

stationäre Einrichtungen für Pflegebedürftige oder geistig Behinderte. So gibt es inzwischen etwa 100 Sterbekliniken (*hospices*) und diverse Pflegeheime (*nursing homes*), die überwiegend in privater Hand sind (Arnold 1987: 50; Glaser 1981).

Die im Krankenhaus angestellten *Fachärzte* (*consultants*) haben in der Regel keine eigenen Praxen. Allerdings widmen sie einen Teil ihrer Arbeitszeit der privaten Tätigkeit in der Klinik, und sie arbeiten in der Regel gleichzeitig für mehrere Krankenhäuser.²⁹ Ihre Einstellung erfolgt nicht durch eine Klinik, sondern durch die *Regional Health Authorities*. Dadurch sowie durch die fluktuierende Tätigkeit genießen die *Consultants* einen hohen Grad der Unabhängigkeit gegenüber den Krankenhausverwaltungen bzw. den deren Budget kontrollierenden *District Health Authorities* (vgl. Harrison 1988b: 129; Secretary of State for Health 1989: 41). Überdies wird die als Grundlage professioneller Selbstkontrolle unentbehrliche Herausbildung kognitiver und normativer Gemeinsamkeiten in einer füreinander regelmäßig sichtbaren Gruppe von *peers* erschwert. Das *White Paper* von 1989 sieht deshalb vor, die Einstellungskompetenz an die *District Health Authorities* zu delegieren und den neu zu errichtenden *NHS Hospital Trusts* das Recht zu geben, eigenständig über die Einstellung von Ärzten zu entscheiden.

Die englischen Krankenhäuser waren bei Kriegsende stark überaltert und modernisierungsbedürftig. Fast die Hälfte der 1946 bestehenden Klinikbauten war vor 1891 errichtet worden (Allen 1984: 211). Bis 1955 wurde nicht ein einziges Krankenhaus neu gebaut, denn wegen des Kapitalbedarfs der güterproduzierenden Industrie mußte der NHS in der unmittelbaren Nachkriegszeit noch zurückstecken. Das Anfang der sechziger Jahre unter Enoch Powell verabschiedete Investitionsprogramm wurde 1973/74 im Rahmen wachsender Tarifkonflikte mit dem NHS-Personal wieder zurückgestutzt (vgl. Allen 1984: 211). Zwar beanspruchen die Krankenhaus- und Gemeindedienste mit 75% bei weitem den Löwenanteil des NHS-Budgets (Allen 1984: 226), aber dennoch gehört die sich u.a.

29 Nur rund die Hälfte der *Consultants* arbeitet auf Vollzeitbasis für den NHS. Selbst die Vollzeitärzte haben aber seit 1980 das Recht zu begrenzter privater Praxis (Glaser 1981: IX-11; vgl. Döhler 1990: 241). Für sie ist der Anteil der zulässigen Privatleistungen allerdings auf 10% ihres Gesamteinkommens begrenzt (Arnold 1987: 61). Verzichtet ein *Consultant* entsprechend der sog. 1/11 Regelung auf einen Teil seines NHS-Gehaltes und arbeitet nur 10/11 seiner Zeit für den NHS, kann er ohne jede Einkommensbegrenzung im Privatbereich tätig werden.

in langen Wartezeiten manifestierende Tendenz zur Unterversorgung zu den Kennzeichen des Systems (vgl. Näheres dazu unten).

Sowohl die Zahl der *Krankenhäuser* wie die der *Betten* geht trotz des temporären Expansionskurses der Regierung seit langem zurück. Nach den Daten des englischen Statistischen Jahrbuches (Annual Abstract of Statistics) stieg die Zahl der Betten lediglich bis 1956 (von 453.000 im Jahr 1950 auf 483.000), verharrte dann auf diesem Niveau bis 1959 und begann danach zu sinken (1963: 472.000). Für England ergibt sich die in Tabelle 5.3 dargestellte Entwicklung.

Tabelle 5.3: Daten zur Krankenhausversorgung

Jahr	Krankenhäuser	Betten	Betten ohne Psychiatrie	Durchschnittl. Bettenzahl pro Krankenhaus
1948	2.400	428.000	...	178
1959	2.441	455.138	...	186
1965	...	...	...	...
1970	2.248	432.659	260.579	192
1975	2.141	399.429	245.839	186
1980	1.984	363.395	238.788	183
1985	1.862	325.487	222.631	175

Quellen: Daten aus Glaser (1981: VII-19); Health and Personal Social Services Statistics (1987: 75)

Bis in die siebziger Jahre war das englische Krankenhauswesen von einer Konzentrationstendenz gekennzeichnet. Dafür sprachen auch funktionale Gründe, denn bei dezentraler Struktur mit vielen kleinen Krankenhäusern sinkt die Operationspraxis, so daß das Fehlerrisiko steigt.³⁰ In den siebziger Jahren kam es dann zu einer Trendwende. Die Durchschnittsgröße der Krankenhäuser geht seither wieder zurück. Das hängt eng mit der staatlichen Förderungspolitik zusammen. Bis in die siebziger Jahre wurden die Finanzmittel primär auf den Ausbau der *District General Hospitals* gerichtet, die mit einer Größenordnung von 600-800 Betten als Schlüsseleinrichtung für die Versorgung von jeweils 100.000-150.000

30 Robson (1983: 123) macht auf Untersuchungen aufmerksam, nach denen voll ausgestattete Kliniken niedrigere Mortalitätsraten haben.

Personen vorgesehen waren. Danach hat sich aber wieder ein Gesinnungswandel im Sinne des "*small is beautiful*" vollzogen, in dessen Rahmen kleinen Lokalkrankenhäusern wieder mehr Priorität gegeben wurde (Ham 1985: 56).

Folgt man groben Aggregatindikatoren, so hat die seit langem vorherrschende Politik des Bettenabbaus bislang nicht zu einer Unterversorgung geführt. Die **Belegquote** englischer Krankenhausbetten liegt im Durchschnitt bei nur 80% und ist damit niedriger als in der Bundesrepublik (Allen 1984: 211; OECD 1987: 67).³¹ Zwischen 1975 und 1985 ist sie sogar von 83,0 auf 81,1% gesunken (Health and Personal Social Services Statistics 1987: 80). Der Grund für die niedrige Belegquote trotz permanenten Bettenabbaus liegt darin, daß die Krankenhäuser ihre Patienten in der Regel prä- und poststationär ambulant behandeln und daß die Kommunen über ein ausgebautes System von Gemeindeschwestern verfügen, die nach einer Krankenhauserlassung bei der häuslichen Pflege assistieren können - beides Bedingungen, die in der Bundesrepublik nicht gegeben sind (vgl. Hollingsworth 1986: 58). Wer sich am englischen Beispiel des Bettenabbaus orientieren will, muß also gleichzeitig für eine stärkere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors und für einen Ausbau der Pflegedienste sorgen.

Die relativ niedrige Belegquote der Betten in NHS-Krankenhäusern könnte als Indiz gegen die dem NHS häufig diagnostizierte Tendenz zur medizinischen **Unterversorgung** gedeutet werden. Allerdings lassen sich auch Belege zugunsten dieser These finden. An herausragender Stelle sind hier die langen **Wartelisten** für Krankenhausbetten zu nennen, die in öffentlichen Debatten immer wieder thematisiert werden. Richtig ist zwar, daß der NHS lange Warteschlangen von Beginn an als historisches Erbe von den freiwilligen Krankenhäusern und Gemeindekliniken übernahm, aber das ist nur die halbe Wahrheit, denn die Länge der Listen ist seit 1960 deutlich gewachsen. Der stärkste Anstieg erfolgte im "*winter of discontent*" 1978/79, der die Zahl der Wartenden um 120.000 nach oben schnellen ließ (Timmins 1988: 9). Seither schwankt die Länge der Wartelisten um etwa 700.000. Einer leichten Abnahme von 1982 bis

31 Frankreich, Italien und die Schweiz haben allerdings noch deutlich niedrigere Bettenbelegquoten als England (OECD 1987: 67).

1985 folgte ein erneutes Anwachsen bis 1987.³² Tabelle 5.4 gibt die Zahlen für England und Wales.

Tabelle 5.4: Die Länge der Wartelisten

Jahr	In Wartelisten eingetragene Personen
1949	497.700
1955	454.900
1960	465.539
1965	517.142
1970	555.883
1974	553.000
	— ^a
1978	ca. 630.000
1979	752.422
1985	661.249
1987	688.000

^a Bruch in der statistischen Abgrenzung

Quellen: Hollingsworth (1986: 142); Office of Health Economics (1977: Hospitals/11); Timmins (1988: 9)

Die Länge der Wartelisten wird in England zwar immer wieder zum Politikum, stellt aber kein sehr aussagekräftiges Maß für Versorgungsmängel dar. Zunächst ist zu beachten, daß die Statistik auf Meldungen der Consultants beruht, die ein Interesse daran haben, ihre Abteilungen als unterausgestattet darzustellen, um die eigenen Chancen im Kampf um knappe Mittel zu verbessern. Oft ist die Warteliste eines Facharztes lediglich eine Art Telefonverzeichnis von Personen, die am Freiwerden eines Bettes interessiert sein könnten (Glaser 1981: VIII-3; vgl. ähnlich Klein 1989). Interessanter ist deshalb die Frage, wie lange versorgungsbedürftige Personen auf ein Bett warten müssen. Die durchschnittliche **Wartedauer** betrug 1975 15 Wochen, 1985 aber 17,5 Wochen, sie steigt also an. Der Median lag bei sieben Wochen. Während die Hälfte der Patienten also binnen sieben Wochen Aufnahme findet, muß ein nicht unwesentlicher Teil wesentlich länger auf ein Bett warten. 1985 wartete

32 Danach kam ein neues statistisches Zählverfahren zur Anwendung, das erstmals auch die auf ambulante Eingriffe Wartenden erfaßte und die Listenzahl somit um fast 150.000 erhöhte.

jeder Fünfte länger als ein halbes Jahr, 7% sogar länger als ein Jahr. Dagegen kamen 30% binnen vier Wochen, fast zwei Drittel binnen zwei Monaten zur Aufnahme (Timmins 1988: 11). Während akut Kranke in der Regel unverzüglich Aufnahme finden, ergeben sich lange Wartezeiten vor allem im Orthopädiebereich und bei Routineoperationen wie etwa Tonsillektomien (Allen 1984). Die Zahl der jährlichen Krankenhausaufnahmen lag eingangs der achtziger Jahre über 7 Mio. (OECD 1985: 83).³³

Unterversorgungstendenzen zeigen sich auch in bezug auf die *technologische Ausstattung* britischer Kliniken. Sie kommen zunächst einmal in der auffallend niedrigen Kapitalausgabenquote der Krankenhäuser zum Ausdruck. Während amerikanische Kliniken 23% der Gesamtausgaben für Investitionen aufwenden, begnügten sich britische Kliniken in den fünfziger Jahren mit einer Kapitalausgabenquote von unter 5% (Hollingsworth/ Hage/ Hanneman 1988: 26/27). Nach dem *Hospital Plan* von 1962 wurden die Ressourcen dann verstärkt in den Bau und die Renovierung von Krankenhäusern kanalisiert. Deshalb erhöhte sich der Anteil der Investitionsmittel im Krankenhauswesen von knapp 7% im Jahr 1962/63 auf 10% im Jahr 1964/65 und auf über 12% in den frühen siebziger Jahren (Stevens 1982: 210; Office of Health Economics 1977: Cost/9). Im Kontext der Austeritätspolitik seit den mittsiebziger Jahren ging die Kapitalquote dann wieder zurück (Glaser 1981: VI-12).

Der geringe technologische Entwicklungsstand britischer Kliniken hängt mit zwei Faktoren zusammen. Zum einen werden die *Consultants* nicht primär an der Universität, sondern im Krankenhaus ausgebildet, so daß der Nachdruck nicht auf der medizinischen Forschung, sondern auf der klinischen Praxis liegt (Hollingsworth 1985). Deshalb bestehen für eine technologische Expansion geringere Triebkräfte als in den stärker forschungsorientierten USA oder der Bundesrepublik. Darüber hinaus bremst das Finanzierungssystem durch prospektive Budgets mit *cash limits* die Verbreitung von kostspieliger Technik stärker als das Systeme mit retrospektiver Bezahlung durch Dritte tun. Die Budgetfinanzierung verlangsamt vermutlich auch Innovationen, da neue Verfahren

33 Angesichts der relativ niedrigen Bettenbelegquote ist davon auszugehen, daß die Warteschlangen eher mit dem Mangel an Fachärzten als mit Mängeln der Infrastruktur zusammenhängen. Auf die geringe Facharztquote Englands ist in Abschnitt B schon hingewiesen worden. Im internationalen Vergleich fällt England insbesondere durch seine geringe Zahl an Chirurgen auf. So hat es laut Angaben des *Royal College of Surgeons* nur zwei Chirurgen je 100.000 Einwohner, verglichen mit 12 in der Bundesrepublik und 9 in Italien (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 27.9.1986: 15).

im Kampf um knappe Ressourcen immer auf den Widerstand der Advokaten bereits etablierter Dienste treffen.

Indikatoren zur Ausstattung mit kostspieligem medizintechnischen Gerät verweisen ebenfalls auf eine kostenbremsende Wirkung der britischen Organisationsstrukturen. So sind z.B. Computertomographen sehr viel weniger verbreitet als in der Bundesrepublik oder in Italien. Die Tabelle 5.5 zeigt dazu die Zahl der Einwohner pro Gerät für das Jahr

Tabelle 5.5: Zahl der Einwohner pro Computertomograph

BR Deutschland	293.000
Italien	487.000
Frankreich	1.019.000
Großbritannien	1.400.000

Quelle: Arnold (1987: 56)

1982.³⁴ Auch Dialysestationen, Lithotripter und andere Geräte sind in Großbritannien sehr viel knapper als in anderen Ländern (vgl. dazu Aaron/ Schwartz 1984).³⁵ In das Bild technologischer Unterausstattung paßt ferner, daß Intensivpflegeeinrichtungen nicht sehr weit entwickelt sind. Während in der Bundesrepublik in der Regel 5-8% aller Betten auf Intensivstationen entfallen, hat England eine Intensivbettenquote von nur 1%. Hier ist allerdings zu beachten, daß die bessere Personalausstattung der britischen Krankenhäuser auch eine intensivere Beobachtung auf Normalstationen ermöglicht (Arnold 1987: 54).

Unterversorgungstendenzen kommen schließlich auch im mangelnden *Komfort* englischer Krankenhäuser zum Ausdruck. Der NHS-Patient liegt typischerweise nicht in Zimmern, sondern in sog. "wards", das sind große, oft schlecht belüftete oder unzureichend geheizte Räume mit 20 oder sogar 50 Betten. Die Instandhaltung der Bauten und Geräte läßt oft

34 Den höchsten Ausstattungsgrad hatte in dieser Studie Belgien mit einem Gerät pro 268.000 Einwohnern.

35 Vor allem im Bereich der Behandlung von Nierenerkrankungen ist Großbritannien einen anderen Weg gegangen als die übrigen westlichen Nationen. Die Nutzung von Dialysestationen wurde zugunsten jüngerer Patienten rationiert, und die Zahl der behandelten Patienten ist nur 1/3 bis 1/5 so groß wie in anderen OECD-Ländern (Hollingsworth/ Hage/ Hanneman 1988: VI-11). Als Substitute dienen Nierentransplantationen und die Heimdialyse, die beide sehr viel häufiger genutzt werden als anderswo üblich. Zwei Drittel aller Erkrankten nutzen die Heimdialyse im Vergleich zu 1/5 in Westeuropa (Hollingsworth/ Hage/ Hanneman 1988: VI-12).

zu wünschen übrig, weil durch das System der *cash limits* notwendig werdende Einsparungen bevorzugt im Bereich der Instandsetzungsarbeiten vorgenommen werden, um den von starken Gewerkschaften verteidigten Personaletat nicht antasten zu müssen. Zugang zu den angenehmeren "*amenity beds*" in Einzel- oder Mehrbettzimmern erhalten die Patienten nur gegen eine private Kostenbeteiligung von 5 bzw. 10 Pfund pro Tag (Arnold 1987: 54; Glaser 1981). Die Kosten privater "*pay beds*" müssen die Patienten vollständig tragen, wobei der Preis vom Gesundheitsminister festgesetzt wird.

Der **Privatsektor** blieb im stationären Bereich, gemessen an der Zahl der Privatbetten und -krankenhäuser lange Zeit marginal.³⁶ Seit 1973 verzeichnet er aber ein starkes Wachstum, so daß der Anteil der Privatbetten rasch anstieg (Robson 1983: 126; Ham 1985: 44; vgl. die Absolutzahlen in Timmins 1988: 18). Am Ende der achtziger Jahre stellten private Anbieter 6% der Akut-Krankenhausbetten und 70% der Hospizbetten (Secretary of State for Health 1989: 67). Der ursprüngliche Aufschwung des Privatsektors kann als eine unbeabsichtigte Nebenwirkung der von der Labour-Regierung eingeführten Einkommenskontrollen gelten, denn die Tarifparteien suchten nach Wegen, die Regierungskontrollen durch einen Ausbau der *fringe benefits* zu umgehen. Unter den Konservativen wurde die Privatmedizin dann gezielt gefördert. So wurden Firmenverträge mit Privatversicherern z.B. steuerlich begünstigt. Um Privatkliniken zu fördern, wurde der Krankensektor überdies von behördlichen Kontrollen im Rahmen des "*statutory town and country planning*" ausgenommen (Döhler 1987: 16).³⁷ Die Zahl der Privatkliniken stieg in der Folgezeit von 149 mit 6.663 Betten im Jahr 1979 auf 204 mit 10.473 Betten im Jahr 1988 (Döhler 1990: 246). Die Auslastungsquote der Privatbetten in öffentlichen Krankenhäusern bleibt aber mit unter 50% gering (Robson 1983: 130). Die unter der konservativen Regierung vorangetriebene Kooperation der NHS-Krankenhäuser mit Privatkliniken ist daher nicht nur als ein Beitrag zum Abbau von Warteschlangen und Effizienzsteigerungen im NHS zu werten, sondern auch als ein Versuch der Stützung privater Anbieter zu sehen.

36 Glaser (1981: XI-2) berichtet für 1951 einen Anteil der Privatbetten von 1,5%.

37 Auch der von der Labour-Regierung zumindest halbherzig geführte Kampf gegen Privatbetten in NHS-Krankenhäusern fand mit dem Wahlsieg der Konservativen 1979 ein Ende. So wurde der 1976 unter Barbara Castle im Streit mit Wilson eingeführte *Hospital Service Board*, der den Abbau von Privatbetten in NHS-Hospitälern vorantreiben sollte, nach dem Wahlsieg der Konservativen wieder aufgelöst (Glaser 1981: XI-6).

2.2 Steuerungspotentiale

Seit der Einführung des NHS war die Gesundheitspolitik darauf ausgerichtet, regionale Disparitäten durch eine gezielte Finanzmittelverteilung einzuebnen. Deshalb gab es schon immer eine nationale **Krankenhausplanung**. Größere Krankenhausbauten und Investitionen dürfen nur mit Zustimmung des Gesundheitsministers getätigt werden (Abel-Smith/ Maynard 1979: 147).³⁸ Dennoch wäre es verfehlt, die Krankenhäuser lediglich als das letzte Glied in einer Kette von Befehlsempfängern zu sehen. Was mit den ihnen zugeteilten Budgetmitteln geschieht, entscheiden die Krankenhausverwaltungen und Ärzte weitgehend in eigener Regie. Das Gesundheitsministerium und die *Health Authorities* steuern vorwiegend über die **Kontrolle der Finanzmittel** und bis zu einem gewissen Grade auch über die Mitwirkung bei **Personaleinstellungen**. Die **Gehälter** werden auf nationaler Ebene in den *Whitley Councils* ausgehandelt bzw. im Falle der Ärzte vom *Review Body* festgesetzt. **Qualitätskontrollen** auf der Basis standardisierender Richtlinien fehlten bislang weitgehend, aber ihre Entwicklung soll nach dem *White Paper* von 1989 vorangetrieben werden.

Was im Krankenhausbereich geschieht, ergibt sich im wesentlichen aus dem Zusammenspiel von vier Akteuren, nämlich dem Gesundheitsministerium, den NHS-Authorities, den Fachärzten und den Gewerkschaften des Krankenhauspersonals. Bis zur Reform von 1974 war der Krankenhaussektor in 15 regionale Krankenhausverbände gegliedert, an deren Spitze ein vom Gesundheitsminister ernannter Verwaltungsrat (**Regional Hospital Board** - RHB) stand. Die 15 Verbände umfaßten 380 Krankenhausverwaltungsausschüsse (**Hospital Management Committees** - HMCs), denen die Aufsicht der rd. 2.600 Krankenhäuser oblag. An der Spitze der Verwaltungsausschüsse standen ehrenamtlich tätige Bürger sowie Vertreter der Ärzte. Ihnen stand ein Stab von bezahlten Verwaltungsangestellten zur Seite (Freidson 1975, Hollingsworth 1986: 54/55). Die Ausschüsse hatten Verwaltungs- und Planungskompetenzen, aber keine Finanzhoheit. Die Lehrkrankenhäuser (*teaching hospitals*) blieben eigenständig und allein dem Ministerium unterstellt (Freidson 1975: 31).

38 Kleinere Projekte können die *Health Authorities* selbständig durchführen, ab einer gewissen Summe (1979: 350.000 Pfund) muß das Ministerium informiert werden, während bei größeren Investitionsvorhaben (ab 2 Mio. Pfund im Jahr 1979) eine ministerielle Prüfung erfolgt (Glaser 1981: VI-5).

Nach der Reform von 1974 übernahmen die *District Management Teams* die Aufgaben der HMCs, während die Teaching Hospitals ihren Sonderstatus verloren und in die allgemeine Krankenhausverwaltung integriert wurden (Glaser 1981: II-12; Klein 1985b: 97).

Die *Verwaltungsstruktur der Krankenhäuser* war das Resultat von Verhandlungen des Gesundheitsministers mit den *Royal Colleges*, die sich für das Organisationsmuster der alten *voluntary hospitals* stark gemacht hatten. An der Spitze der einzelnen Kliniken stand ein Triumvirat, bestehend aus dem Verwaltungsdirektor (*secretary*), dem Vorsitzenden des Ausschusses der leitenden Fachärzte (*chairman of the committee of consultants*) und der Oberin (*matron*) als Chefin des Schwesterndienstes. Mit der Zeit gewannen die Verwaltungsdirektoren als Bindeglied zwischen den höheren Verwaltungsstufen und dem Krankenhaus zunehmend an Bedeutung.

Nach der Reform von 1974 wurden die Krankenhäuser administrativ mit den Gemeindediensten zusammengefaßt und den *District Management Teams* unterstellt. In den großen Bezirken wurden mehrere Krankenhäuser gelegentlich zu Sektoren (*sectors*) zusammengelegt und einer gemeinsamen Sektorverwaltung (etwa aller Akutkrankenhäuser oder aller Lehrkliniken) unterstellt. In anderen Bezirken wurden einzelne Hospitäler zu Verwaltungseinheiten ("*units*") zusammengelegt (Glaser 1981: II-12). An der Spitze jeder *unit* steht seit der *Griffiths Reform* statt des früheren Triumvirats ein allein verantwortlicher *Unit Manager*. Die vom *White Paper* 1989 angekündigte Errichtung autonomer *NHS-Hospital Trusts* mit eigenen Budgets und autonomer Entscheidungsbefugnis in Personalfragen befindet sich momentan in der Phase der Umsetzung.

Innerhalb der Krankenhäuser stellt die "Firma" (*firm*) eines *consultant* die wichtigste Organisationseinheit dar, in der eine bestimmte Zahl von Assistenzärzten und Betten einem Chefarzt zugeordnet wird, der über die Aufnahme und Entlassung von Patienten selbständig entscheidet. Er kann in seinen Betten auch Patienten mit Krankheiten außerhalb seines Fachgebietes aufnehmen. Unter den Konservativen ist es den Fachärzten zwar erleichtert worden, neben ihrer Tätigkeit für den NHS auch privat tätig zu werden, aber im Tausch dafür mußten sie eine verstärkte Kontrolle ihrer Tätigkeit durch standardisierende Richtlinien in Kauf nehmen. Das nichtärztliche *Krankenhauspersonal* ist je nach Funktionsgruppe in verschiedenen miteinander rivalisierenden Gewerkschaften organisiert (vgl. oben Abschnitt B.8). An die national ausgehandelten Tarife sind bislang sämtliche NHS-Einrichtungen gleichermaßen gebunden. Das gilt auch für

die vom *Review Body* festgelegten Gehälter der Ärzte. Die neu zu errichtenden *NHS-Hospital Trusts* werden dagegen ermächtigt sein, variierende Gehaltsniveaus in Anpassung an lokale Arbeitsmärkte festzusetzen.

Das wesentliche Steuerungsinstrument des Gesundheitsministers ist die Verteilung der Finanzmittel. Der **Budgetierungsprozeß** mit der seit 1976 angewandten RAWP-Formel für die regionale Angleichung der Versorgungsstrukturen wurde in den Grundzügen bereits in Abschnitt A.4 geschildert.³⁹ Die mit dem *White Paper* von 1989 in Angriff genommene Reform sieht die Ablösung der RAWP-Formel durch ein einfacheres Verfahren vor, das den einzelnen Regionen zustehende Budget im wesentlichen nach altersstandardisierten Kopfpauschalen, also nach der Bevölkerungszahl bemißt (Secretary of State for Health 1989: 31). Darüber hinaus soll in Fortführung der Griffiths-Reform eine Stärkung der Kompetenzen der *District Health Authorities* und der Krankenhaus-Manager erfolgen. Der Grundgedanke der Reform ist, die Funktionen der Finanzierung und der Leistungserbringung zu differenzieren. Als Prinzip soll nunmehr gelten: "Health Authorities should be funded for the population they serve, and not for the services they provide" (Secretary of State for Health 1989: 30). Das bedeutet, daß den *Health Authorities* freigestellt wird, wo sie die von der Bevölkerung benötigten Dienstleistungen einkaufen: bei den NHS-Eigeneinrichtungen des Bezirks, bei den Einrichtungen anderer Bezirke oder bei Privatkliniken. Für die Krankenhaus-Manager bedeutet das umgekehrt, daß sie die Dienste ihrer Klinik auch außerhalb ihres Einzugsbereichs anbieten können. In Großbritannien hat man für diese neue Flexibilität den Begriff "*internal markets*" geprägt.

Überschreitet ein Krankenhaus das ihm zugestandene Budget, so muß es im nächsten Finanzjahr entsprechende Einsparungen machen, also mit einem gekürzten Budgetbetrag auskommen. Das gilt auch dann, wenn die Mehrausgaben allein darauf zurückgehen, daß die Inflationsrate höher lag, als die Budgetplaner angenommen hatten. Hier ergeben sich immer

39 Die auf einer Gewichtung der Bevölkerungsgröße mit alters- und geschlechtsspezifisch standardisierten Mortalitätsraten beruhende RAWP-Formel geht von einer direkten Beziehung zwischen Mortalitäts- und Morbiditätsraten aus. Das ist allerdings problematisch. So konnte etwa für die Region Yorkshire gezeigt werden, daß 7 ausgewählte ICD-Positionen (*International Classification of Disease Categories*), die nur 5% aller Todesfälle ausmachten, zwischen 25 und 28% aller Krankenhausbetten beanspruchten (Stevens 1982: 221). Die regionalen Zuwachsraten des Budgets unterliegen nach der RAWP-Formel beträchtlichen Schwankungen, die 1978/79 z.B. von 0,6 bis 4,0% reichten (Stevens 1982: 224). Es geht hier also um die Umverteilung beträchtlicher Summen, die den unterprivilegierten nördlichen Regionen zugute kommen.

wieder Konflikte mit den Gewerkschaften des Krankenhauspersonals, die sich weigern, in ihren alljährlichen Lohnverhandlungen die den effektiven Preissteigerungen nicht Rechnung tragenden *cash limits* der Regierung zu akzeptieren (vgl. Glaser 1981 IX-5).

Da im Krankenhausbereich 70% der Ausgaben auf Personalkosten entfallen (Robson 1983: 114), kommt der Preis- und Mengensteuerung im Personalbereich eine entscheidende Bedeutung zu. Eine zentrale **Personalsteuerung** wird seit 1953 betrieben. Damals wurde ein hauptsächlich von Ärzten besetztes "*Advisory Committee on Consultant Establishment*" ins Leben gerufen, das die von den Regionalbehörden in Zusammenarbeit mit professionellen *Advisory Appointment Committees* angeforderten Facharztstellen nach Prioritäten ordnen und Empfehlungen erarbeiten sollte. Für die sonstigen Stellen übt das **Central Manpower Committee** eine ähnliche Funktion als Beratungsorgan aus. Seine zentrale Aufgabe besteht darin, Pläne zur regionalen Gleichverteilung der Arzt- und Ausbildungsstellen im Krankenhaus zu erarbeiten.

Die formale Entscheidungskompetenz bezüglich der **Menge** des einzustellenden Personals liegt bei den einzelnen *Health Authorities*, wobei die *Regional Health Authorities* über die Facharztstellen entscheiden, während die *District Health Authorities* als Vertragspartner der niedrigeren Ränge fungieren. Die Zahl der Planstellen für Fachärzte ist an die Zahl der Betten gekoppelt. Beabsichtigt eine Region, eine neue Stelle für einen "*consultant*", "*senior registrar*" oder "*registrar*" einzurichten, muß sie die Genehmigung des Gesundheitsministers einholen. Die Gesamtzahl der jährlich neu zu schaffenden Facharztstellen ist durch das NHS-Budget begrenzt. Werden mehr Stellen angefordert als vom Ministerium insgesamt vorgesehen, bekommen die Regionen mit der geringsten Facharztichte den Vorzug (Stevens 1982: 202/203). Die Neubesetzung vakant werdender Stellen bedarf dagegen ebensowenig der Genehmigung wie die Besetzung untergeordneter Positionen; hier besitzen die unteren NHS-Behörden im Rahmen ihres Budgets volle Autonomie.

Im Prinzip läßt sich das Ministerium von der Vorstellung leiten, daß die Budgetkontrolle nur dann gelingen kann, wenn die Zahl der *consultants* in den Kliniken so klein wie möglich gehalten wird. Überdies ist der Gesundheitsminister vor dem Parlament für die Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele verantwortlich, ist wegen der professionellen Autonomie der Ärzte aber nicht in der Lage, zu kontrollieren, was mit den einmal zugeteilten Geldern geschieht. Je größer die Zahl der Ärzte, desto stärker ist seine Abhängigkeit von unabhängigen Entscheidungs-

trägern und desto geringer sein Steuerungspotential. In diesem Mechanismus liegt sicherlich einer der Gründe für die niedrige englische Facharztquote im internationalen Vergleich. Zu einem Ausbau der Zahl der Facharztstellen kommt es typischerweise dann, wenn den Ärzten im Tausch Einschränkungen ihrer professionellen Autonomie abgerungen werden sollen. So ist es kein Zufall, daß das *White Paper* von 1989 zusammen mit der Einführung von Richtlinien zur Kontrolle der klinischen Praxis die Bewilligung von 100 zusätzlichen Chefarztstellen ankündigte (Secretary of State for Health 1989: 45).

Die **Kontrolle** der Krankenhäuser durch die *Health Authorities* beschränkte sich bislang im wesentlichen auf eine **Finanzkontrolle**. Die Rechnungsabteilungen der Kliniken schicken regelmäßig Berichte an die *District Health Authorities*, deren Manager dann die höheren Ebenen der NHS-Hierarchie unterrichten. Im Kontext der Sparpolitik gewannen die einst deutlich unter den Krankenhausdirektoren (*secretaries*) eingestuften *treasurers* der *Health Authorities* zusammen mit den *managers* ständig an Einfluß (Glaser 1981). Sie berichten dem Ministerium regelmäßig über die Entwicklung der Kosten. Auf der Grundlage der Berichte erstellt das Ministerium dann seine "*Health Service Costing Returns*", die einen Überblick über die Kosten der Krankenhausdienste in verschiedenen Typen und Regionen geben, bislang aber nicht mit klinischen Daten verknüpft sind.

Über die medizinischen Aktivitäten des Krankenhauses wird getrennt von der Finanzberichterstattung in besonderen Reports berichtet. So gibt es die bereits in Abschnitt A erwähnte **Hospital In-Patient Enquiry** (HIPE), die auf der Auswertung einer 10%-Stichprobe der entlassenen Patienten beruht. Die seit 1960 geführte **Hospital Activity Analysis** (HAA) der Regionen basiert auf einer Auswertung der Patientenakten. Die Grunddaten dieser Patientenstatistiken werden in "Health and Personal Social Services Statistics for England" publiziert. Eine Verknüpfung der Finanz- und Patientenstatistik, die Aussagen über die Effizienz der Klinikbehandlung erlauben würde, gibt es bislang nicht.⁴⁰ So ist z.B. nur aufgrund einiger Stichprobenvergleiche bekannt, wie teuer und erfolgreich bestimmte Operationen in verschiedenen Krankenhäusern sind. Die weni-

40 Schon der zeitliche Bezug beider Informationen differiert. Die Finanzstatistik bezieht sich auf das Finanzjahr von April bis März, die Patientenstatistik auf chronologische Jahre.

gen vorliegenden Daten verweisen auf beträchtliche Variationen (Maynard 1990: 400-401).

Seit der *Griffiths Reform* ist das Gesundheitsministerium bestrebt, die klinische Praxis durch die Vorgabe von Richtlinien ("*performance indicators*") zu standardisieren und durch eine Verbesserung des Informationssystems auch in stärkerem Maße zu kontrollieren. Das *White Paper* von 1989 sieht den Aufbau eines als *Resource Management Initiative* (RMI) bezeichneten Berichtverfahrens vor, das es ermöglichen soll, klinische Informationen über diagnosespezifische Verfahren mit solchen über die Kosten zu verknüpfen. Dieses neue Berichtssystem soll bis Anfang 1992 in 260 Akutkrankenhäusern erprobt werden (Secretary of State for Health 1989: 16). Die Behandlungsweise der *consultants* soll regelmäßigen *peer reviews* unterzogen werden (ebd.: 39). Um materielle Anreize für die Befolgung vorgegebener Richtlinien zu setzen, soll die Vergabe von Gehaltsaufstockungen für die Chefärzte (*distinction awards*) künftig vom Ausgang dieser *reviews* sowie vom Nachweis betriebswirtschaftlicher Fähigkeiten (*managerial skills*) abhängig gemacht werden. Über die Gewährung der Gehaltsvergünstigungen soll ein vom Vorsitzenden der *Regional Health Authority* geleitetes Komitee entscheiden, dem neben Ärzten jetzt auch Manager angehören sollen (ebd.: 44).

Patientenbeschwerden über ein Krankenhaus werden zunächst bei dem betreffenden Krankenhaus geltend gemacht oder aber dem *Commissioner* der *Health Service Commission* (HSC) mitgeteilt. Die Aufgabe der HSC ist es - ähnlich wie des deutschen Wehrbeauftragten im Falle der Bundeswehr - über die Praxis der *Health Authorities* Ermittlungen anzustellen (Allen 1984: 218) und dem Gesundheitsminister einen jährlichen Bericht vorzulegen, der im Parlament behandelt wird. In Reaktion auf Mißstände in einem psychiatrischen Krankenhaus wurde dann 1969 aufgrund des sog. *Ely Reports* ein *Hospital Advisory Service* als Beratungsorgan eingerichtet. Aus ihm wurde 1976 der *Health Advisory Service*, der Krankenhäuser besucht und darüber Reports herausgibt (Ham 1985: 182). Dem Gremium gehören Ärzte, Vertreter des Pflegepersonals und Administratoren an. Von der Funktion her ist das Organ eine Aufsichtsbehörde, vom Stil her wirkt es aber eher als Beratungsdienst (Allen 1984: 213).

3. Arzneimittelbereich

3.1 Charakteristika und Probleme

Die Arzneimittelversorgung beanspruchte in England 1985 mit 1.573 Mio. Pfund etwa 11% des NHS-Budgets (Department of Health and Social Security 1986: Rückseite des Deckblatts). Ihre Kosten sind von 1975 bis 1985 schneller gewachsen als die Gesamtausgaben des NHS (Office of Health Economics 1977: 3; Allen 1984: 226). Zwischen 1974 und 1984 haben sie sich mit einem Anstieg von 250 auf 1.400 Mio. Pfund fast versechsfacht (Smith 1987: 75). Innerhalb der *Family Practitioner Services* nehmen die Arzneimittel fast die Hälfte des Etats in Anspruch. Damit wird für Medikamente 1,6 mal so viel ausgegeben wie für die allgemein-ärztlichen Leistungen (vgl. Abbildung 5.2). Zwar liegen die Kosten damit immer noch deutlich unter dem Niveau der Bundesrepublik⁴¹, aber die vorherrschende Meinung in England ist, daß die Ausgaben für Pharmaka zu hoch seien und gebremst werden müssen (Arnold 1987; Smith 1987). Das Ziel der Gesundheitspolitik ist es, die Menge der auf Kosten des NHS verschreibungsfähigen Medikamente durch Positiv- und Negativlisten zu begrenzen und so weit wie möglich zur Verordnung von Generika überzugehen (Smith 1987: 70f.).

Der NHS finanziert nur etwa 60% des Gesamtumsatzes auf dem Arzneimittelmarkt. Die restlichen 40% entfallen auf die Selbstbeteiligung an NHS-Rezepten (5%), auf private Verordnungen (3%) und auf Selbstmedikation (rd. 33% - Abel-Smith 1984c: 209, Daten für 1980/81). Generika hatten 1987 einen Anteil von etwa 6% am Gesamtumsatz des Arzneimittelsektors (Arnold 1987: 43).

Im internationalen Vergleich des Arzneimittelkonsums - der je nach verwendeter Kennziffer zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führt - belegt Großbritannien in der Regel hintere Rangplätze. Frankreich und die Bundesrepublik erscheinen hier wesentlich konsumfreudiger.⁴² Die

41 1985 in der GKV: 16,603 Mrd. DM entsprechend etwa 4,37 Mrd. Pfund bei einem Umrechnungskurs von 3,8 (Zahl: Sachverständigenrat 1988: 151).

42 Nur beim Vergleich der Einzeldosen pro Kopf und Jahr erscheint Großbritannien vor der Bundesrepublik im Mittelfeld. Beim Pro-Kopf-Verbrauch von Pillen und der Zahl der verordneten Medikamente pro Person und Jahr belegt das Land hintere Rangplätze, beim Vergleich der "standard daily dose" (DDD) einen Mittelplatz hinter der Bundesrepublik und Frankreich. Die Rangordnungskorrelationen zwischen den verschiedenen Messungen reichen von -.10 bis .60. Während Frankreich konsistent auf Spitzenplätzen erscheint,

Zahl der Verschreibungen lag 1985 in England mit 319 Mio. Rezepten, entsprechend 6,8 pro Kopf der Bevölkerung, sowohl absolut wie relativ niedriger als in der Bundesrepublik, wo 1985 ca. 450 Mio. Rezepte, entsprechend 7,4 pro Kopf, ausgestellt wurden (Department of Health and Social Security 1987: 97, 11; Arnold 1987: 46). Während die englische Rezeptzahl damit 70% des deutschen Wertes erreicht, liegt die Ausgabenhöhe nur bei 36% der deutschen Vergleichszahl. Das niedrigere Ausgabenniveau kann also durch Mengenunterschiede allein nicht erklärt werden, sondern hängt offenbar auch mit Preiseffekten zusammen.

3.2 Die Kontrolle des Arzneimittelsektors

Bis zur Thalidomid-Katastrophe zu Beginn der sechziger Jahre blieb die Pharmaindustrie von staatlichen Auflagen weitgehend frei. Nur die Preise wurden in Anknüpfung an die durch die *"Emergency Provisions"* der Kriegszeit begonnene Politik der Preiskontrollen ab 1957 zwischen Staat und Pharmaindustrie im sog. *"Voluntary Price Regulation Scheme"* (VPRS) abgestimmt. Eine moderate Zulassungskontrolle pharmazeutischer Produkte begann 1962 ebenfalls auf freiwilliger Basis mit der Einsetzung des *"Joint Subcommittee of Standing Medical Advisory Committees for England, Wales and Scotland"*. Dieses Komitee hatte lediglich Beratungsfunktionen. Es wurde 1964 vom *Committee on the Safety of Drugs* abgelöst, das nach seinem Vorsitzenden, Lord Dunlop, auch *"Dunlop Committee"* genannt wurde und bis 1971 aktiv war. Auch dieser aus Ärzten, Apothekern und Wissenschaftlern bestehende Expertenausschuß war lediglich beratend tätig und machte seinen Einfluß über Telefonate und formlose Gespräche geltend (Hollingsworth 1985: 169, Smith 1987: 6, 14/15).

Einen Wendepunkt der Regulierungspolitik brachte dann das Arzneimittelgesetz von 1968 (*1968 Medicines Act*), das erstmals obligatorische Zulassungskontrollen einführte. Nach der neuen Regelung, die auch durch EG-Richtlinien ergänzt wurde, benötigen Produzenten von Pharmaka eine Herstellerlizenz, und jedes einzelne Produkt bedarf der Zulassung durch

rangiert die Bundesrepublik mal am Anfang, mal am Schluß der Rangskala (vgl. die Daten in Arnold 1987: 47; OECD 1985: 76, 87; Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen 1984: 70, 87). Ein systematischer Vergleich der Methoden und Ergebnisse verschiedener Messungen des Arzneimittelkonsums scheint dringend geboten.

die sog. *Licensing Authority*, die sich aus Vertretern des Gesundheits- und des Landwirtschaftsministeriums⁴³ zusammensetzt. Als Beratungsorgan der Behörde wurde 1969 die *Medicines Commission* geschaffen, die im Falle der Zurückweisung von Produkten gehört werden muß und bei Konflikten mit der Industrie als Berufungsinstanz fungiert (Smith 1987: 21, 27).

Die tatsächliche Kontrollarbeit obliegt den Beamten der Arzneimittelabteilung des Gesundheitsministeriums. Ihnen stehen zwei Kommissionen zur Seite, die als Nachfolgeorgane des *Dunlop Committee* gelten können, nämlich das für die Beurteilung neuer Produkte zuständige *Committee on the Safety of Medicines* (CSM) und das für bereits vor 1968 eingeführte Arzneimittel zuständige *Committee on the Review of Medicines* (CRM). Im Zulassungsverfahren wird die Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität der Wirkstoffe überprüft. Unmaßgeblich ist, ob das Produkt die Wirksamkeit bereits marktgängiger Produkte übertrifft.⁴⁴ Nach Sichtung des Datenmaterials und Anhörung der Industrie unterbreitet das *Committee on the Safety of Medicines* der *Licensing Authority* eine Empfehlung, der die *Authority* in ihrem Urteil aber nicht unbedingt folgen muß.

Zur Zeit gibt es etwa 18.000 zugelassene Arzneimittel (Abel-Smith 1984c: 207). Ihre Qualität wird auch nach der Zulassung in Stichprobenkontrollen untersucht, wobei Hersteller, Großhändler und Apotheker laufend von Aufsichtsbeamten überprüft werden (Abel-Smith 1984c: 207). Auf freiwilliger Basis geben die *Committees on Safety and Review of Medicines*, assistiert von ihrem gemeinsamen "Adverse Reactions Subcommittee", ein "Register of Adverse Reactions" heraus, das auf der Auswertung der von Ärzten eingeholten Berichte beruht.

Bezüglich der *Preisbildung* für Arzneimittel sind lt. Abel-Smith (1984c: 203f) drei Sektoren zu unterscheiden. Im privaten Sektor frei verkäuflicher bzw. von Privatärzten verschriebener und nicht über den NHS abgerechneter Medikamente herrscht voller Preiswettbewerb. Über die allgemein geltende Wettbewerbsordnung im Sinne der "fair trade"-Vorschriften hinaus gibt es hier keinerlei Kontrolle der Preise und Handelsspannen. Bei den vom NHS finanzierten Medikamenten ist zwischen den an Krankenhäuser gelieferten Mitteln und den von Familienärzten verschriebenen Arzneien zu unterscheiden. Der Einkauf der Krankenhäu-

43 Das Landwirtschaftsministerium ist wegen der Arzneimittel für Tiere beteiligt.

44 Die ursprünglich im Gesetzentwurf vorgesehenen Wirksamkeitsvergleiche wurden aufgrund des erfolgreichen Widerstands der Pharmalobby gestrichen (Smith 1987: 63/64).

ser erfolgt auf regionaler Ebene im Ausschreibungsverfahren. Den Zuschlag erhält der Lieferant mit dem niedrigsten Preisangebot. Einzelhandelsspannen entfallen. Die stationär behandelten Patienten erhalten die Medikamente kostenfrei, die ambulanten Patienten zahlen den üblichen Selbstbeteiligungssatz von 2,20 Pfund (1987) je Verordnung. Für die von den Familienärzten verschriebenen und in Apotheken abgegebenen Medikamente gilt eine Preisliste bzw. ein sog. "Tarif", nach dem der NHS die Apotheker mit einem entsprechenden Aufschlag für deren Dienstleistungen bezahlt.

Die Arzneimittelpreise werden seit dem *National Health Service Act* von 1977 auf der Basis des sog. **Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS)** festgesetzt, das zwischen dem Verband der pharmazeutischen Industrie und dem Gesundheitsministerium ausgehandelt wird. Das genannte Gesetz bietet dem Gesundheitsminister die Möglichkeit, Höchstpreise für Medikamente festzusetzen (Smith 1987: 69). Davon ist aber bislang kein Gebrauch gemacht worden. Statt dessen handeln Ministerium und Pharmaverband das PPRS aus, das an die Stelle des früheren *Voluntary Price Regulation Scheme* getreten ist, ohne am Prinzip des Verfahrens etwas zu ändern. Zwischen 1958 und 1978 waren 5 VPRS-Vereinbarungen abgeschlossen worden. Das erste PPRS-Abkommen galt von 1978 bis 1983, das zweite von 1983 bis 1986. 1986 trat ein neues Abkommen in Kraft (Smith 1987: 7, 65, 67).

Das PPRS beruht auf der Aushandlung "vernünftiger" Profitspannen für Firmen oberhalb einer gewissen Umsatzgrenze (die bei etwa 200.000 Pfund auf dem britischen Inlandsmarkt liegt). Als angemessen gilt eine Profitmarge von 4% des Umsatzes oder 16% des im Inland eingesetzten Kapitals (Arnold 1987: 45).⁴⁵ Auch die Höhe des zulässigen Werbeaufwandes wird reguliert. Werbekosten oberhalb von 10% des Herstellerabgabepreises gelten als exzessiv und werden der Gewinnspanne zugerechnet (Abel-Smith 1984c: 203). Lt. Arnold galt 1987 ein Werbeaufwand von 6% des Umsatzes plus einer Grundsumme von 550.000 Pfund pro Jahr als statthaft (Arnold 1987: 45).

Die einzelnen Firmen müssen dem Ministerium "*Annual Financial Forecasts*" mit dem projektierten Umsatz und Gewinn vorlegen. Auf dieser Basis wird die nach den PPRS-Vereinbarungen zulässige Gewinnspanne festgelegt, aus der sich dann die vom Gesundheitsministerium

45 Der höheren Profitvorgabe auf Kapitalbasis liegt lt. Arnold die Absicht zugrunde, die Investitionsneigung der Firmen im Inland zu fördern.

festgesetzten Preise ergeben. Preiserhöhungen bedürfen der ministeriellen Genehmigung. Gewinne, welche die Zielgröße um mehr als 10% übertreffen, gelten als exzessiv. Liegt ein Unternehmen oberhalb dieser Gewinnspanne, werden ihm keine Preiserhöhungen genehmigt. Bei noch höheren Überschußgewinnen verlangt der NHS Rückzahlungen.⁴⁶

Der Herstellerabgabepreis liegt bei 87,5% des vom NHS erstatteten sog. *Reimbursement*-Preises. Die restlichen 12,5% entsprechen der Handelsspanne für den Großhandel. Welchen Anteil dieser Spanne der Großhändler an die Apotheker weitergibt, bleibt ihm überlassen. Der Apotheker erhält den NHS-*(Reimbursement)*-Preis plus einen etwa zehnprozentigen Aufschlag zur Abdeckung seiner Dienstleistungen (Arnold 1987: 43, Abel-Smith 1984c: 204). Der sich aus diversen Einzelleistungen wie etwa Verpackungskosten oder Gebühren für die Notfallversorgung zusammensetzende Apothekerzuschlag wird in Abkommen zwischen dem Gesundheitsministerium und der Vertretung der niedergelassenen Apotheken ausgehandelt. Die Bezahlung der Apotheker erfolgt durch die *Family Practitioner Committees*.

Die Menge marktgängiger Produkte und deren Preise werden also in Interaktionen zwischen dem Ministerium und der Pharmaindustrie bestimmt. Wieviele Medikamente tatsächlich gekauft und konsumiert werden, bestimmen dagegen in erster Linie die Ärzte durch ihr *Verschreibungsverhalten*. Bis 1985 genossen die Allgemeinärzte bezüglich der Art der verordneten Mittel eine uneingeschränkte Verordnungsfreiheit, von der sie regen Gebrauch machten. 8 von 10 Arztkontakten mit einem *general practitioner* endeten mit der Verschreibung eines Medikamentes (Arnold 1987: 46), und der Patient konnte jedes verschriebene Medikament auf Kosten des NHS erwerben. Dieses System weitgehend unbeschränkter Verordnungsfreiheit kam mit der 1985 vom *Department of Health and Social Security* herausgegebenen Negativliste zum Ende. Die Krankenhausärzte hatten sich schon früher im Rahmen freiwilliger Selbstkontrolle auf begrenzende Listen geeinigt und über ihre Ärztekomitees die Apotheker aufgefordert, nur die auf der Liste enthaltenen Arzneien zu beschaffen (Abel-Smith 1984c: 209).

Eine staatliche *Einschränkung der Verordnungsfreiheit* durch die Vorgabe von Listen verschreibbarer Medikamente hatte schon der Bericht

46 Im Rahmen der alten VPRS-Abkommen kam es zwischen 1966 und 1976 lt. Abel-Smith (1984c: 204) in 17 Fällen zu Rückzahlungsforderungen. Eine striktere Rückzahlungspflicht wurde lt. Smith (1987: 67) erst 1984 eingeführt und bis 1986 in 4 Fällen erfüllt.

der *Royal Commission on the National Health Service* von 1979 gefordert. Sie wurde aber erst im April 1985 auf der Grundlage der *National Health Service Amendment Regulations* realisiert. Zwei Arten von Listen sind zu unterscheiden, nämlich die Negativ- und die Positivliste. Die **Negativliste** - "*black list*" oder "*limited list*" - enthält die Medikamente, die nicht länger auf Kosten des NHS verschreibungsfähig sind. In sieben therapeutischen Gruppen führt sie ca. 2.000 Medikamente auf.⁴⁷ Die **Positivliste** - "*white list*" - hat lediglich eine beratende Funktion und nennt Medikamente, die als wirksam und kostengünstig betrachtet werden (Smith 1987: 71, 75). Medikamente, die auf keiner der beiden Listen erscheinen, sind weiterhin verschreibungsfähig. In Grenzfällen entscheidet ein als Beratungsorgan des Gesundheitsministeriums fungierendes **Advisory Committee on Borderline Substances**, welche Substanzen als Arzneimittel gelten können oder nicht.

Sämtliche in einer Apotheke eingereichten Rezepte werden der **Prescription Pricing Authority** vorgelegt, die den der Apotheke durch das FPC zu erstattenden Betrag errechnet. Verschreibt ein Arzt ein vom Beratungsgremium nicht als Medikament klassifiziertes Mittel, wird das Rezept von der Preisbehörde an die Amtsärzte der Regionalen Gesundheitsbehörde weitergeleitet, die die Angelegenheit mit dem betreffenden Arzt erörtern. Enthält ein Rezept Medikamente, die auf der Negativliste erscheinen, ist der Apotheker gehalten, die Abgabe zu verweigern und den Arzt darauf hinzuweisen.

Die Verschreibungshäufigkeit der Ärzte wird seit jeher ähnlich wie im Falle der deutschen **Wirtschaftlichkeitsprüfung** kontrolliert (Salowsky/Seffen 1976: 96/97; Aaron/Schwartz 1984: 17). Die Kontrolle stützt sich auf ein computerisiertes Informationssystem (PACT), auf dessen Einführung das Ministerium sich in Absprachen mit den Ärzten nach Einführung der *limited list* geeinigt hatte (Secretary of State for Health 1989: 57). Die Computerisierung der Praxen wird seither mit Unterstützung der Regierung zügig vorangetrieben. Als Maßstab der Kontrolle dienen die durchschnittlichen Honorarkosten der Allgemeinärzte in einem bestimmten Bezirk. Die Daten sammelt die **Prescription Pricing Authority**. Über-

47 Damit blieben dreimal so viele Medikamente verschreibungsfähig wie ursprünglich im November 1984 vorgesehen (Smith 1987: 72). Um die Liste, die für einige Hersteller Millionenverluste nach sich zog und zur Stilllegung von Produktionszweigen mit entsprechenden Massenkündigungen führte, war nicht nur politisch, sondern auch gerichtlich hart gestritten worden.

schreitet ein Arzt die durchschnittlichen Kosten pro Patient erheblich, so wird er von Amtsärzten der Regionalen Gesundheitsbehörde (*Regional Medical Officers*) besucht, die seine Verordnungsweise mit ihm erörtern. Die Beamten berichten der Behörde anschließend über die Beratung.

Korrigiert der Arzt seine Verordnungsweise nicht, kann es zu einer Befragung seitens des *Family Practitioner Committee* kommen, das im äußersten Fall auch eine Regreßzahlung veranlassen kann.⁴⁸ Obwohl rd. 10% der Ärzte mit ihren Verschreibungskosten um 25% oder mehr über dem Durchschnitt ihres Bezirkes liegen, werden nur etwa 7% jährlich von den Gesundheitsbeamten besucht (Royal Commission 1979: 84). An durch die Besuche ausgelösten Disziplinarmaßnahmen sind die Gesundheitsbeamten nicht beteiligt. Ihre Rolle beschränkt sich auf die eines Beraters der Ärzte.⁴⁹

Die *Verbraucher* erhalten die Arzneimittel gewöhnlich in einer der rd. 11.000 mit dem NHS konventionierten Apotheken. Nur in Ausnahmefällen dispensieren die *general practitioners* selbst. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn die nächste Apotheke in unzumutbarer Entfernung liegt. Krankenhauspatienten erhalten die Medikamente auch dann direkt im Krankenhaus, wenn sie nur in ambulanter Behandlung sind. Anders als in Deutschland sind rezeptpflichtige Arzneimittel von der Mehrwertsteuer befreit.

Auf der Nachfrageseite bedient sich die englische Gesundheitspolitik des Mittels der *Selbstbeteiligung* als Instrument der Mengensteuerung. Von 1971 bis 1979 hatten die Patienten unverändert eine Gebühr von 20 Pence pro verordnetem Mittel zu bezahlen. Dann wurde die Kostenbeteiligung zwischen 1979 und 1981 sukzessiv auf 1 Pfund, 1982 auf 1,30, 1983 1,40 und 1986 auf 2,20 Pfund erhöht (Abel-Smith 1984a: 98, Arnold 1987: 47). Binnen sieben Jahren kam es also zu einer reichlichen Verfünffachung privat zu zahlender Gebühren. Allerdings sind Kinder unter 16 Jahren, Rentner, werdende Mütter und andere spezielle Personengruppen von der Zuzahlungspflicht befreit, so daß nur ein Drittel aller Rezepte gebührenpflichtig sind. Patienten, die regelmäßig Arzneimittel benötigen, können auch eine Selbstbeteiligungsjahreskarte zum Preis

48 Dem Bericht der *Royal Commission* zufolge ist es dazu in den siebziger Jahren nie gekommen (Royal Commission 1979: 84; vgl. Abel-Smith 1984c: 211).

49 Die institutionelle Differenzierung von Beratungs- und Kontrollfunktionen und die Beschränkung der Medizinalbeamten auf die Beraterrolle mag einer der Gründe dafür sein, warum die britischen Ärzte dem NHS im allgemeinen positiv gegenüberstehen (vgl. dazu Landsberger/ Campbell/ Carlson 1987a).

von 33,50 Pfund oder eine Viermonatskarte für 12 Pfund erwerben (Arnold 1987: 47).

4. Zahnbereich

Anders als in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist der Zahnbereich im englischen NHS durch eine relativ moderate Kostenentwicklung gekennzeichnet. Zwischen 1975 und 1985 haben sich die Ausgaben nicht ganz verdreifacht und sind damit weniger schnell gewachsen als der Aufwand in den anderen Leistungssektoren.⁵⁰ Das hängt vermutlich vor allem damit zusammen, daß der NHS im Zahnbereich die Kosten nur teilweise übernimmt.

Im Rahmen des NHS-Leistungskatalogs wird nur die **Grundversorgung** gedeckt. Für alle Leistungen mit Ausnahme von klinischen Untersuchungen, Blutstillungen und Gebißreparaturen ist daher eine **Selbstbeteiligung** zu zahlen, von der nur bestimmte Personengruppen ausgenommen sind.⁵¹ Der NHS zahlt lediglich je nach Leistung variierende Festbeträge, den Rest der Kosten muß der Patient tragen. Die in den letzten Jahren wiederholt gesteigerte Selbstbeteiligung gilt allerdings nur bis zu gewissen Höchstgrenzen. Bis zu einer Summe von 17 Pfund (1987) beträgt der Eigenanteil 100%, für darüber hinausgehende Kosten bis zu einem Limit von 115 Pfund pro Jahr sind 40% zu zahlen (Arnold 1987: 39; Döhler 1987: 11).⁵²

Der Zahnarzt kann nur über die Grundversorgungsleistungen in eigener Kompetenz bestimmen. Zur Grundversorgung zählen Füllungen, Extraktionen, Röntgenaufnahmen und Zahnersatz bis zu 3 Kronen. Darüber

50 Von 1975 bis 1985 ergeben sich nach den Budgetdaten von Davies/ Rose (1988) die folgenden Vervielfachungsfaktoren: Arzneimittel 4,2; allgemeinärztlicher Dienst 3,8; Krankenhaus 3,1; augenärztlicher Dienst 2,9; zahnärztlicher Dienst 2,8.

51 Von der Selbstbeteiligung ausgenommen sind: Kinder unter 16 Jahren, Jugendliche zwischen 16 und 19, sofern sie in einem Ausbildungsverhältnis stehen, schwangere Frauen, Mütter von Säuglingen bis zu 12 Monaten, und Sozialhilfeempfänger.

52 Das Volumen der Selbstbeteiligungszahlungen wächst seit einigen Jahren sehr viel schneller als die Gesamtausgaben für den zahnärztlichen Dienst. 1976 hatte die Selbstbeteiligung im Aggregat noch 18,5% der Zahlungen an Zahnärzte ausgemacht. 1981 lag der Selbstkostenanteil dagegen bei 24,3%, 1986 sogar bei 31,1% (errechnet nach Health and Personal Social Services Statistics 1987: 89). Ob hier Leistungsausgrenzungen oder steigende Patientenansprüche die treibende Kraft waren, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden.

hinausgehende Leistungen bedürfen der Genehmigung durch eine als "*Dental Estimate Board*" bezeichnete Behörde. Hier ist also das *Dritt-zahler*prinzip durch eine als Kostenbremse äußerst wirksame *Drittkontrolle* des Leistungsgeschehens ergänzt. Der *Dental Estimate Board* besteht aus einem hauptberuflichen Dentisten als Vorsitzenden und 8 Teilzeitmitgliedern, von denen sechs Fachkenntnisse aufweisen müssen. Gegen seine Entscheidungen können sowohl der Zahnarzt wie der Patient Einspruch erheben.

Die zahnärztliche Versorgung zählt zusammen mit den allgemein- und augenärztlichen Leistungen zu den "*Family Practitioner Committee Services*", deren Budget bislang keinen *cash-limits* unterworfen ist. Anders als in der allgemeinärztlichen Versorgung besteht aber uneingeschränkt *freie Arztwahl*. Auch die Niederlassung der Zahnärzte unterliegt keiner Regulierung. Die frei niedergelassenen Ärzte schließen mit den *Family Practitioner Committees* Verträge ab. Die allgemeinen Vertragsbedingungen werden bilateral zwischen Vertretern der Ärzteschaft und dem Ministerium ausgehandelt. Jeder approbierte ("*registered*") Zahnarzt kann im Rahmen des NHS praktizieren, und die Tätigkeit für den NHS schließt eine privatärztliche Betätigung nicht aus (Arnold 1987: 37/38).

Die *Vergütung* der Zahnärzte erfolgt *nach Einzelleistung*. Der *Review Body* setzt jährlich ein Einkommensziel für einen Modellzahnarzt mit durchschnittlicher Arbeitsbelastung fest. Aus diesem Richtwert ermittelt dann eine *Dental Rates Study Group* den monetären Wert der Einzelleistungen. Der *Dental Rates Study Group* gehören jeweils sieben Vertreter der *British Dental Association* und des Ministeriums an. Den Vorsitz führt ein ehrenamtlich tätiger Wirtschaftsprüfer (Arnold 1987, Glaser 1978).

Die Gebührenordnung wird anscheinend nicht gezielt als Steuerungsinstrument eingesetzt. Da die Behandlungsfreiheit der Zahnärzte gewahrt werden soll, gründet sich die Entscheidung der *Study Group* nicht auf normative Bewertungen der Wünschbarkeit diverser Verrichtungen, sondern auf umfangreiche empirische Untersuchungen des tatsächlichen Arbeitsverlaufs in Zahnarztpraxen (Glaser 1978: 175). Die neu geltende Fassung der Gebührenordnung wird Mitte des Jahres durch eine "*Determination*" des Gesundheitsministers verkündet und gilt rückwirkend ab dem 1. April. Die *Family Practitioner Committees* vergüten dann die Zahnärzte entsprechend der neuen Gebührenordnung nach Einzelleistun-

gen. Mit den Gebühren werden auch die Praxiskosten abgedeckt (Arnold 1987: 40).

Literatur

- Aaron, Henry J./ William B. Schwartz, 1984: *The Painful Prescription. Rationing Health Care*. Washington, DC: Brookings.
- Abel-Smith, Brian, 1984a: *Cost Containment in Health Care: The Experience of 12 European Countries 1977-83*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Abel-Smith, Brian (Hrsg.) [1984b]: *eurocare. European Health Care Analysis*. Basel: HealthEcon.
- Abel-Smith, Brian, 1984c: Großbritannien. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), a.a.O., 201-212.
- Abel-Smith, Brian/ Alan Maynard, 1979: *Die Organisation, Finanzierung und Kosten des Gesundheitswesens in der Europäischen Gemeinschaft*. Luxemburg: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- Abel-Smith, Brian/ P. Grandjeat, 1979: *Der Verbrauch von Arzneimitteln*. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- Abel-Smith, Brian/ C.F. Graham, 1984: England. In: van der Werff (Hrsg.), a.a.O., 193-214.
- Alber, Jens, 1988: Das Gesundheitswesen der OECD-Länder im Vergleich. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit*. (Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19). Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-150.
- Allen, David, 1984: England. In: Raffel (Hrsg.), a.a.O., 197-257.
- Anderson, Odin W., 1972: *Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden and England*. New York: Wiley.
- Arnold, Michael, 1987: *Der NHS. Zur Effizienz und Effektivität des britischen Gesundheitswesens*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bruce, Maurice, 1968: *The Coming of the Welfare State*. London: Batsford.
- Casparie, A.F. u.a (Hrsg.), 1990: *Competitive Health Care in Europe: Future Prospects*. Aldershot: Dartmouth Publishing.
- Chew, Robert/ George Teeling-Smith/ Nicholas Wells, 1985: *Arzneimittel in 7 OECD-Ländern*. Mainz: Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft.
- Culyer, A.J., 1982: The NHS and the Market: Images and Realities. In: McLachlan/ Maynard (Hrsg.), a.a.O., 23-55.
- Davies, Phillip L./ Richard Rose, 1988: *British budget data as compiled from appropriation accounts submitted to Parliament for audit*. Diskette.
- Day, Patricia/ Rudolf Klein, 1987: The regulation of nursing homes: a comparative perspective. In: *The Milbank Quarterly* 65, 303-347.
- Department of Health and Social Security, 1983: *Health care and its costs*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Department of Health and Social Security, 1986: *The Health Service in England. Annual Report 1985-86*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Deppe, Hans-Ulrich (Hrsg.), 1983: *Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa*. Frankfurt a.M.: Campus.

- Schneider, Markus/ Jürg H. Sommer/ Aynur Kececi, 1988: *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*. (Forschungsbericht Gesundheitsforschung 160 hrsg. v. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung). Bonn: Selbstverlag.
- Döhler, Marian, 1987: *Politics versus Institutions: Comparing Health Policy under Neo-Conservative Governments in Britain, the United States and West Germany*. Beitrag für die "Study Group Comparative Health Policy" of the International Political Science Association in Birmingham. Unveröff. Manuskript.
- Döhler, Marian, 1990: *Gesundheitspolitik nach der "Wende": Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik*. Berlin: Edition Sigma.
- Eurostat, 1987: *Zahl der Ärzte und Zahnärzte in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft*. Dokument Eurostat/E1/3447/87/DE. Brüssel: Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften.
- Ferrera, Maurizio/ Giovanna Zincone (Hrsg.), 1986: *La Salute che noi pensiamo: Domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- Flora, Peter/ Franz Kraus/ Winfried Pfenning, 1987: *State, Economy, and Society in Western Europe 1815-1975, Bd. II*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Freidson, Eliot, 1979: *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Enke.
- Gilbert, Bentley B., 1973: *The Evolution of National Insurance in Great Britain*. London: Michael Joseph.
- Glaser, William A., 1970: *Paying the Doctor. Systems of Remuneration and Their Effects*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Glaser, William A., 1978: *Health Insurance Bargaining. Foreign Lessons for Americans*. New York: Gardner.
- Glaser, William A., 1981: *Paying the Hospital in England*. New York: Unveröff. Manuskript.
- Ham, Christopher, 1985: *Health Policy in Britain. The Politics and Organisation of the National Health Service*. Houndmills: Macmillan.
- Harrison, Stephen, 1988a: Great Britain. In: Saltman (Hrsg.), a.a.O., 123-143.
- Harrison, Stephen, 1988b: *Managing the National Health Service. Shifting the Frontier?* London: Chapman and Hall.
- Häußler, Siegfried/ Rolf Liebold/ Helmut Narr, 1984: *Die kassenärztliche Tätigkeit*. Berlin: Springer.
- Health and Personal Social Services Statistics for England*, verschiedene Jahrgänge: Hrsg. von Department of Health and Social Security. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Heidenheimer, Arnold J., 1987: *Comparing Status Professions. The Evolution of State-Profession Relationships of Lawyers and Physicians in Britain, Germany, and the United States*. Beitrag zur Konferenz der CES Research Planning Group on Professionalization and the State in Bielefeld. Unveröff. Manuskript.

- Hollingsworth, J. Rogers, 1986: *A Political Economy of Medicine: Great Britain and the United States*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Hollingsworth, J. Rogers/ Jerald Hage/ Robert Hanneman, 1988: *State Intervention in Medical Care: Its Impact on Mortality, Costs, Efficiency, Equality, and Innovation in Britain, France, Sweden and the United States 1890-1970*. Madison, WI: Unveröff. Manuskript.
- Klein, Rudolf, 1980: Costs and Benefits of Complexity: The British National Health Service. In: Richard Rose (Hrsg.), *Challenge to Governance. Studies in Overloaded Politics*. Beverly Hills, CA: Sage, 105-126.
- Klein, Rudolf, 1983: *The Politics of the National Health Service*. London: Longman.
- Klein, Rudolf, 1985: Health Policy, 1979 to 1983: the Retreat from Ideology?, In: Peter Jackson (Hrsg.), *Implementing the Government Policy Initiatives: The Thatcher Administration 1979-1983*. London: Royal Institute of Public Administration, 189-207.
- Klein, Rudolf, 1989: *The Politics of the National Health Service*. 2. Aufl. London: Longman.
- Landsberger, Henry A./ Richard T. Campbell/ John R. Carlson, 1987a: *Die Meinungen von Interessenvertretern im Bereich des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und den Vereinigten Staaten von Amerika*. Sankt Augustin: Asgard.
- Landsberger, Henry A./ Richard T. Campbell/ John R. Carlson, 1987b: *The Opinions of Health Policy Leaders in Britain, West Germany and the United States*. London: Royal College of Nurses.
- Lepsius, M. Rainer, 1977: Modernisierungspolitik als Institutionenbildung: Kriterien institutioneller Differenzierung. In: Wolfgang Zapf (Hrsg.), *Probleme der Modernisierungspolitik*. Meisenheim: Hain, 17-28.
- Maguire, Maria, 1986: Assetti organizzativi e domanda sanitaria: una rassegna comparata. In: Ferrera/ Zincone (Hrsg.), a.a.O., 145-174.
- Maxwell, Robert J., 1983: *Health and Wealth. An International Study of Health-Care Spending*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Maxwell, Robert (Hrsg.), 1988: *Reshaping the National Health Service*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Books.
- Maynard, Alan, 1975: *Health Care in the European Community*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- Maynard, Alan, 1990: Whither the National Health Service? In: A.F. Casparie u.a (Hrsg.), a.a.O., 393-417
- McCarthy, M./ St. George, D., 1990: Prospects in Health Care for the United Kingdom. In: A.F. Casparie u.a. (Hrsg.), a.a.O., 377-392.
- McLachlan, Gordon/ Alan Maynard (Hrsg.), *The Public/Private Mix for Health. The Relevance and Effects of Change*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

- Neidhardt, Friedhelm, 1977: *Ansätze zu einer Theorie integrativer Mechanismen*. Vortrag an der Universität Graz. Unveröff. Manuskript.
- Neidhardt, Friedhelm, 1987: *Interdependenz, Integrationsbedarf, integrative Mechanismen*. Köln: Unveröff. Manuskript.
- OECD, 1985: *Measuring Health Care 1960-1983. Expenditure, Costs and Performance*. Paris: OECD.
- OECD, 1987: *Financing and Delivering Health Care. A Comparative Analysis of OECD Countries*. Paris: OECD.
- OECD, 1990: *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*. Paris: OECD.
- Office of Health Economics, 1977: *Compendium of health statistics*. 2. Auflage (zusammengestellt von Robert C. Chew/ Nicholas E.J. Wells). London: Office of Health Economics.
- Pendreigh, D., 1984: Public Administration and Health Services in Scotland. In: van der Werff (Hrsg.), a.a.O., 215-237.
- Raffel, Marshall W. (Hrsg.), 1984: *Comparative Health Systems. Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press.
- Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration, 1988: *Eighteenth Report 1988*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Robinson, Ray, 1988: *Efficiency and the NHS: A Case for Internal Markets?* London: The IEA Health Unit.
- Robson, John, 1983: Großbritannien. In: Deppe (Hrsg.), a.a.O., 104-139.
- Royal Commission on the National Health Service, 1979: *Report*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1987: *Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1988: *Jahresgutachten 1988: Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Salowsky, Heinz/ Achim Seffen, 1976: *System- und Kostenvergleich der Gesundheitssicherung in sechs europäischen Industriestaaten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Saltman, Richard B. (Hrsg.), 1988: *The International Handbook of Health-Care Systems*. New York: Greenwood Press.
- Schicke, Romuald K., 1971: *Arzt und Gesundheitsversorgung im gesellschaftlichen Sicherungssystem*. Freiburg: Rombach.
- Secretary of State for Health, 1989: *Working for Patients. The Health Service Caring for the 1990s*. London: Her Majesty's Stationery Office.

- Smith, Lesley Jane, 1987: *Drug Regulation in Great Britain*. Bremen: Zentrum für Europäische Rechtspolitik. Unveröff. Manuskript.
- Social Services Committee, 1987: *Public Expenditure on the Social Services*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Statistisches Bundesamt, 1972: *Bevölkerung und Wirtschaft 1871-1972*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stevens, Barrie, 1982: *Regionale Disparitäten in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen - Eine internationale Perspektive*. Frankfurt a.M.: R.G. Fischer.
- Timmings, Nicholas, 1988: *Cash, Crisis and Cure. The Independent Guide to the NHS Debate*. Oxford: The Alden Press.
- U.S. Department of Health and Human Services, 1986: *Social Security Programs Throughout the World - 1985. Research Report*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- van der Werff, A. (Hrsg.), 1984: *Public Administration and Health Services in Western Europe, Bd. II*. Maastricht: European Institute of Public Administration.
- Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), 1984: *Der europäische Arzneimittelmarkt*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.

Kapitel 6

Politischer Problemdruck und aktuelle Reformstrategien im Vergleich

Brigitte Bernardi-Schenkluhn

Die Länderstudien zeigen, daß Strategien zur Kostendämpfung heute in allen fünf Gesundheitssystemen Priorität haben, und zwar unabhängig von den zwischen den Ländern bestehenden Unterschieden in der Höhe der Gesundheitsausgaben. So gibt z.B. Großbritannien den vergleichsweise geringsten Anteil des Bruttoinlandsproduktes für die gesundheitliche Versorgung aus (Schneider 1990: Übersicht F.4.2), dennoch wurden hier die weitgehendsten Strukturveränderungen durchgesetzt, und trotz "Erfolg" der Kostendämpfung stehen weitere einschneidende Veränderungen an. Mithin ist nicht die Höhe der Gesundheitsausgaben bestimmend für die "Reformfreudigkeit" eines Landes. Vielmehr kommt es einerseits darauf an, daß der "objektive" Sachverhalt steigender Kosten von den maßgeblichen politischen Akteuren als politisches Problem wahrgenommen wird und daß diese Akteure andererseits über genügend Spielraum verfügen, eine Reform der gewachsenen Strukturen ihres Gesundheitssystems durchzusetzen.

Der nachfolgende Abschnitt vergleicht zunächst die Art und Weise, wie das "objektive" Problem steigender Gesundheitskosten in den verschiedenen Ländern zu einem "politischen" Problem transformiert wird. Im Anschluß daran stehen die konkreten Reformpläne der Länder im Mittelpunkt der Analyse. Zum einen geht es dabei um die generelle Frage, ob der zunehmende Problemdruck dazu führt, daß der Staat bzw. die politischen Akteure versuchen, stärker steuernd in die Gesundheitsver-

Ich danke Marian Döhler, Uwe Schimank und Franz Wyss für ihre hilfreichen Kommentare zu einer früheren Fassung, Francis Kessler und Monika Steffen für ihre freundliche Unterstützung bei der Beschaffung von Materialien zu den französischen Reformplänen, Markus Moser und Franz Wyss für ihre Hilfe bei der Versorgung mit Materialien zur schweizerischen Reformdiskussion.

sorgung einzugreifen als zuvor, oder aber ob sich Tendenzen eines Rückzugs des Staates aus der Verantwortung in diesem Bereich abzeichnen. Zum anderen interessiert, ob sich in den Reformprogrammen eine strukturelle Konvergenz oder Divergenz der Gesundheitssysteme zeigt, ob mithin das wirtschaftliche Zusammenwachsen der europäischen Länder von einer Vereinheitlichung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen begleitet sein wird oder nicht.

1. Die Transformation vom "objektiven" zum "politischen" Problem

Im internationalen Vergleich zeigen sich zwei unterschiedliche Ansatzpunkte, über die steigende Gesundheitsausgaben zu einem politischen Problem werden: den Staatshaushalt einerseits und die Lohnnebenkosten andererseits.

Werden relevante Teile der Gesundheitssysteme über den *Staatshaushalt* finanziert, stehen sie zwangsläufig in unmittelbarer Konkurrenz zu anderen Staatsaufgaben. Spätestens wenn die im Haushalt ausgewiesenen und genehmigten Ausgaben die Vorausschätzungen übersteigen, gerät die Regierung unter Druck, diese Entwicklung zu begründen, und zwar selbst dann, wenn auch ihre Einnahmen im gleichen Zeitraum gestiegen sind. Der politische Druck erhöht sich, wenn, wie nach der "Ölkrise" von 1974, die Staatseinnahmen hinter den Erwartungen zurückbleiben und ein steigender Finanzbedarf über eine Erhöhung der öffentlichen Verschuldung oder gar über Steuererhöhungen finanziert werden muß.

Der Transformationsmechanismus Staatshaushalt entfaltet seine Wirkung erwartungsgemäß dort am stärksten, wo die gesundheitliche Versorgung nahezu ausschließlich aus Steuermitteln finanziert wird, und zwar in Großbritannien. Ca. 90% der Ausgaben für den Nationalen Gesundheitsdienst (NHS) werden hier aus den allgemeinen Haushaltsmitteln finanziert (siehe Kapitel 5, A.5). Dies erklärt, warum vergleichsweise niedrige Gesundheitsausgaben in Großbritannien mit starken Reformaktivitäten einhergehen. Ebenso entfaltet der Mechanismus "Staatshaushalt" seine Wirkung in Italien. Zwar stammen hier "nur" ca. 55% der Finanzmittel des Nationalen Gesundheitsfonds aus allgemeinen Haushaltsmitteln, (siehe Kapitel 4, A.7: S. 474), doch seit der Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) 1978 überstiegen die Ausgaben ständig die

geplanten Einnahmen und trugen zum chronischen Finanzierungsproblem des italienischen Staates bei¹. Aber nicht nur in den nationalen Gesundheitsdiensten, sondern auch in der Schweiz, dem "marktwirtschaftlichsten" der untersuchten Gesundheitssysteme, wurde der kontinuierlich steigende Ausgabenanteil des Bundes für die Subventionierung der Krankenkassen (1966: 3,4%, 1976: 5% der gesamten Bundesausgaben) zu einem politischen Problem. Als Reaktion auf diese Entwicklung kommt die schweizerische Bundesregierung seit 1975 nicht mehr ihrer Verpflichtung nach, einen konstanten Anteil der Kassenausgaben zu subventionieren, mit dem Ergebnis, daß die Versicherungsprämien überproportional steigen und die Dynamik der Entsolidarisierung durch den Abschluß von Kollektivverträgen und die Gründung neuer Kassen verstärkt wird (vgl. Kapitel 2, A.2.3: S. 190 und 198/199).

Anders als in England, Italien und der Schweiz sind die steigenden Gesundheitsausgaben in Frankreich und der Bundesrepublik Deutschland zunächst kein Problem der Regierung. Denn die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt aus jeweils eigenständigen Haushalten, die über ein gesondertes Umlageverfahren finanziert werden,² und die Sozialverträglichkeit der Versicherungsbeiträge wird durch ihre lohnprozentuale Bindung an die Höhe des individuellen Einkommens sowie durch die Beteiligung der Arbeitgeber garantiert. In der Bundesrepublik Deutschland tragen die Arbeitgeber 50% der Versicherungsbeiträge, in Frankreich ca. 66%. Die Beteiligung der Arbeitgeber hat zur Folge, daß die steigenden Versicherungsbeiträge nicht wie in der Schweiz primär zu einer steigenden Belastung der privaten Haushalte führen. Vielmehr erscheinen sie zugleich als Bestandteil der unternehmerischen Bilanz und bilden hier als **Lohnnebenkosten** einen wesentlichen Kostenfaktor für den einzelnen Betrieb.

Steigende Beitragssätze in der Krankenversicherung werden daher vor allem von den Arbeitgebern zum Anlaß genommen, die politischen Akteure aufzufordern, Maßnahmen zur Kostendämpfung zu ergreifen. Anders als die Gewerkschaften haben sie ein eindeutiges Interesse an der Reduzierung der Lohnnebenkosten³, und sie können diesem Interesse

1 Und zwar obwohl der Anteil der Gesundheitsausgaben am Staatshaushalt gesunken ist (vgl. Kapitel 4, A.6.2.2: S. 464 und A.7: S. 474).

2 Eine Ausnahme stellt in Frankreich das "Sondersystem" der Krankenversicherung für die Landwirte dar, das zu 70% über den Staatshaushalt finanziert wird (siehe Kapitel 3, A.4: S. 347).

3 Die Gewerkschaften befinden sich in der ambivalenten Situation, daß die Beitragsent-

dadurch Nachdruck verleihen, daß sie die im Vergleich mit anderen Ländern hohen Lohnnebenkosten für die Gefährdung ihrer Wettbewerbsposition am internationalen Markt verantwortlich machen (für Frankreich vgl. Vernholes 1990). Dieses Argument setzt linke und rechte Regierungen in westeuropäischen Ländern gleichermaßen unter politischen Problemdruck, da die einheimische Konjunktur in hohem Maße exportabhängig ist und die Konjunktorentwicklung immer auch über den politischen Erfolg der amtierenden Regierung entscheidet. Der politische Druck auf die französische Regierung erhöht sich zudem nicht nur durch den höheren Arbeitgeberanteil, sondern auch und vor allem durch die Tatsache, daß die Regierung selbst per Dekret über die Höhe der Beitragssätze entscheidet und damit die unmittelbare politische Verantwortung für die Belastung der Arbeitgeber trägt. In dieser Hinsicht ähnelt die politische Situation in Frankreich derjenigen in Italien vor der Reform von 1978 (vgl. Kapitel 4, A.2.4: S. 429), und wie in Italien hat auch die Regierung in Frankreich den Ausweg in einer staatlichen Defizitdeckung gesucht: Die Defizite der "Sécurité Sociale" werden seit Jahren vom Staat gedeckt. Das Defizit in der Krankenversicherung belief sich 1989 auf 6 Mrd. FF, für 1992 rechnen Experten allein für die Krankenversicherung mit einem Fehlbetrag von 20 Mrd. FF (DOK 1990/ 6: 218, DOK 1990/ 19: 609, Hermann 1991a). Damit verstärkt sich der politische Druck in Frankreich nunmehr zusätzlich über den Transformationsmechanismus Staatshaushalt.

In Deutschland war eine direkte staatliche Beteiligung an der Finanzierung der Krankenversicherung bislang demgegenüber unbekannt. Der "Sündenfall" einer staatlichen Defizitdeckung wurde auch mit der Deutschen Einigung 1990 auf ein Minimum beschränkt, nämlich auf die ersten sechs Monate nach dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches der alten Bundesrepublik im Gebiet der ehemaligen DDR. Für eine Übergangszeit vom 1.7.-31.12.1990 wurde den Kassen in den neuen Bundesländern pauschal ein Kredit von 3 Mrd. DM als "Anschubfinanzierung" zur Verfügung gestellt. Eine Rückzahlung ist nur für den Teil der Summe vorgesehen, der nicht zur Deckung der Differenz zwischen fälli-

wicklung zwar das verfügbare Einkommen ihrer Mitglieder schmälert, die Mitglieder aber auch von den Leistungen der Krankenversicherung profitieren. Leistungskürzungen und Selbstbeteiligung bedeuten insbesondere eine Umverteilung zulasten der erkrankten Versicherten.

gen Einnahmen und Ausgaben in diesem Zeitraum benötigt wurde.⁴ Für 1991 wurde der Beitragssatz staatlicherseits auf 12,8% festgeschrieben, mögliche Defizite sollen aber von den Kassen finanziert werden. Zu diesem Zweck wurde ihnen ausnahmsweise eine Kreditfinanzierung erlaubt, die im Folgejahr 1992 durch entsprechend (nach oben) angepaßte Beitragssätze zu begleichen ist.

Die Regierungen in allen fünf Ländern reagierten auf die enger werdenden Finanzierungsspielräume in einer ähnlichen Weise. Die finanzielle Belastung der Privaten wurde erhöht, die wohlfahrtsstaatliche Verpflichtung wurde jedoch nicht aufgehoben: Überlegungen und Bestrebungen in Richtung auf eine weitergehende Privatisierung konnten sich mangels politischen Rückhalts nicht durchsetzen. Die partielle Verschiebung der steigenden Finanzlasten auf die Privaten brachte allenfalls eine vorübergehende Entlastung der öffentlichen und quasiöffentlichen Haushalte⁵. Um so deutlicher wurde, daß eine Durchbrechung der Kostenexpansion strukturelle Änderungen voraussetzt, und zwar eine Änderung der auf Expansion gerichteten Anreize in den Abstimmungsmechanismen und Akteurkonstellationen der jeweiligen Gesundheitssysteme. Solche Veränderungen müssen zwangsläufig an den unterschiedlichen Strukturen der Systeme ansetzen. Mit anderen Worten, der Transformationsmechanismus, über den das Kostenproblem zu einem politischen Problem wird, kann in so unterschiedlichen Gesundheitssystemen wie der Schweiz, England und Italien ähnlich sein. Die daran anschließende Reformdiskussion läuft jedoch aufgrund der unterschiedlichen institutionellen Ausgangspunkte zwangsläufig auseinander.

-
- 4 Anfang 1991 wurde das Defizit für den genannten Zeitraum auf knapp 2 Mrd. DM geschätzt. Die Bundesregierung hat von der zurückzuzahlenden Restsumme allerdings 600 Mio. DM auch für das Jahr 1991 zur Verfügung gestellt. Diese Summe soll das Defizit decken, das 1991 in den neuen Bundesländern bei den Arzneimittelausgaben der Krankenkassen erwartet wird, und zwar als Folge des Zugeständnisses der Bundesregierung an die Pharmaindustrie, den im Einigungsvertrag vorgesehenen Abschlag auf die Pharmapreise von 55% zu reduzieren auf einen Rechnungsabschlag von nur noch 22%.
- 5 Wobei die, von ihrem Status her privaten "anerkannten Krankenkassen" in der Schweiz hier, infolge ihrer weitgehend staatlichen Regulierung als "quasiöffentliche" Einrichtung verstanden werden.

2. Reformstrategien in zentralistischen und föderalistischen Gesundheitssystemen

Vergleicht man aktuelle Reformprogramme und vorangegangene Reformschritte in den fünf Ländern, so zeichnen sich **zwei unterschiedliche Reformstrategien** ab. Die erste dieser Strategien ist dadurch gekennzeichnet, daß sich die Reformpolitiker auf den Leistungsbereich konzentrieren, der den größten Anteil der Gesundheitsausgaben auf sich vereinigt, das ist der **stationäre Sektor**. Bei Verfolgung dieser "krankenhauszentrierten" Reformstrategien sind Maßnahmen zur Kostendämpfung in den betroffenen Ländern bereits eingeleitet worden, und die aktuellen Bestrebungen zielen nun darauf, die Wirksamkeit dieser Maßnahmen im stationären Sektor zu verbessern, aber auch Folgeprobleme aus den ersten Interventionen in den angrenzenden Versorgungsbereichen zu beseitigen. Diese Art der Reformstrategie dominiert in England, Italien und Frankreich und damit typischerweise in Ländern mit einem zentralistischen Regierungssystem, in denen die politische Verantwortung für den Krankenhaussektor bei der Zentralregierung liegt, die Finanzierung über den Regierungshaushalt erfolgt und die Verwaltung der öffentlichen Krankenhäuser derjenigen der staatlichen Verwaltung angegliedert ist.

Demgegenüber entzieht sich der Krankenhaussektor dem unmittelbaren Zugriff der nationalen Regierungen in der zweiten Ländergruppe: der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz. Im Rahmen der föderalistischen Kompetenzverteilung liegt die politische Verantwortung für den Krankenhausbereich weitgehend bzw. vollständig bei den Gliedstaaten, und Eingriffe der nationalen Regierung sind ohne deren Zustimmung nicht möglich. Diese Zustimmungspflicht der Länder bei den Krankenhausgesetzen hat die meisten Kostendämpfungsbestrebungen der deutschen Bundesregierungen zu Fall gebracht, der schweizerische Bundesrat hat solche Reformabsichten gar nicht erst entwickelt.⁶ Doch auch der Bereich der ambulanten Versorgung entzieht sich, abgeschirmt durch die Selbstverwaltung, in beiden Ländern dem direkten staatlichen Einfluß, und die Leistungserbringer halten an den Grundsätzen von Freiberuflichkeit und Gewerbefreiheit fest. Im unmittelbaren Kompetenzbereich des Bundes liegt allein die **Regulierung der Krankenversicherung**, die damit den Ansatzpunkt für die zweite Reformstrategie bildet. Derart "krankenversi-

6 Zu den unterschiedlichen Kompetenzen der deutschen und schweizerischen Regierungen vgl. auch Abschnitt 2.2.3.

cherungszentrierte" Reformbestrebungen dominieren entsprechend in der gesundheitspolitischen Diskussion in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland. Die Ausgestaltung der Versicherungspflicht, das Beitragsrechts bzw. die Vorschriften zur Prämienkalkulation, das Leistungsrecht, die Vorschriften über die Verfassung und Organisation der Versicherungsträger sind die primären Ansatzpunkte solcher Reformprogramme. Die Entwicklung des stationären und ambulanten Bereichs können hierüber nur indirekt beeinflusst werden.

Die nachfolgenden beiden Abschnitte geben die aktuellen gesundheitspolitischen Reformpläne wieder, die man bereits offiziell auf politischer Ebene diskutiert.⁷ Zunächst werden die auf den stationären Sektor konzentrierten Reformstrategien Englands, Italiens und Frankreichs analysiert. Es folgen die Reformansätze der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland, die die "soziale" (Schweiz) bzw. "gesetzliche Krankenversicherung" (Bundesrepublik Deutschland) in den Mittelpunkt ihrer Kostendämpfungsbemühungen stellen.

2.1 Das Krankenhaus als reformpolitischer Ansatzpunkt

Sowohl in Großbritannien als auch in Italien und Frankreich haben Reformen in der Vergangenheit bereits zu wichtigen Umstrukturierungen im Krankenhaussektor geführt. Großbritannien hat dabei in gewisser Weise eine Vorreiterrolle übernommen, Elemente der heute in Italien und Frankreich diskutierten Pläne wurden dort in vorangegangenen Reformen bereits realisiert und im Kapitel 5 ausführlich diskutiert. Zunächst werden daher die aktuellen Reformprojekte Italiens und Frankreichs vorgestellt, welche Aspekte des "britischen Modells" übernehmen, sie aber zugleich mit eigenständigen Varianten zur Lösung ihrer länderspezifischen Probleme kombinieren. Die jüngsten britischen Reformbestrebungen schlagen demgegenüber eine völlig neue Richtung ein, die deutlich über den traditionellen Rahmen eines nationalen Gesundheitsdienstes hinausweist und am Ende dieses Unterabschnitts dargestellt wird.

7 Die nachfolgende Darstellung und Analyse der Reformdiskussion bezieht sich auf die Entwicklung bis zur Jahresmitte 1991.

2.1.1 Italien

In Italien war die Einführung des Nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) 1978 Bestandteil einer primär an den Problemen des Krankenhaussektors orientierten Reformpolitik (siehe Kapitel 4, A.2.4), ähnlich wie die Einführung des NHS in Großbritannien 1948. Die italienische Reform von 1978 war vergleichsweise erfolgreich, betrachtet man sie vorrangig unter dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung: der Anteil der Gesundheitsausgaben am Haushalt der Zentralregierung konnte gesenkt werden (siehe Kapitel 4, A.6.2.2), die Zahl der Krankenhausbetten wurde so weit reduziert, daß die Bettendichte Italiens heute zusammen mit der Großbritanniens am untersten Ende der internationalen Vergleichsskala liegt (Schneider 1990: Übersicht F.6.11).

Doch ähnlich wie die britische Politik der *"cash limits"* verstärkte die italienische Politik des *"fiscal stress"* die bestehenden Effizienzprobleme. Denn die Verwaltung des Mangels führte nicht zu einer planmäßigen Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, sondern zu einer Strategie des *"muddling through"*, bei der stets das größte Loch gestopft wurde, wobei häufig lokale klientelistische Faktoren bestimmten, welches das war (vgl. Kapitel 4, A.6.2.2: insbes. S. 466/467). Die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Implementierung neuer Regelungsmechanismen und Anreizstrukturen soll nun helfen, Qualitätsverbesserung und Kostenbegrenzung gleichzeitig zu realisieren. Als Voraussetzung gilt es zunächst, (1) durch eine Reform der dezentralen Verwaltungsorganisation den Klientelismus zu beseitigen und die Grundlagen zu schaffen, auf der eine größere Durchschaubarkeit und Effizienz in den lokalen Gesundheitseinheiten (USL) realisiert werden kann. Innerhalb einer neu strukturierten Gesundheitsverwaltung soll (2) die Produktivität der Ärzte speziell in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen gesteigert werden, und zwar durch eine klarere Grenzziehung zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen einerseits und durch verstärkte Leistungsanreize in den öffentlichen Versorgungseinrichtungen andererseits. *"Last but not least"* (3) will die Zentralregierung einen Teil ihrer Finanzierungsverantwortung im Gesundheitswesen an die Regionen abgeben, im Gegenzug gesteht sie den Regionen neue Kompetenzen in der Gesundheitspolitik zu.⁸

8 Die Grundzüge dieses Reformentwurfs waren bereits im Plan des christdemokratischen Gesundheitsministers Donat Cattin von 1987 enthalten (vgl. Ministero della Sanità 1987).

Im einzelnen sieht der Entwurf des Gesundheitsministers De Lorenzo die folgenden Maßnahmen vor (abgedruckt in ISIS 1989/ 40: 14-22). Zunächst sind die lokalen Gesundheitseinheiten (USL) durch eine Vergrößerung ihres Einzugsgebietes neu zu strukturieren. Dabei sollen große, spezialisiertere Krankenhäuser aus der Verwaltung der USL herausgelöst werden und als autonome "**Krankenhausunternehmungen**" (*aziende ospedaliere*) fortbestehen. Die in den USL verbleibenden Krankenhäuser erhalten demgegenüber eine stärkere, funktionale Autonomie und eine eigene Rechnungslegung innerhalb des USL-Budgets. Die britische Trennung zwischen dem Krankenhaussektor und dem primärärztlichen Bereich wird damit partiell auch in Italien nachvollzogen⁹. In den neu strukturierten Verwaltungseinheiten, USL und Krankenhausunternehmung, soll nach britischem Vorbild jeweils ein **Manager** mit umfassender Vollmacht die laufenden Geschäfte erledigen¹⁰. Er erhält einen auf fünf Jahre befristeten, erneuerbaren, privatrechtlichen Arbeitsvertrag und übernimmt die entscheidenden Exekutivfunktionen des derzeitigen Präsidenten der USL. Den lokalen Politikern verbleibt nur noch ein begrenzter Einfluß auf die Gesundheitsverwaltung über den neu gegründeten "Verwaltungsrat" (*consiglio di amministrazione*)¹¹, der den Leitungsausschuß (*comitato di gestione*) ablöst. Seine Funktionen beschränken sich darauf, der Regionalregierung einen Vorschlag für die Besetzung der Manager-Position zu unterbreiten, das jährliche Budget zu verabschieden und die Richtlinien für die Verwaltung vorzugeben.¹² Die Rekrutierung eines fachlich qualifizierten Managers erfolgt über eine öffentliche Ausschreibung, nominiert wird

Die antiklientelistischen Elemente und die verbesserten Einflußchancen und Anreize für Ärzte wurden hingegen vom amtierenden, liberalen Gesundheitsminister Francesco De Lorenzo, der selbst Arzt ist, eingebracht.

- 9 Was zugleich ein Schritt zurück in die Zeit vor der Reform von 1978 ist. Die Chance, unter dem gemeinsamen Dach USL eine funktionale Integration von stationären, ambulanten und sozialen Diensten zu entwickeln, wird damit ungenutzt wieder aufgegeben (vgl. Kapitel 4, A.2.4: S. 432).
- 10 Im Ministerentwurf vom September 1989 hieß der Manager "Alleinverwalter" (*amministratore unico*), in der Version Abgeordnetenversammlung vom Juli 1990 "Generaldirektor" (*direttore generale*) (vgl. ISIS 1990/ 29/30: 4-16). In Großbritannien ist der Einsatz eines Managers in der Verwaltung des primärärztlichen Bereichs erst Bestandteil des neuen Reformprogramms (s.u.).
- 11 Im Entwurf vom September 1989 wurde dieser Ausschuß als "Richtlinienausschuß" (*comitato di indirizzo*) bezeichnet.
- 12 Die 6-9 Mitglieder des Verwaltungsrates der USL sollen von den Gemeindeverwaltungen des Einzugsgebietes ernannt werden, die Verwaltungsratsmitglieder der Krankenhausunternehmungen von der Regionalregierung in Absprache mit den Gemeinden, auf deren Gebiet das Krankenhaus liegt.

er von der Regionalregierung. Der Manager soll über zügigere Entscheidungsverfahren und einen effizienteren Einsatz der knappen Finanzmittel die Voraussetzungen dafür schaffen, daß sich die Qualität der ärztlichen und pflegerischen Versorgung in den öffentlichen Einrichtungen verbessert.

Letzteres hängt jedoch auch von der Mitarbeit des Fachpersonals und speziell der *Ärzte* ab. Sie zu motivieren ist das Ziel eines zweiten Maßnahmebündels. Zunächst sollen klarere *Grenzen zwischen öffentlichen und privaten Leistungserbringern* gezogen werden. Die Leistungen privater Vertragseinrichtungen des SSN werden begrenzt, mindestens 50% der diagnostischen und fachärztlichen Behandlung sollen von öffentlichen Einrichtungen erbracht werden und das heißt, daß die privaten konventionierten Fachärzte und Kliniken insbesondere dort zurückgedrängt werden sollen, wo sie bisher den größten Teil der Versorgung sicherstellten. Sodann soll die im 1978er Reformgesetz vorgesehene Inkompatibilität zwischen den Beschäftigungsverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen endgültig durchgesetzt werden. Künftig soll es nicht mehr möglich sein, daß angestellte Ärzte öffentlicher Ambulatorien die Leistungsdefizite dieser Ambulatorien dazu nutzen können, Patienten in eine parallel betriebene, private Praxis oder Klinik umzuleiten. Gewissermaßen als Kompensation dadurch entgangener Einkommenschancen werden den Ärzten verbesserte Möglichkeiten zur *privatärztlichen Tätigkeit innerhalb der öffentlichen Einrichtungen* eingeräumt. Zudem erhalten sie zusammen mit dem übrigen Fachpersonal wieder formale Einfluß- und Mitsprachemöglichkeiten in der Gesundheitsverwaltung, die ihnen mit der Reform von 1978 gänzlich genommen worden waren. Auf zentraler Ebene werden Vertreter der akademischen Berufsgruppen künftig im Nationalen Gesundheitsrat (*Consiglio Sanitario Nazionale*) vertreten sein¹³. Allerdings verliert der Rat zugleich seinen Einfluß auf die Personalplanung und auf die Verwendung der Finanzmittel. Diese Funktionen werden künftig von der neu gebildeten "Konferenz von Staat und Regionen" (*Conferenza Stato Regioni*) ausgeübt. Ärzte und Angestellte anderer akademischer Gesundheitsberufe werden ferner auf der dezentralen USL-Ebene zu Mit-

13 Und zwar Vertreter der Ärzte und Zahnärzte, der Tierärzte, Apotheker, Biologen und Psychologen. Die Liste der vertretenen Berufsgruppen war im Zuge der Beratungen in der Abgeordnetenkammer erheblich erweitert worden (vgl. ISIS 1990/ 29/30). Wiederbelebt wird damit eine Form der Mitsprache, die es vorher in der Verwaltung der nationalen Krankenkassen (z.B. INAM) gegeben hatte.

gliedern eines neuen "Fachbeirats" (*Consiglio dei sanitari*), der bei allen Entscheidungen in medizinisch-technischen und pflegerischen Fragen gehört werden muß¹⁴.

Der dritte Reformblock zielt schließlich auf eine partielle **Verlagerung der Finanzierungsverantwortung** vom Zentralstaat auf die **Regionen**. Die Regionen sollen künftig für die Deckung der Defizite in den USL-Verwaltungen verantwortlich sein, aber parallel dazu auch neue Entscheidungskompetenzen und Führungsfunktionen in der Verwaltung des SSN erhalten. Insbesondere sollen sie offiziell an der Entscheidung über die Verteilung der zentralstaatlichen Mittel mitwirken. Zu diesem Zweck wird der "Nationale Gesundheitsfonds" umgewandelt in einen "Interregionalen Gesundheitsfonds" (*Fondo sanitario interregionale*), und bei Entscheidungen über die Verwendung der Mittel aus dem Fonds haben die Regionen das Recht zur Anhörung im Rahmen ihrer Vertretung in der ständigen Konferenz von Staat und Regionen. Entsteht in den Regionen ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf, so muß dieser von den Regionalregierungen selbst gedeckt werden, und zu diesem Zweck werden ihre Befugnisse zur Erhebung eigener Steuern verbessert. Parallel zur größeren Finanzierungsverantwortung erhalten die Regionalregierungen erstmals Möglichkeiten, Sanktionen gegenüber der dezentralen Gesundheitsverwaltung auszuüben. Sie nominieren künftig nicht nur den einzelnen USL- und Krankenhausmanager, sondern sie können sowohl den Manager als auch den Verwaltungsrat einer USL bei Mißmanagement entlassen¹⁵.

Vergleicht man nun die Reformbestrebung in Italien mit den Reformen des britischen Gesundheitsdienstes in den 1980er Jahren, so wird ein wesentlicher Unterschied deutlich. In Großbritannien hat die Einführung des General Managements den Zugriff der Zentralregierung verstärkt und die Durchsetzung zentralstaatlicher Anweisungen ermöglicht, und zwar unter Schwächung der mittleren Verwaltungsebene, der *Regional Health Authorities* (RHA)¹⁶. Demgegenüber gehen die italienischen Reformpläne nicht mit einer Schwächung, sondern mit einer Stärkung der regionalen Ebene einher. Zusätzliche Vorstöße zur Stärkung der regio-

14 Der Fachbeirat löst das bisherige "Direktionsbüro" in der USL-Verwaltung ab (vgl. Kapitel 4, A.5.2.1).

15 Eingeführt wurde diese Bestimmung erst im erweiterten Entwurf der Abgeordnetenkammer vom Juli 1990 (vgl. ISIS 1990/ 29/39).

16 Siehe Kapitel 5, A.3: S. 551/552 und Döhler (1990a: 258-260).

nalen Ebene erfolgten insbesondere während der Beratungen des Reformgesetzes in der zweiten Kammer, dem Senat. Die Änderungsanträge des Senats blockierten den Versuch der Regierung, das Abschieben einer möglichst großen Verantwortung für die Defizitdeckung mit einer geringst möglichen Erweiterung der gesundheitspolitischen Kompetenzen der Regionen zu verbinden. In zahlreichen Initiativen forderte man, daß den Regionen neue gesundheits-, steuer- und tarifpolitische Zuständigkeiten übertragen werden bei einer gleichzeitigen Minimierung des Restrisikos in der Defizitdeckung¹⁷ (vgl. ISIS 1991/ 5). Ein Kompromiß wird voraussichtlich einen weiteren, begrenzten Ausbau der regionalen Kompetenzen beinhalten.

Die Stärkung der intermediären Ebene in Italien muß vor allem auf das politische Eigengewicht der italienischen Regionen und ihrer Politiker zurückgeführt werden. Denn anders als die *Regional Health Authorities* (RHAs) in Großbritannien sind die Regionen politische Organe, die Regionalregierungen gehen aus Wahlen hervor und verfügen damit über eine eigene politische Legitimation. Anders als in föderalistischen Systemen sind sie jedoch nicht über ein eigenes Organ an der nationalen Gesetzgebung beteiligt. Die Durchsetzung regionaler Interessen muß hier auf anderen Wegen erfolgen, und zwar primär über die Aktivierung parteiinterner Netzwerke: Einflußreiche Positionen werden auch auf regionaler Ebene mit einflußreichen Politikern bzw. ihren parteiinternen Anhängern besetzt, wobei der Proporz zwischen den Parteien (*lottizzazione*) ebenso beachtet werden muß wie der Proporz zwischen den relevanten Strömungen (*correnti*) innerhalb einer Partei. Über diese Verbindungslinien können nun italienische Regionalpolitiker ihre Interessen auf nationaler Ebene zur Geltung bringen und mißliebige Gesetzesinitiativen vor allem durch die Mobilisierung der parteiinternen Opposition verzögern und verändern, und zwar auch ohne formal auf nationaler Ebene vertreten zu sein. Will daher die italienische Regierung finanzielle Belastungen

17 Die regionale Finanzierungsverantwortung sollte begrenzt werden auf einen definierten Mindeststandard, und ein Sonderprogramm für das Mezzogiorno sollte zunächst für die Erreichung des Mindeststandards in diesen Regionen sorgen. Darüber hinausgehende Leistungen wären ins Benehmen der Regionen gestellt, die über ergänzende regionale Gehaltsverhandlungen auch Einfluß auf die Kostenentwicklung im Gesundheitsdienst gewinnen könnten. Schließlich forderte man auch eine gesundheitspolitische Gesetzgebungskompetenz der Regionen im Rahmen nationaler Richtlinien, was einen merklichen Schritt in Richtung auf eine Föderalisierung der Gesundheitspolitik bedeuten würde (vgl. ISIS 1990/ 47).

an die Regionen delegieren, so kann sie dies offenkundig nur im Tausch gegen zusätzliche politische Kompetenzen für die Regionen bzw. ihre Politiker durchsetzen.

Die Aussichten für die Durchsetzung der Reform des SSN sind vergleichsweise günstig, denn die generelle Zielrichtung der Reform wird von allen wichtigen Parteien, auch von den Kommunisten¹⁸ mitgetragen. Doch die Probleme liegen im Detail¹⁹ und die Diskussion zieht sich in die Länge, zuletzt infolge der Regierungskrise vom Frühjahr 1991. Dem ursprünglichen Plan De Lorenzos zufolge sollte das Gesetz bereits Anfang 1990 in Kraft treten. Derzeit wird bezweifelt, ob seine Verabschiedung noch in dieser Legislaturperiode (bis Mitte 1992) gelingt. Im April 1991 konnte jedoch bereits ein erster, unumkehrbarer Schritt zur Umstrukturierung der USL eingeleitet werden. Das Parlament verabschiedete ein Überleitungsgesetz (Legge n. 111, abgedruckt in ISIS 1991/ 15: 12/13), mit dem Lokalpolitik und fachliche Gesundheitsverwaltung funktional und personell getrennt werden: Bis zum 15. Juni 1991 soll in allen USLs ein "Sonderverwalter" (*amministratore straordinario*) eingesetzt werden, der die bisherigen exekutiven Funktionen des Präsidenten der USL übernimmt. Der Sonderverwalter wird damit zum Vorläufer des mit der Reform einzusetzenden "Managers". Die Ziele der lokalen Gesundheitsversorgung werden nicht mehr vom bisherigen Leitungsausschuß der USL (*comitato di gestione*) vorgegeben, sondern von einem neu zu bildenden "Bürgerschaftskomitee" (*comitato dei garanti*).²⁰ Die Ernennung des Bürgerschaftskomitees und des Sonderverwalters ist bis zum 30. Juni 1992 befristet, dem Zeitpunkt, zu dem das Reformgesetz endgültig in Kraft treten soll.

-
- 18 Welche maßgeblich an der Einführung des SSN beteiligt waren. Die kommunistische Partei führt seit dem 4. Februar 1991 den Namen "*Partito democratico della sinistra - PDS*" (Demokratische Partei der Linken) als letzten Markstein eines langjährigen Prozesses der Distanzierung von ideologischen Zielen und Symbolen des traditionellen Kommunismus.
 - 19 Zentrale Konfliktpunkte sind u.a.: die Frage, ob die USL unmittelbar der kommunalen oder regionalen Aufsicht unterstellt werden soll, wieweit die Zentralregierung die Performanz der USL künftig über die Vorgabe von Leistungsindikatoren steuern soll, ob private Arbeitsverträge die öffentlich-rechtlichen ablösen werden, ob das bisherige Sachleistungsprinzip durch Kostenerstattung abgelöst ist.
 - 20 Die Auswahl des Sonderverwalters erfolgt auf Vorschlag des Bürgerschaftskomitees, das drei Namen aus einer regional erstellten Liste qualifizierter Kandidaten auswählt, nominiert wird der Sonderverwalter durch die Region. Bei nicht-termingerechter Umsetzung kann die jeweils höhere politische Ebene über die Besetzung der Positionen bestimmen.

2.1.2 Frankreich

Wie in Italien und England war auch in Frankreich der Krankenhaussektor Ansatzpunkt der wichtigsten Reformen in den letzten beiden Jahrzehnten: Die Reform von 1970 begründete den integrierten "Öffentlichen Krankenhausdienst" (*Service Public Hospitalier*) und schuf den "Gesundheitsatlas" (*carte sanitaire*) als Instrument zentralstaatlicher Steuerung der stationären Infrastruktur²¹. Die Reform von 1983 stellte die Finanzierung in den öffentlichen Krankenhäusern auf prospektive Globalbudgets (budget global) um (siehe Kapitel 3, C.3.2: S. 395), deren Zielsetzung und Wirkung den britischen *cash-limited budgets* vergleichbar waren. In der Folge wurde der Ausgabenanstieg in den öffentlichen Krankenhäusern gebremst, die jährlichen Steigerungen verlangsamt sich von 1982: 18,1% auf 1985: 8,5% (Godt 1990: 68). Unterstützt wurde die Begrenzung der laufenden Ausgaben durch eine auf Bettenabbau ausgerichtete Investitionspolitik und eine restriktive Lohnpolitik. Doch wie in England und Italien haben diese Einsparungen auch in Frankreich einen Substanzverlust in den öffentlichen Krankenhäusern zur Folge: Modernisierungen bleiben aus und technische Einrichtungen veralten (Schneider u.a., 1990: 179), Krankenhausärzte weichen in die privaten Kliniken und in die Niederlassung aus, so daß Stellen an öffentlichen Krankenhäusern trotz Ärzteschwemme nicht besetzt werden können, wovon insbesondere ländliche Regionen betroffen sind.²² Und wie in Italien profitieren die an der öffentlichen Versorgung teilnehmenden privaten Anbieter von den Mängeln in den öffentlichen Krankenhäusern. Denn diese "konventionierten" privaten Kliniken unterliegen weitaus geringeren Restriktionen und Kontrollen, sie sind nicht wie die öffentlichen Krankenhäuser zur Evaluation ihrer Kosten und Leistungen verpflichtet, sie haben einen größeren Spielraum bei Investitionen in medizinische Großgeräte und bei der Etablierung neuer Pflegebereiche und sie rechnen ihre Leistungen weitgehend noch über Tagessätze mit den Krankenkassen ab, was ihnen die Möglichkeit der gezielten Einnahmesteigerung durch eine Ausweitung der Lei-

21 Und zwar unter der Regie einer konservativen Regierung, mit Pompidou als Premierminister und Chaban Delmas als Ministerpräsident.

22 Von 2700 nicht besetzten Stellen in öffentlichen Krankenhäusern berichtet die DOK (1989/ 20: 656), nach Ynet (1990: 44) sind es nur 730 Stellen, wobei jedoch 15% der Stelleninhaber (über 2.250 Stellen) nicht die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen erfüllten. Betroffen seien insbesondere die nicht-universitären Einrichtungen in den wenig attraktiven Regionen des Nordens, Nord-Ostens und Nord-Westens, sowie die Fachgebiete Radiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe und einige chirurgische Disziplinen.

stungsmenge eröffnet (vgl. Nau 1990c, 1990d). Damit konnten die konventionierten Kliniken bisher flexibel auf die Angebotsdefizite in den öffentlichen Krankenhäusern reagieren und in den letzten Jahren einen zunehmend größeren Anteil der Krankenkassenausgaben für die stationäre Versorgung auf sich vereinigen (vgl. Renard 1991).

Mit den neuesten Reformplänen sollen nun in Frankreich, ähnlich wie in Italien (1) "Produktivitätsreserven" mobilisiert werden, und zwar mit Hilfe einer Neuordnung der Administration in den öffentlichen Krankenhäusern, wobei auch hier die Realisierung eines neuen Management-Konzeptes im Zentrum steht. (2) Parallel dazu sollen private Leistungsanbieter im stationären und ambulanten Bereich stärker kontrolliert und insbesondere die Exit-Optionen für die an öffentlichen Krankenhäusern angestellten Ärzte reduziert werden. (3) Schließlich zielen Sofortmaßnahmen darauf ab, das Einnahme-Ausgaben-Verhältnis der Krankenversicherung dadurch zu verbessern, daß einerseits die Leistungspflicht der Kassen reduziert wird und andererseits die Einnahmen der Sozialversicherung über eine Sondersteuer aufgebessert werden.

Der Gesetzesentwurf zur *Reform des stationären Bereichs* wurde im September 1990 von Claude Evin vorgelegt, dem "Minister für Solidarität, Gesundheit und Soziale Sicherung" (*Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale*). Am 3. Juli 1991 wurde das neue Krankenhausgesetz von der Nationalversammlung verabschiedet (Renard 1991). Der in der Zwischenzeit erfolgte Wechsel an der Regierungsspitze²³ hat zu keiner inhaltlichen Veränderung des Reformprogramms geführt. In der Presse wurde dieser Entwurf als wichtigster Reformschritt seit 1970 bewertet²⁴. Vorausgegangen war eine einjährige Phase der Konsultation mit Beteiligten und Betroffenen der unterschiedlichsten Bereiche.

Ohne das Ziel der Kostendämpfung aufzugeben, soll die neue Krankenhausreform die Qualität der Versorgung in den öffentlichen Krankenhäusern verbessern und ein "gerechteres Gleichgewicht" zwischen dem öffentlichen und dem privaten Krankensektor hergestellt werden (Nouchi 1990b). Der Reformplan erinnert an das britische Modell, in dem man Budgetbegrenzung und eine größere Autonomie für die Krankenhauseinrichtungen koppeln will. Das öffentliche Krankenhaus wird zu

23 Am 15.5.1991 löste Edith Cresson den bisherigen Ministerpräsidenten Rocard in der Führung der sozialistischen Regierung ab.

24 Zu dieser Einschätzung siehe Nouchi (1990b). Zur folgenden Darstellung siehe Ministère des affaires sociales (1990), Nouchi (1990c).

einem "öffentlichen Krankenhausunternehmen" (*établissement public de santé*) mit erweiterten Kompetenzen für den (Verwaltungs-) Direktor: Er legt die als "Projekt" bezeichnete fünfjährige Zielplanung vor und hat weitgehende exekutive Handlungsspielräume, wenn das Jahresbudget genehmigt ist. Die a priori Genehmigung des Budgets durch den Präfekten wird auf große Ausgabenkategorien beschränkt, wodurch eine flexible Mittelverwendung möglich ist²⁵. Die "Logik des Budgets" (*logique de budget*) soll abgelöst werden von einer "Logik der Projektes" (*logique de projet*). Die herkömmliche Form der rigiden, an wenigen quantitativen Indikatoren ausgerichteten Budgetbestimmung soll ersetzt werden durch eine Form des "*management by objective*", bei dem nicht die Ausgaben des Vorjahres, sondern die inhaltliche Aufgabenstellung des jeweiligen Krankenhausunternehmens und seine projektierte Weiterentwicklung ausschlaggebend sein sollen für die Mittelzuweisung.

Folgerichtig wird die jeweilige medizinische Aufgabe einer Krankenhauseinrichtung ("le projet d'établissement ... fondé sur le projet médical") in den Mittelpunkt der Budgetplanung gestellt. Für jedes Krankenhaus definiert der Verwaltungsrat (*conseil d'administration*) diese Aufgabe. Das ausgearbeitete Projekt wird schließlich mit dem Vertreter des Zentralstaates und der Krankenversicherung, ggf. unter Beteiligung lokaler Vereinigungen verhandelt. Abgeschlossen werden diese **Verhandlungen** mit einem Vertrag zwischen den Beteiligten, der auch die Finanzierungsfrage regelt. Aufgabe des staatlichen Vertreters (des Präfekten) ist es hier sicherzustellen, daß das Projekt in die langfristige staatliche Krankenhausplanung eingebunden wird. Die staatliche Planung soll künftig neben quantitativen auch qualitativen Aspekten der Versorgung Rechnung tragen.²⁶ Die herkömmliche Form des "*budget global*" wird damit abgelöst: Die Finanzzuweisungen an die einzelnen Krankenhäuser werden künftig nach Art der Einrichtung, nach den tatsächlichen Aktivitäten und nach der Qualität des Projektes variieren, womit hier offensichtlich eine

25 Vorab genehmigt werden müssen neben dem neuen "*projet d'établissement*" (s.u.) wie bisher die Investitionsprogramme, die Eröffnung oder Schließung von Fachabteilungen (*services*) und die Anstellung der Krankenhausärzte (*praticiens hospitaliers*).

26 Die bisher vor allem an Bettenzahlen und den größeren Fachdisziplinen ausgerichtete Infrastrukturplanung durch die *carte sanitaire* soll differenziert und ergänzt werden durch ein neues "Organisationsschema" (*schéma d'organisation sanitaire*), das die räumliche Verteilung der medizinischen Dienste u.a. nach Zugänglichkeit, Qualität und Intensität der Versorgung plant. Diese Vorgaben sollen für den öffentlichen und privaten Krankenhausbereich gleichermaßen verbindlich sein.

Variation des sogenannten "PPBS - *Planning Programming Budgeting Systems*" zur Anwendung kommen soll.²⁷

Ein zweiter Schwerpunkt der Krankenhausreform gilt der *internen Organisation* des Krankenhauses, die das "hausinterne" Kräftegleichgewicht zwischen den Akteuren berührt. Der an der Spitze des Krankenhausunternehmens stehende *Verwaltungsrat* hat künftig die Möglichkeit, die Umsetzung seiner Zielplanung mit Hilfe einer größeren Autonomie in der Personalpolitik zu betreiben. Wurde ein *Chefarzt* bisher vom Minister (nach einem Konsultationsverfahren) als "*chef de service*" auf Lebenszeit ernannt, so wird dieses Verfahren künftig durch ein zweites ergänzt, bei dem der Verwaltungsrat einen Chefarzt selbständig als "*chef de département*" berufen kann (vgl. auch Godt 1990: 67).²⁸ Beide "Typen" von Chefarzt nehmen gleiche Funktionen wahr, sie unterscheiden sich im wesentlichen durch die beschriebene Art des Berufungsverfahrens. Die Berufung wird jedoch auf fünf Jahre befristet sein, kann danach aber verlängert werden. Damit wird die Autonomie der Chefarzte zwangsläufig eingeeengt. Zugleich erfährt der *Verwaltungsdirektor* eine Aufwertung seiner Position durch vergrößerte exekutive Entscheidungsspielräume insbesondere in der Budgetverwaltung. Zudem besteht die Möglichkeit, die Chefarzte selbst in die budgetären Restriktionen einzubinden, indem ihnen eigene Abteilungsbudgets zugewiesen werden können, die mit dem Anreiz verbunden sind, daß "Gewinne" aus einer wirtschaftlichen Mittelverwendung in eine verbesserte Ausstattung investiert werden können.

Der Erfolg des Krankenhausprojektes soll schließlich durch eine Vielzahl interner Konsultationsverfahren sichergestellt werden. Insbesondere werden die *Ärzte* und das *übrige Fachpersonal* maßgeblich an der dem Budget zugrundeliegenden Projektplanung beteiligt. Die Ärzte arbeiten in der bereits existierenden "medizinischen Kommission" (*commission médicale d'établissement* - CME) das "medizinische Projekt" (*projet*

-
- 27 Dieses Konzept wurde in den 60er Jahren in den USA für den Verteidigungshaushalt entwickelt und fand in den 70er Jahren eine breitere Rezeption in der Finanzwissenschaft als Alternative zur herkömmlichen inkrementalen Budgetierung (vgl. Zimmermann/Henke 1985: 76-79).
- 28 Der "*service*" faßt wie bisher die Aufgaben einer einzigen Fachdisziplin zusammen, das "*département*" kann gleiche oder verschiedene Fachdisziplinen zu einer funktionalen Einheit zusammenbinden (Renard 1991). Die in früheren Entwürfen dem "*département*" zugeschriebene Funktion einer Koordination größerer Funktionseinheiten sollte nach dem Entwurf vom September 1990 von einer neuen, fakultativ einzuführenden dritten Organisationsebene übernommen werden, bezeichnet als "*fédération*", "*centre*", "*institut*" oder "*clinique*".

médical) aus, auf dem die Zielplanung des Krankenhauses (*projet d'établissement*) basiert.²⁹ Das nichtärztliche Personal erhält Mitspracherechte über ein neu zu bildendes Fachkomitee (*comité technique d'établissement* - CTE)³⁰. Innerhalb einer jeden Fachabteilung sollen schließlich alle Mitarbeiter des Pflgeteams (*l'équipe soignante*) über einen "Abteilungs-rat" (*conseil de service/ de département*) nicht nur die Arbeitsorganisation regeln, sondern auch die Zielplanung für die Abteilung im Rahmen des mehrjährigen Krankenhausprojektes betreiben.

Die vielfältigen Mitsprachemöglichkeiten für den qualifizierten, potentiell abwanderungswilligen Ärztenachwuchs mögen geeignet sein, seine intrinsische Arbeitsmotivation zu steigern. Die Frage seines Verbleibens an öffentlichen Krankenhäusern wird jedoch entscheidend von den Exit-Chancen, insbesondere den Einkommenschancen in anderen Bereichen des Gesundheitssystems abhängen. Hierzu gehört der Sektor der **privaten Krankenhäuser**, der wie in England Nutznießer der Funktionsdefizite in den öffentlichen Krankenhäusern war (s.o.) und qualifizierten Ärzten entsprechend bessere Einkommenschancen bieten konnte. Das Reformprojekt des Ministers Evin sieht nun aber vor, daß die privaten Kliniken ähnlichen Restriktionen unterworfen werden wie die öffentlichen Krankenhäuser: der regelmäßigen Evaluation von Kosten und Leistungen, dem gleichen Genehmigungsverfahren bei der Anschaffung von Großgeräten und bei der Eröffnung neuer Pflegebereiche, der gleichen Verpflichtung zur prospektiven Projektplanung und zur Einrichtung von Mitbestimmungsgremien für das medizinische und technische Personal. Zudem soll die Summe der jährlichen Krankenkassenausgaben für die privaten konventionierten Kliniken künftig vorab festgelegt werden, und zwar in Absprache zwischen dem zuständigen Ministerium, der Krankenversicherung (vertreten durch die "*Caisse Nationale d'Assurance Maladie*" - CNAMTS) und den Gewerkschaften. Das aber heißt, daß künftig auch die öffentlichen Ausgaben für die privaten Kliniken gedeckelt sein werden.³¹

29 Die Ärzte sollen hier auch die Vorentscheidung über die Organisation des Krankenhauses in die Funktionseinheiten "*services*" oder "*départements*" treffen (Renard 1991).

30 In letzterem sollen - analog zu den Betriebsräten in Wirtschaftsunternehmen - die Mitglieder des Komitees von den Kollegen gewählt und die Gewerkschaften dementsprechend stärker vertreten sein als in dem bisherigen paritätischen Fachkomitee (*comité technique paritaire* - CTP).

31 Die gleichen Akteure entscheiden künftig auch gemeinsam über die der Vergütung zugrundeliegenden Tarife. Die Neuregelung für die Vergütung der konventionierten Pri-

Französische Krankenhausärzte können allerdings nicht nur zu den bisher besser zahlenden Privatkliniken abwandern, sondern - anders als ihre englischen Kollegen - auch in die private *ambulante Facharztpraxis*, wo sie, wie ihre italienischen Kollegen, als Vertragsärzte Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln. Besonders attraktiv ist dies für qualifizierte Fachärzte, deren Karriere- und Einkommenserwartungen sich in den öffentlichen Krankenhäusern merklich verschlechtert haben³². Denn der 1980 geschaffene "Sektor II" bietet erhöhte Anreize zur Niederlassung, da er die ökonomische Sicherheit der "Kassenarztpraxis" mit dem privatärztlichen Privileg einer übertariflichen Liquidation verbindet. Vor 1980 hatten nur Ärzte mit einer besonders herausragenden Qualifikation die Möglichkeit, bei einer Niederlassung im Rahmen der Konvention ihren Patienten übertarifliche Honorare in Rechnung zu stellen. 1980 wurde demgegenüber allen Ärzten die Möglichkeit eröffnet, zwischen dem Sektor I mit einer umfassenden sozialen Absicherung und tariflicher Honorarbindung und dem Sektor II mit einer geringeren sozialen Sicherung und relativ freier Honorargestaltung zu wählen. Bei ihrer Entscheidung stehen Ärzte entsprechend vor dem ökonomischen Kalkül, ob sie Abstriche in der sozialen Grundsicherung durch höhere Einnahmen kompensieren können, d.h. ob ihre Wettbewerbsposition es zuläßt, übertarifliche Honorarforderungen bei den Patienten durchzusetzen. Letzteres wird um so leichter fallen, je besser die Reputation des betroffenen Arztes ist, je mehr seiner konkurrierenden Kollegen ebenfalls übertarifliche Honorare berechnen und je mehr Patienten eine entsprechend höhere Selbstbeteiligung auf ihre Zusatzversicherungen überwälzen können. Diese Voraussetzungen finden sich vor allem in den französischen Großstädten, wo sich mittlerweile eine Mehrheit der niedergelassenen Ärzte für den Sektor II entschieden hat, in einigen Städten bis zu 60% und darüber, landesweit ca. 26% (DOK 1990/ 14: 454 und 1990/ 16: 512-513). Für einkommensschwache Bevölkerungskreise sind hier neue Zugangsprobleme zur ambulanten Versorgung entstanden.

vatkliniken wird in einer ergänzenden Verfügung (DMOS - "*Diverses mesures d'ordre social*") und nicht im Krankenhausgesetz selbst bestimmt (vgl. Renard 1991). Offen bleibt, wie die Einhaltung des "Deckels" bei einer ungeplanten Mengenausweitung gewährleistet werden soll, ob durch eine Anpassung der Tarife oder durch eine Kontrolle der Leistungsmenge etwa durch einen beschränkten Zugang zu den konventionierten Privatkliniken.

32 Hierzu trägt nicht zuletzt auch die Reduktion der Studienplätze im Fach Medizin bei, in deren Folge eine mit einer Professur verbundene Karriere an den renommierten Universitäts- und Lehrkrankenhäusern immer schwieriger wird (Ynet 1990: 35-37).

Als "Sicherheitsventil" (Godt 1990: 58) hat der Sektor II eine restriktive Lohn- und Tarifpolitik im stationären und ambulanten Bereich erleichtert und eine Begrenzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben begünstigt. Doch die damit einhergehende Verlagerung der Kosten auf die Privaten schafft nicht nur neue sozialpolitische Probleme, sondern stößt zunehmend auf den politischen Widerstand der einflußreichen "*mutualité*" und der kommerziellen Krankenversicherer. Sie haben die wachsende Selbstbeteiligung ihrer Mitglieder bislang gedeckt, doch bei einer anhaltenden Kostensteigerung müssen sie sich in der Wahrnehmung dieser Funktion gefährdet sehen.

Ein Schritt zur Lösung der Probleme wurde im März 1990 mit der neuen Konvention unternommen. Nach elfmonatigen Verhandlungen einigten sich die Krankenkassen und einer der Ärzteverbände, die FMF (*Fédération des Médecin de France*) darauf, den Zugang neuer Ärzte zum Sektor II für zunächst zwei Jahre weitgehend zu blockieren: nur noch 1.000 neue Ärzte werden zugelassen, 800 Fachärzte und 200 Allgemeinmediziner. Zudem wurde bekräftigt, daß die im Sektor II bereits praktizierenden Ärzte ihre Honorare mit "Takt und Mäßigung" festlegen müssen. Neu vereinbart wurde auch, daß Ärzte im Sektor II 25% ihrer Leistungen nach Tarif abrechnen oder aber bestimmte Leistungen ohne Entgelt erbringen sollen³³. Die Attraktivität des Sektors I für junge Ärzte wurde parallel dadurch erhöht, daß die Krankenkassen einen Teil der Sozialabgaben und der Darlehenszinsen bei der Niederlassung übernehmen sowie finanzielle Hilfen bei vorzeitiger Zurruesetzung leisten werden. Die Ärzte erklärten ihrerseits die Absicht, sich durch ihr Verhalten um eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu bemühen (DOK 1990/16b).³⁴

Das *Finanzierungssystem* ist schließlich der dritte Ansatzpunkt politischer Interventionen, doch grundlegende Reformen hatte die Regierung Rocard nicht vorgesehen. Vielmehr setzt sie den traditionellen Kurs fort,

33 Wobei laut DOK (1990/ 16b: 512) solche unentgeltlichen Leistungen beispielsweise im öffentlichen Krankenhaus erbracht werden können. Aber insbesondere soll die Regelung wohl die Versorgung der einkommensschwachen Bevölkerung in den Städten sicherstellen.

34 Vorgesehen ist eine Selbstkontrolle der Ärzte durch Vertreter ihrer Profession. Entsprechende Kontrollkommissionen sollen durch die Ärzteverbände gebildet werden, doch nur die FMF hat den Vertrag unterzeichnet und nur ihre Vertreter beteiligen sich bisher an der Bildung solcher Kommissionen, deren Akzeptanz somit ebensowenig gewährleistet ist wie ihre flächendeckende Präsenz, da der Verband nicht in allen Regionen vertreten ist. (Ich danke Francis Kessler für diesen Hinweis).

über eine erhöhte Selbstbeteiligung und eine Einschränkung der Leistungspflicht den privat von den Versicherten zu tragenden Anteil zu erhöhen³⁵. Sie ergänzt diese Maßnahme allerdings durch ein neues Instrument zur Finanzierung der Soziallasten, und zwar durch eine auf zwei Jahre befristete "allgemeine Sozialabgabe" (*contribution sociale généralisée*). Präsentiert wurde der Plan im Zusammenhang mit dem Entwurf des Regierungshaushalts für 1991.³⁶ Befristet auf zwei Jahre wird eine 1,1%ige Abgabe auf alle steuerpflichtigen Einkommen erhoben, d.h. auch auf Renteneinkommen und Arbeitslosenunterstützungen³⁷.

Das Aufkommen aus dieser Steuer soll einerseits zur Kürzung der Sozialbeiträge verwandt werden (Le Monde, 16./17.12.1990, Normand 1990a), andererseits zur Deckung des Defizits in der Sozialversicherung. Bei der Defizitdeckung stehen die Familienhilfe (*Caisse nationale d'allocations familiales*) und die Rentenversicherung (*Caisse nationale d'assurance-vieillesse*) im Vordergrund³⁸, ein Teil der auf 37 Mrd. FF (ca. 10,7 Mrd. DM) geschätzten Einnahmen aus der Sonderabgabe soll jedoch auch das aktuelle Defizit in der Krankenversicherung von ca. 10 Mrd. Franc (2,9 Mrd. DM) decken helfen (DOK 1991/ 4-5: 171). Die Regierung diskutiert diese Maßnahme als Vorgriff auf eine allgemeine Steuerreform, bei der man im Rahmen der europäischen Steuerharmonisierung den Schwerpunkt der Staatseinnahmen von der Mehrwertsteuer hin zur Einkommenssteuer verlagern müsse (Saux 1990). Im Rahmen der Kranken- und Sozialversicherung bedeutet eine derartige Umschichtung der Finanzierung in jedem Fall eine Umverteilung zugunsten der Beitragszahler, und das heißt vor allem zugunsten der Arbeitgeber, wel-

-
- 35 Zuletzt im Arzneimittelbereich: die Erstattung besonders teurer Medikamente bei bestimmten Indikationen wurde eingeschränkt. Die Kosten von Medikamenten, die neu auf den Markt kommen, werden nur noch dann erstattet, wenn sie einen nachweislich besseren therapeutischen Effekt als zugelassene Medikamente haben oder ökonomisch effizienter sind. Medikamente, die für einen anderen als den therapeutisch vorgesehenen Zweck verschrieben werden, fallen aus der Erstattungspflicht (Nau 1990a).
- 36 Diskutiert wurde ein solcher Plan bereits in den 50er Jahren, umgesetzt wurde er erstmals 1983 als 1%ige Abgabe auf alle steuerpflichtigen Einkommen ("*le 1% Delors*") zur Finanzierung der Krankenversicherung. 1985 wurden die Lohninkommen davon wieder befreit, 1986 wurden sie erneut einer 0,4%igen, befristeten Abgabepflicht unterzogen (Normand 1990b).
- 37 Ausgenommen bleiben lediglich die Krankengeldzahlungen (Saux 1990; vgl. auch DOK 1991/ 4-5: 171).
- 38 Zunächst war vorgesehen, das Aufkommen allein für die Familienhilfen (analog zum deutschen Kindergeld) zu verwenden, Ende November wurde dieser Plan dann geändert (Saux 1990).

che den höheren Beitragsanteil finanzieren. Sie bleiben nun von einer höheren Belastung durch steigende Beitragssätze verschont, während stattdessen die steuerzahlenden Einkommensempfänger diese Belastung übernehmen müssen.

Vergleicht man nun die französischen Ansätze zur Krankenhausreform mit den vorangegangenen Reformen in England und den aktuellen Plänen in Italien, so zeigt sich, daß man in allen drei Ländern die Lösung der Effizienzprobleme im Krankenhaus vom "**Krankenhausmanager**" erwartet. Im Gegensatz zu den anderen beiden Ländern wird dieser Manager in Frankreich nicht als neuer Akteur eingeführt, er bleibt identisch mit dem bereits vorhandenen Verwaltungsleiter des Krankenhauses ("*directeur d'hôpital*", jetzt: "*directeur d'établissement*"), dessen Handlungsspielraum maßgeblich erweitert wird. Ähnlich wie in Italien zeichnen sich dabei Tendenzen zur **Dezentralisierung** der Entscheidungen ab: Das differenzierte Planungsverfahren soll nicht mehr in Paris allein, sondern auch auf regionaler Ebene stattfinden. Es soll aber begleitet werden vom Ausbau neuer Informationstechniken, die eine regelmäßige Evaluation der Leistungserbringung auf zentraler Ebene zulassen (Nouchi 1991). Die partielle Dezentralisierung der Entscheidung wird so durch eine Zentralisierung der Informationen begleitet. Damit läßt der Reformplan offen, ob die neuen Verhandlungsspielräume auf regionaler Ebene in der Praxis zu einer Schwächung der Kontrolle durch die Zentralregierung führen,³⁹ oder aber, ähnlich wie in England, eine vermehrte Vorgabe zentral festgelegter Leistungsindikatoren die hierarchische Kontrolle eher verbessert denn schwächt.⁴⁰

Die Reaktion der französischen Regierung auf die **Finanzierungsprobleme** in der Krankenversicherung weist schließlich Parallelen zur italienischen Entwicklung vor 1978 auf. Wie in Italien haben sich französische Regierungen jeglicher "*couleur*" bislang davor gescheut, die Beitragssätze entsprechend der Ausgabenentwicklung anzuheben. Wie in Italien be-

39 So offensichtlich die Befürchtung des Haushaltsministers, vgl. Nau (1990b). Angesichts der neu auf dezentraler Ebene zwischen Staat (Präfekt), Krankenkassen und Krankenhausunternehmung stattfindenden Verhandlungen spricht man im vorgestellten Reformplan selbst von einer neuen Verhandlungspolitik ("*cette nouvelle politique contractuelle*", Ministère des affaires sociales et de la solidarité 1990: Teil V).

40 Zu den unterschiedlichen Einschätzungen vgl. Nau (1990b) und Le Monde, 28.9.1990. Der positiven Bewertung der Verwaltungsdirektoren steht die kritische der nationalen Gewerkschaft der Krankenhausärzte (*Intersyndicale nationale des médecins hospitaliers* - INMH) gegenüber, die behaupten, daß der neue Planungsprozeß nur die Position des Regionalpräfekten, d.h. des Vertreters des Zentralstaates stärken würde.

schritt man stattdessen den Weg der staatlichen Defizitdeckung, d.h. der Umverteilung vom Beitragszahler auf den Steuerzahler, was vor allem eine Entlastung der Arbeitgeber und eine stärkere Belastung der Einkommensempfänger bedeutete. Parallel dazu wurde in Frankreich, wie zuvor in Italien, der Krankenhaussektor als größter Kostenverursacher weitgehend unter zentralstaatliche Kontrolle gebracht, und zwar im Hinblick auf Planung, Aufsicht und Finanzierung - staatliche Defizitdeckung und staatliche Kostenkontrolle gingen Hand in Hand. Die nun von der Zentralregierung eingeleitete neue Form der Defizitfinanzierung über eine Sondersteuer wird angesichts der absehbaren Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung nur eine vorübergehende Entlastung bringen. Als letzte Konsequenz diskutiert man bereits inoffiziell über die Fortsetzung des eingeschlagenen Weges in Richtung Nationalisierung, über die Übernahme des gesamten Dachverbandes der "Sécurité sociale" unter Staatskontrolle bei vollständiger staatlicher Defizitdeckung und gleichzeitigen rigorosen Sparmaßnahmen (Hermann 1991b: 50).

Eine härtere Gangart der Regierung haben mittlerweile die Ärzte im ambulanten Sektor zu spüren bekommen. Hatten die Ärzte hier bislang eine ungleich stärkere Position als ihre italienischen Kollegen, so trägt die "Ärztenschwemme" nunmehr auch in Frankreich dazu bei, daß Zugangssperren zum Sektor II trotz massiver Ärztestreiks durchgesetzt werden konnten. Der ambulante Sektor wird auch weiterhin in der gesundheitspolitischen Schußlinie bleiben, denn hier steigen die Kosten derzeit schneller als im Krankenhaussektor (Hermann 1991b: 49). Die neue Zugangsbeschränkung zum Sektor II bewahrt lediglich den "Besitzstand" der bereits praktizierenden Ärzte und schützt sie zudem vor der Konkurrenz der jungen, nachrückenden Kollegen. Hingegen fehlen effektive Kontrollen insbesondere im Hinblick auf die Mengenentwicklung bei den erbrachten und verordneten Leistungen. Vorschläge zur Neugestaltung des ambulanten Sektors werden in regelmäßigen Abständen unterbreitet (siehe zuletzt Nouchi 1990a), eine grundlegende Reform ist derzeit nicht in Sicht. Die Regierung beschränkte sich bisher darauf, mit der Androhung einer Intervention Ärzte und Kasse zu mäßigen Vertragsabschlüssen zu veranlassen.

2.1.3 Großbritannien

In Großbritannien hat bereits 1984 mit dem "general manager" ein neuer Stil Einzug gehalten in die Gesundheitsverwaltung des öffentlichen

Krankenhaussektors. Mit Hilfe des Managers gelang es, die 1976 im stationären Sektor eingeführten Budgetdeckelungen (*cash limits*) effektiv durchzusetzen⁴¹. Doch die Zwänge der Budgetbegrenzungen mündeten nicht, wie propagiert, in eine systematische Ausschöpfung von Produktivitätsreserven. Verschiedene Hindernisse standen einer solchen innovativen Verwaltung des Mangels entgegen: die anhaltende Ungewißheit über die tatsächlich zur Verfügung stehenden Ressourcen⁴², die zunehmende Zahl zentral vorgegebener Standards und vor allem auch die uneingeschränkte professionelle Autonomie der Chefärzte (*consultants*), die auch unter der Bedingung knapper Ressourcen keine Bereitschaft zeigten, ihre Therapiegewohnheiten mit den Managern zu diskutieren (Flynn 1988: 186, Döhler 1990a: 268)⁴³. Der "weitgehende" Entscheidungsspielraum des Managers wurde dadurch faktisch minimiert. Damit aber führte die britische Politik der "cash limits" zu ähnlichen Konsequenzen im stationären Sektor wie die italienische Politik des "fiscal stress": Verfall der öffentlichen Infrastruktur, Personalmangel, lange Wartelisten - diese Qualitätsprobleme beherrschen seit Jahren die Diskussion in Großbritannien (vgl. Döhler 1990a: 301 und Kapitel 4, A.6.2.2: S. 466).

Die bisherige britische Reformpolitik war allerdings nicht nur gekennzeichnet durch die Einführung einer neuen Managementtechnik - die nunmehr in Italien und Frankreich adaptiert werden soll - sondern auch durch eine Neudefinition des Verhältnisses zwischen öffentlichen und privaten Leistungserbringern. Ab dem Beginn der 1980er Jahre wurde die Strategie der Ausgrenzung privater Anbieter von der öffentlichen Gesundheitsversorgung schrittweise aufgegeben. Private Anbieter wurden über das "*contracting-out*" von Hilfsdiensten und das "*buying-in*" bestimmter medizinischer Dienste zunächst in Randbereichen zur öffentlichen Versorgung zugelassen. Der so initiierte Wettbewerb zwischen öf-

-
- 41 Unter Labour wurden die entstehenden Defizite regelmäßig durch nachträgliche Zuschläge aus dem Staatshaushalt ausgeglichen (vgl. Kap. 5, A.4.2 und Döhler 1990a: 233), unter der (neo-) konservativen Regierung Thatcher blieben solche regelmäßigen Nachzahlungen aus.
- 42 Verzögerte Zahlungseingänge, ständige Änderungen in der Defizitpolitik der Regional Health Authorities (RHA) und die von der Regierung 1988 zugestandenen, nachträglichen Finanzspritzen begründeten eine solche Planungsunsicherheit (Flynn 1988: 49-57, 186, Döhler 1990a: 303/304).
- 43 Was nicht heißt, daß sie in ihrem Therapie- und Verschreibungsverhalten von den Bedingungen der Knappheit unbeeinflusst sind (vgl. Aaron/ Schwartz 1978: 123), doch führt die fehlende Abstimmung eben zu ungeplanten Engpässen in der Versorgung.

fentlichen und privaten Anbietern galt als weiterer Markstein auf dem Weg zur Steigerung der Produktivität im öffentlichen Sektor⁴⁴.

Management und Wettbewerb als zentrale Elemente der neo-konservativen Reformpolitik sollen nun mit dem neuen Reformprogramm konsequent weiterentwickelt werden. Da sich eine Ablösung des nationalen Gesundheitsdienstes durch den Markt oder ein Sozialversicherungssystem als politisch nicht durchsetzbar erwies (vgl. Döhler 1990a: 236/237), soll nun ab April 1991 der Markt selbst in das Grundgerüst des NHS implantiert werden als "*internal market*" mit "*managed competition*".⁴⁵ Ausgangspunkt der Reform ist ein (1.) neuer Modus der Finanzverteilung, der das Geld mit dem Patienten wandern läßt ("*money will 'flow' with the patients*", Flynn/ Simonis 1989: 64). Auf dieser Grundlage soll (2.) ein umfassender Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern nun auch die Kernbereiche der medizinischen Versorgung erfassen, um so die allgemeine Produktivität im stationären Sektor zu steigern. (3.) Schließlich wird auch der Bereich der familienärztlichen Versorgung den bereits im stationären Sektor wirkenden Restriktionen unterworfen ("*general management*" und "*cash limits*", s.u.), wodurch öffentliche Krankenhäuser künftig daran gehindert werden, sich durch Leistungsverlagerung in die Primärversorgung vom Druck ihrer eigenen "*cash limits*" zu entlasten.

Unverändert bleibt die Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln die Grundlage des NHS. Es ändern sich jedoch die Kriterien der **Mittelverteilung**. Ursprünglich orientierte man sich am Bedarf zum Unterhalt einer bestimmten Infrastruktur, die jedoch durch regionale Disparitäten gekennzeichnet war. Diese Disparitäten wurden ab 1976 über eine Umverteilung der Finanzmittel abgebaut, wobei sich die Neuverteilung mittels der RAWP-Formel auf die Zuwächse beschränkte.⁴⁶ Mit der Reform vom April 1991 soll sich die Verteilung der gesamten Finanzierungsmittel nur

44 Wichtiges Mittel war dabei insbesondere die Schwächung der Gewerkschaften im öffentlichen Gesundheitsdienst (vgl. Döhler 1990a: 249-251, 275-282).

45 Vorgestellt wurden die Pläne im Januar 1989 als Weißbuch (*White Paper*) unter dem Titel "Working for patients" (Department of Health 1989). Hierauf bezieht sich die folgende Darstellung.

46 Die RAWP-Formel drückte den Zielwert einer langfristigen Gleichverteilung aus, wobei die Neuverteilung stets nur auf die Zuwächse, nicht auf den nominellen Bestand bezogen wurde (siehe Kapitel 5, A.4.2 und C.2.2). Das Verfahren gleicht der in Italien nach der Reform 1978 angewandten Methode der Umverteilung, bei der die "*spesa storica*" korrigiert wurden durch eine an der Bevölkerungszahl orientierte Mittelverteilung (vgl. Kapitel 4, A.6.2.1).

noch an der Bevölkerungszahl, der Morbiditäts- und Altersstruktur und an den relativen Kosten der Leistungserbringung in einer Region orientieren. Ausschlaggebend ist damit allein die Zahl der zu versorgenden Personen, ein Kriterium, das nun auch bei der Finanzierung der familienärztlichen Versorgung wieder eine vorrangige Rolle spielen soll. Erzielte ein Familienarzt (GP) zuletzt nur noch ca. 46% seines Einkommens aus der Pro-Kopf-Pauschale, so soll dieser Anteil künftig wieder auf mindestens 60% ansteigen. Damit nimmt man Abstand von der 1964/65 eingeleiteten Politik, die Qualität der familienärztlichen Versorgung durch gezielte ökonomische Anreize (anteilmäßige Erstattungen der Praxisunkosten und Einzelleistungshonorierung für ausgewählte Leistungen) zu verbessern. Stattdessen soll die Qualität der ambulanten ebenso wie der stationären Versorgung durch den Wettbewerb und eine berufsständische Selbstkontrolle der Ärzte gesichert werden.

Der **Wettbewerb im stationären Bereich** wird über eine grundlegende Umstrukturierung unter den öffentlichen Krankenhäusern in Gang gesetzt. Größere Akutkrankenhäuser haben hier künftig die Möglichkeit, sich als selbständige "*NHS Hospital Trusts*" aus der Verwaltung der *District Health Authority* (DHA) herauszulösen. In diesem Fall müssen sie sich fortan über den Verkauf ihrer Leistungen finanzieren, haben dafür aber weitgehende Gestaltungsspielräume in der Bildung von Leistungsschwerpunkten und vor allem bei der Personal- und Lohnpolitik.⁴⁷ Potentielle "Käufer" (*purchaser*) ihrer Leistungen sind die *Health Authorities* aller Distrikte sowie selbständige Gruppenpraxen (*budget holder*, s.u.). Die neuen Krankenhausunternehmen konkurrieren mit privaten Kliniken ebenso wie mit den DHAs, die freie Kapazitäten der von ihnen verwalteten Krankenhäuser ebenfalls am "internen Markt" anbieten können. Einem möglichen Ausverkauf der Kapazitäten eines Distrikts an externe Nachfrager wird dadurch vorgebeugt, daß die DHA den freien Zugang ihrer Bevölkerung zu bestimmten Basisleistungen (*core services*) sicherstellen muß.

Der Bereich der **familienärztlichen Versorgung** wird demgegenüber nur im "Randbereich" der ärztlichen Überweisungen und Einweisungen in den internen Markt eingebunden. Zu diesem Zweck wird auch hier

47 *Hospital Trusts* sind nicht mehr an die Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst gebunden und können die Tarifiergebnisse sowohl unter- als auch überbieten, was in Fortsetzung der bisherigen Politik auf eine Schwächung der nationalen Gewerkschaften abzielt.

die bislang einheitliche Verwaltungsstruktur aufgegeben. Großen Gruppenpraxen mit mindestens 11.000 Patienten steht es künftig frei, sich analog zum "NHS Hospital Trust" aus der Verwaltung durch die "Family Practitioner Committees" (FPCs) herauszulösen und als "budget holder" selbst über die Verwendung ihres Budgets zu bestimmen. Aus diesem Budget müssen sie neben den üblichen familienärztlichen Leistungen auch bestimmte Krankenhausleistungen für die Patienten ihrer Praxis finanzieren⁴⁸, und es ist Sache der Praxis, Preise und Mengen mit privaten und öffentlichen Krankenhäusern bzw. mit der entsprechenden "District Health Authority" (DHA) auszuhandeln. Überschüsse aus ihrem Budget können die Praxen einbehalten, um ihre Ausstattung zu verbessern, begründete Defizite (bis zu 5%) werden von der "Regional Health Authority" (RHA) gedeckt, müssen aber im Folgejahr eingespart werden.⁴⁹ Mithin ist nunmehr auch das Budget der selbstverwalteten Gruppenpraxis mit einem "cash limit" versehen.

Parallel zu dem Angebot einer größeren Eigenständigkeit für solche Familienärzte, die sich aus der Verwaltung der "Family Practitioner Committees" (FPCs) lösen, wird die professionelle Autonomie für die unter der FPC-Verwaltung bleibenden Ärzte merklich eingeschränkt durch "cash limits" und einen neu eingesetzten "general manager". Die Ausgabendeckelung trifft dabei primär die Arzneimittelausgaben der FPCs. Die Arzneimittelbudgets werden einer besonderen Überwachung der "Regional Health Authorities" (RHAs) unterstellt und die FPCs erhalten neue Instrumente, um das ärztliche Verschreibungsverhalten zu kontrollieren. Zugleich verlieren die Ärzte ihre Schlüsselrolle innerhalb der FPC-Verwaltung: Die personelle Besetzung des "Committee" wird verkleinert, die Ärzte verlieren ihren paritätischen Sitzanteil⁵⁰, und die Administration wird hinfort, wie bereits im Krankensektor, durch einen "general manager" mit weitgehenden Vollmachten geleitet. Nochmals eingeschränkt wird der Spielraum der Familienärzte schließlich durch die

48 Dazu gehören alle ambulanten diagnostischen und fachärztlichen Leistungen, ebenso wie eine Reihe noch zu definierender stationärer Behandlungen.

49 Kommentatoren kritisierten auf der Basis der US-amerikanischen HMO-Erfahrungen, daß die Patientenzahlen der "budget holder" keine ausreichende Streuung der Gesundheitsrisiken garantiere. Die Regierung begrenzte daraufhin das finanzielle Risiko für die einzelne Praxis auf 5.000 Pfund pro Patient pro Jahr (vgl. Coulter 1990: 7).

50 Zuvor wurden im 31köpfigen FPC 15 Mitglieder von den Ärzten gestellt, und die Ärzte hatten die Mehrheit, wenn der Chairman auf ihrer Seite stand. Im neuen, 11köpfigen Komitee stellen die Ärzte nur noch 4 Mitglieder.

Verträge, die die DHAs mit ausgewählten Krankenhäusern zur Sicherstellung der stationären Versorgung der eigenen Wohnbevölkerung schließen. GPs können ihre Patienten künftig nur noch an solche Vertragskrankenhäuser überweisen⁵¹.

Mit dieser Reform setzt die neokonservative Regierung Großbritanniens ihren auf Wettbewerb und kommerziellem Management ausgerichteten Weg auf eine Weise fort, die den nationalen Gesundheitsdienst bei konsequenter Umsetzung der neuen Reformelemente ("*hospital trust*", "*budget holder*", "*purchaser*") von innen heraus überwinden kann. War die Einheit von Finanzierung, Leistungsproduktion und politisch kontrollierter Nachfrage⁵² kennzeichnend für den traditionellen NHS, so fällt diese Einheit nach der Implementation des "*internal market*" auseinander: Die Zentralregierung beschränkt sich auf die Funktion der Finanzierung und bestimmt damit analog zu einer Zentralbank nur noch die Geldmenge, die sich im Umlauf des Gesundheitssystems befindet. Die Aktivierung des Geldes durch Angebot und Nachfrage überläßt sie den Marktteilnehmern. Die DHA wird für das Marktsegment der komplexen, überregional angebotenen Krankenhausleistungen zum kollektiven Nachfrager für die Einwohner ihres Gebietes. Selbständige Gruppenpraxen (*budget holder*) fragen zudem einfachere Krankenhausleistungen analog zum HMO-Modell für den Kreis ihrer Patienten nach. Die Anbieter - private und öffentliche Krankenhausunternehmen⁵³ - müssen sich bei knappen Mitteln an den Wünschen der Nachfrager orientieren. Staatliche Direktiven zur Steuerung von Struktur und Verteilung des Angebots sowie zur Kontrolle seiner Qualität werden bei funktionierendem Markt weitgehend überflüssig. Die Nachfrager selbst beeinflussen Menge und Qualität des Angebots, und die professionelle Selbstkontrolle überwacht die Qualität dort, wo dem Laien die Urteilskraft fehlt. Bei weitgehender Entlastung der DHAs von der Verantwortung für die Leistungserbringung selbst können sie sich zu größeren Einheiten zusammenschließen, ggf. unter Einbeziehung

-
- 51 Vgl. Flynn/ Simonis (1989: 66). Zwar sollen die DHAs das Überweisungsverhalten ihrer GPs beim Vertragsabschluß mit den Krankenhäusern berücksichtigen, doch ist die dafür notwendige Informationsbasis z.Zt. gar nicht vorhanden, vgl. Newton u.a. (1990).
- 52 Die politische Festlegung des Leistungskataloges und die Steuerung des Angebots waren dabei die wesentlichen Elemente der politischen Nachfragesteuerung: "The old-style NHS was a rationing machine" (Pike 1991).
- 53 Das Auftreten auch der DHA als Anbieter der Leistung von "Eigenbetrieben" erscheint eher als Schönheitsfehler einer Übergangszeit, der dann beseitigt wird, wenn alle öffentlichen Krankenhäuser sich in "*hospital trusts*" umgewandelt haben.

der FPCs. Dadurch würde die mittlere Verwaltungsebene der "*Regional Health Authorities*" nochmals an Bedeutung verlieren, und zwar um so mehr, je stärker ihre Funktion der hierarchischen Koordination ersetzt wird durch die Koordination über den "Markt".⁵⁴ Am Ende einer solchen idealtypischen Entwicklung hat die Zentralregierung ihre unmittelbare politische Verantwortung für die Quantität und Qualität des Angebots im öffentlichen Gesundheitssystem abgegeben an eine Vielzahl nicht politischer Akteure am "internen Markt". Versorgungsprobleme sind damit nicht mehr der Regierung, sondern primär einer Vielzahl einzelner Marktteilnehmer anzulasten - es sei denn, daß diese Probleme auf die politisch vorgegebene Marktordnung selbst zurückgeführt wird.

Eine Änderung der Reform durch die Regierung des seit Herbst 1990 amtierenden neuen konservativen Premierministers John Major ist nicht in Sicht. Die Reform trat plangemäß zum 1. April 1991 in Kraft, mit 57 Krankenhäusern als erste "*hospital trusts*" und ca. 300 primärärztlichen Gruppenpraxen als "*budget holder*"⁵⁵.

2.1.4 Die italienische, französische und britische Reformpolitik im Vergleich

Vergleicht man die Reformpolitiken der drei Länder, in denen der stationäre Sektor unter weitgehender Kontrolle der Zentralregierung steht, zeigen sich offenkundige Gemeinsamkeiten bei der Umstrukturierung der Administration im öffentlichen Gesundheitswesen. In allen drei Ländern zielt man auf eine Umorientierung weg von starren bürokratischen Verfahrensweisen hin zu flexibleren, aus der Privatwirtschaft entlehnten Techniken eines zielorientierten Einsatzes begrenzter Ressourcen. Träger des neuen Verwaltungsstils ist in England und Italien die Figur des *Managers*, der in beiden Ländern als neuer Akteur die herkömmlichen Entscheidungsstrukturen durchbricht: das Konsensus-Management in England, den lokalpolitischen Klientelismus in Italien. Erweiterte Kompetenzen und eine klare Abgrenzung der Verantwortlichkeiten sollen ihn in die Lage versetzen, bei Verwaltungsentscheidungen den Aspekt der ökonomi-

54 In der Phase des Übergangs werden die RHAs demgegenüber eher einen Funktionszuwachs bekommen, da sie die Implementation des Reformprogrammes überwachen, die Performanz der dezentralen Dienste kontrollieren und ihre Effizienz evaluieren sollen.

55 Bis Mitte 1992 soll die Hälfte der allgemeinmedizinischen Akutkrankenhäuser in "*hospital trusts*" umgewandelt werden, vgl. Pike (1991).

schen Effizienz zu berücksichtigen, partei- oder berufspolitische Partikularinteressen zurückzudrängen und sich die notwendige Entscheidungsautonomie zu bewahren, um zwischen ökonomischer, medizinischer und politischer Rationalität zu vermitteln. In Frankreich braucht der "Manager" nicht als neuer Akteur eingeführt werden, da bereits in der Person des Verwaltungsdirektors die Erfordernisse der fachlichen Qualifikation und der eigenständigen, professionellen Orientierung vorhanden sind. Er muß bereits heute die Interessen des medizinisch-pflegerischen Personals in Einklang bringen mit den ökonomischen Zwängen, die von dem politisch verfügbaren Globalbudget ausgehen. So können sich die französischen Reformpläne darauf beschränken, die Kompetenzen des Verwaltungsdirektors lediglich zu erweitern, um der ökonomischen Rationalität größeres Gewicht zu verleihen.

Die Reformpläne in allen drei Ländern verändern die Position der *Ärzte* in den Entscheidungsstrukturen, jedoch auf unterschiedliche Weise. Die italienischen Ärzte erhalten erstmals nach der Reform von 1978 ein Anhörungsrecht und damit formal verbesserte Einflußmöglichkeiten. Der französische Chefarzt büßt merklich an Autonomie ein, die Gesamtheit der Krankenhausärzte soll aber erhebliche Mitspracherechte bekommen. Die englischen Ärzte verlieren weiter an administrativem Einfluß, indem sie nun auch ihre Schlüsselposition in der primärärztlichen Verwaltung aufgeben müssen. Gemeinsam zielen alle Reformprojekte darauf ab, die Ärzte ebenso wie andere relevante Personalgruppierungen in die Entscheidungsvorbereitung und die damit verbundenen ökonomischen Überlegungen einzubinden, mit dem offenkundigen Ziel, effizienzsteigernde Maßnahmen nicht an einer fehlenden Kooperation seitens des medizinisch-pflegerischen Fachpersonals scheitern zu lassen. Zu diesem Zweck werden in Großbritannien die Initiativen zum Ressourcen-Management in den Krankenhäusern neu belebt.⁵⁶ In Frankreich sollen die Ärzte das "medizinische Projekt" ausarbeiten, das als Grundlage des "Unternehmensprojektes" mitentscheidet über die Finanzmittelzuweisung. In Italien treten die Ärzte in einen neuen, formal geregelten Dialog mit dem Manager, so

56 Die "Resource Management Initiative" (RMI) soll Ärzte und Krankenpflegepersonal einbeziehen in die umfassende Sammlung der Daten über Diagnosen und Therapien, deren Auswertung es dann ermöglicht, die medizinisch *und* ökonomisch beste Therapie auszuwählen (vgl. Department of Health 1989; Ziff. 2.14-2.16). Zu den bisher vergeblichen Versuchen, die professionelle Autonomie der Krankenhausärzte durch "clinical budgeting" und "resource management" zu begrenzen vgl. auch Döhler (1990a: 268/269).

daß auch hier die Chance einer Vermittlung zwischen ökonomischer und medizinischer Rationalität besteht. Am weitesten geht die Integration zwischen beiden Rationalitäten in der familienärztlichen Praxis der neuen britischen "budget holder". Sie müssen selbst Managementfunktionen übernehmen und innerhalb ihrer Gruppenpraxis den Ausgleich finden zwischen ökonomischen und professionellen Interessen, ähnlich wie ihre freiberuflichen Kollegen in Frankreich, Deutschland und der Schweiz, aber mit dem Unterschied, daß die ökonomischen Anreize in England auf eine Reduzierung der Leistungen und ihrer Kosten ausgerichtet sind, nicht auf Leistungsexpansion⁵⁷.

Neben dieser Gemeinsamkeit unterscheiden sich die Reformkonzeptionen der drei Länder in einem wesentlichen Punkt voneinander, und das ist die Verortung des öffentlichen Gesundheitswesens im Spannungsfeld zwischen Markt und Staat. Der Unterschied zeigt sich einmal am intendierten Verhältnis von öffentlichen und privaten Leistungserbringern. Hier zielen die Reformen in allen drei Ländern zwar auf eine Neubalancierung der Anbieterstruktur, doch werden die Gewichte in eine gegensätzliche Richtung verschoben. Die Unterschiede zeigen sich zum anderen in der Rolle, die die Akteure des politischen Systems künftig im Gesundheitssystem spielen sollen. In beiderlei Hinsicht gibt es deutliche Differenzen zwischen Großbritannien auf der einen, Italien und Frankreich auf der anderen Seite.

In Großbritannien zielten bereits die vorangegangenen Reformen der Regierung Thatcher darauf ab, neben der Einführung eines neuen Managementstils vor allem auch den Wettbewerb zwischen **öffentlichen und privaten Anbietern** in Gang zu bringen. Anders sind die derzeitigen Reformpläne in Italien und Frankreich: Hier waren private Leistungserbringer stets zur öffentlichen Versorgung zugelassen und konkurrierten seit jeher mit den öffentlichen Anbietern. Neben positiven Effekten dieses Wettbewerbs (größere Wahlfreiheit, Ergänzung öffentlicher Defizitbereiche) wurden aber in beiden Ländern negative Wirkungen erkennbar, die die Produktivität im öffentlichen Sektor eher behinderten, und zwar um so mehr, je stärker die Restriktionen im öffentlichen Bereich griffen und die Exit-Optionen von den Ärzten der öffentlichen Einrichtungen genutzt wurden. Entsprechend zielen die Reformprogramme in Italien und

57 Womit jetzt allerdings die gesundheits- und sozialpolitische Gefahr verbunden ist, daß die GPs mehr oder weniger direkte Risikoselektion betreiben werden (vgl. Coulter 1990: 7).

Frankreich nicht auf eine Erweiterung, sondern eine Verengung des Spielraums privater Anbieter in der öffentlichen Versorgung. Die öffentlichen Leistungsanbieter werden hier als Benachteiligte im Wettbewerb gesehen, und die Reform soll einen Ausgleich des Nachteils schaffen. Umgekehrt geht die britische Politik der "Privatisierung von innen" (Döhler 1990a: 289) davon aus, daß die öffentlichen Leistungserbringer eine privilegierte Stellung haben, die es zu beschränken gilt, um gleiche Wettbewerbschancen für private Anbieter herzustellen.

Dieser Unterschied im Umgang mit den privaten Anbietern offenbart eine völlig gegensätzliche gesundheitspolitische Orientierung in den jeweiligen Ländern: Sowohl die Politik der sozialistischen Regierung in Frankreich als auch der konservativ-sozialistisch-liberalen Koalition in Italien basiert darauf, die gesundheitspolitische Versorgung breiter Bevölkerungsschichten durch den Erhalt der öffentlichen Versorgungsstruktur sicherzustellen; die politischen Akteure der neo-konservativen, wirtschaftsliberalen Regierung in England räumen demgegenüber grundsätzlich der privaten Initiative und ihrer Koordination durch den Markt den Vorrang ein.

Entsprechend zielt die britische Reform darauf ab, den Einfluß der *politischen Akteure* im öffentlichen Gesundheitssystem zu minimieren. Ein funktionierender interner Markt hätte langfristig zur Folge, daß sich die Zentralregierung einer direkten Einflußnahme auf das Gesundheitssystem enthalten und sich darauf beschränken kann, die finanziellen Zuweisungen an den internen Markt in einem gesamtwirtschaftlich bzw. haushaltspolitisch vertretbaren Rahmen zu halten.⁵⁸ Die Reformpläne der italienischen und französischen Regierung lassen demgegenüber nicht die Absicht erkennen, daß sich der Staat aus der Steuerung des öffentlichen Gesundheitssystems zurückziehen will. Zwar möchte auch die italienische Zentralregierung die politische Verantwortung für die zunehmenden Defizite im öffentlichen Gesundheitsdienst abgeben. Doch nicht der Markt, sondern die Regionalregierungen sollen die Verantwortung übernehmen. Diese Verlagerung auf die mittlere Ebene signalisiert keinen Rückzug der politischen Akteure aus der Steuerung des öffentlichen Gesundheitssystems.⁵⁹ Vielmehr eröffnet die größere Nähe zwischen der Regional-

58 Im faktischen Ergebnis dürfte dies auf eine staatlich finanzierte Grundsicherung und eine private Finanzierung darüber hinausgehender Ansprüche hinauslaufen. Entsprechend äußern Kritiker die Befürchtung, daß die Reform die Entwicklung zu einem 2-Klassen-System in der Gesundheitsversorgung einleitet (vgl. Coulter 1990: 9).

59 Der partielle Rückzug der Zentralregierung signalisiert allerdings, daß ähnlich wie in Großbritannien die Schaffung einheitlicher Versorgungsbedingungen als politisches Ziel

regierung und den dezentralen Leistungsanbietern die Möglichkeit einer Verbesserung der politischen Kontrolle, ohne daß diese Kontrolle unmittelbar dem (lokal-) politischen Klientelismus zum Opfer fallen müßte⁶⁰. Ähnlich wie in Italien soll auch in Frankreich die mittlere Ebene eine größere Bedeutung gewinnen, sollen die Regionen künftig aktiv an der Planung und Budgetierung beteiligt werden. Doch anders als in Italien soll diese Delegation zusätzlicher Aufgaben nicht zu einer Veränderung der hierarchischen Beziehungen zwischen Zentralstaat und Region führen. Das neue Planungs- und Budgetierungsverfahren soll lediglich eine größere Flexibilität und die Ausrichtung an inhaltlich definierten Zielen ermöglichen. Die letztliche Planungs- und Budgetierungskompetenz verbleibt grundsätzlich bei der Zentralregierung. Hierarchische Koordination wird nicht abgeschafft, sondern durchlässiger für problemgerichtete "bottom up" Informationen.

2.2 Die Krankenversicherung als reformpolitischer Ansatzpunkt

In der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz sind Bestrebungen zur Kostendämpfung im stationären Bereich enge Grenzen gesetzt durch die föderalistische Kompetenzverteilung. Keine der beiden Bundesregierungen kann hier ohne Zustimmung der Länder bzw. Kantone Maßnahmen zur Kostendämpfung ergreifen (siehe unten Abschnitt 2.2.3). Eine Kostendämpfung im ambulanten Bereich muß hingegen den traditionellen Standes- und Selbstverwaltungsrechten der Ärzte Rechnung tragen, die ohne schwerwiegende politische Konflikte nicht einzuschränken sind. Die Bundesregierungen beider Länder sind daher vor allem auf die Krankenversicherung als ihren ureigenen Regulierungsbereich verwiesen, sie bildet den zentralen Ausgangspunkt nationaler Reformprogramme. Das heißt aber zugleich, daß derartige Reformen vorrangig auf Fragen der Verteilung der Finanzierungslasten konzentriert sind und Fragen der Kostenentstehung nur indirekt beeinflussen können.

an Bedeutung verloren hat bzw. als im Grundsatz erreicht angesehen wird, ausgenommen das Dauerproblem des Mezzogiorno.

60 Wobei jedoch nicht auszuschließen ist, daß sich neue klientelistische Strukturen auf regionaler Ebene herausbilden werden.

2.2.1 Bundesrepublik Deutschland

Zum Jahresanfang 1989 trat in der Bundesrepublik Deutschland die letzte Reform in Kraft. Ziel des "Gesundheits-Reformgesetzes" (GRG) war, die Ausgabendynamik in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stoppen und die Stabilität der Beitragssätze langfristig zu sichern. Zwei-einhalb Jahre nach seinem Inkrafttreten steht die Umsetzung wichtiger Teile des Gesetzes jedoch noch aus, und es bleibt abzuwarten, wie sich der Wechsel der politischen Zuständigkeiten vom "Reformminister" Norbert Blüm zur neuen Gesundheitsministerin Gerda Hasselfeldt auswirken wird.

Die erste Bundestagswahl im vereinten Deutschland vom Oktober 1990 sicherte der christlich-liberalen Koalition die Regierungsmehrheit, die anschließende Neuordnung der Ressorts nahm aber dem Bundesarbeitsminister, Norbert Blüm, die Zuständigkeit für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Zusammen mit der Abteilung V des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) gingen die Kompetenzen für den Bereich Krankenversicherung über an die neue Bundesgesundheitsministerin Gerda Hasselfeldt (CSU).⁶¹ Norbert Blüm verblieb die Zuständigkeit für die Pflegeversicherung. Bundeskanzler Kohl gab in einer Rede vor dem Deutschen Ärztetag 1991 seiner Hoffnung Ausdruck, daß die Umbildung und Neubesetzung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) "auch zu einem entspannteren Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Politik beiträgt" (Kohl 1991: 402). Offenkundig sollten die durch die Gesundheitspolitik Norbert Blüms verärgerten Leistungserbringer durch die Neuverteilung der Zuständigkeiten mit der Regierung ausgesöhnt werden.⁶²

Dabei ist selbst das Blüm'sche Gesundheits-Reformgesetz kaum dem Anspruch einer grundlegenden Strukturreform, der "erste[n] umfassende[n] Reform unseres Gesundheitssystems seit Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung im Jahre 1911" (Blüm 1989a: 3), gerecht geworden. Die wichtigen Bereiche 'Organisationsreform' und 'Reform des

61 Mit dem Organisationserlaß des Kanzlers vom 23.1.1991 wurde das politisch "leichtgewichtige" Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) in drei selbständige Ministerien aufgeteilt, mit je einer Frau an der Spitze. Allein das Gesundheitsministerium erfuhr eine politische Aufwertung durch die Übernahme der Kompetenzen aus dem BMA.

62 Das gilt insbesondere für das Verhältnis zu den Ärzten und der Pharmaindustrie. Zu den pharmafreundlichen Interventionen des Kanzleramtes vgl. auch Kurbjuweit (1991).

Krankenhaussektors' waren aufgrund ihrer Konflikträchtigkeit von vornherein ausgeklammert worden.⁶³ Andererseits sollte das Kostenproblem auch nicht nur auf die Versicherten abgewälzt werden. Das verabschiedete Reformgesetz beinhaltete drei Maßnahmenkomplexe: (1) die Verlagerung der finanziellen Lasten auf die Versicherten über eine erhöhte Selbstbeteiligung und eine Begrenzung der Leistungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, verbunden mit kompensatorischen Leistungsausweitungen in gezielten Bereichen, (2) Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit auf Seiten der Leistungserbringer, insbesondere im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Arzneimittelversorgung, aber auch im Bereich der stationären Versorgung und (3) Maßnahmen zur Intensivierung des Preiswettbewerbs im Arznei- und Hilfsmittelmarkt.

Leistungskürzungen und erhöhte Selbstbeteiligung verlagerten die finanziellen Lasten zunächst auf diejenigen Versicherten, die die jeweilige Leistung in Anspruch nehmen. Mit Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes zum 1.1.1989 wurde das Sterbegeld ersatzlos gestrichen, die Leistungspflicht der Kassen bei Heil- und Hilfsmitteln sowie bei Krankenfahrten eingeschränkt, die Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln, bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Behandlungen wurde erhöht, ab 1991 auch die Selbstbeteiligung beim Krankenhausaufenthalt (siehe Kapitel 1: Tabelle 1.4 und Zipperer 1989: 31).⁶⁴ **Leistungsverbesserungen** bot die Reform hingegen bei der häuslichen Pflege von Schwerpflegebedürftigen⁶⁵ und der Finanzierung einer breiteren Palette präventiver Leistungen im ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Bereich. Per Saldo blieben erhebliche Einsparungen, und die Versicherten waren damit die ersten, die ihren Beitrag zur Kostendämpfung und zur Senkung des durchschnittlichen Beitragsatzes von 12,9% auf 12,2% im Jahre 1990 leisteten (Sachverständigenrat 1991: Ziff. 11).

-
- 63 Ein Koalitionsbeschluß hatte diese Problembereiche gleich zu Anfang der vorbereitenden Beratungen auf einen späteren Zeitpunkt verlagert, vgl. Webber (1988: 273).
- 64 Zum 1.1.1992 soll zudem die bereits erhöhte Arzneimittelgebühr von 3 DM ersetzt werden durch eine Selbstbeteiligung von 15% des Apothekenabgabepreises (maximal 15 DM) bei Arzneimitteln ohne Festbetrag. Angesichts der schleppenden Umsetzung der Festbetragsregelung wird z.Zt. über eine Verschiebung bzw. Modifikation der Zuzahlungsregelung diskutiert, vgl. Handelsblatt, 10./11.5.1991a.
- 65 Bei der Pflege von sozialhilfeberechtigten Personen führten die neuen Zuwendungen der Kassen allerdings meist zu einer Kürzung der Sozialhilfe und damit zu einer Kostenverlagerung von den Kommunen auf die Krankenkassen, ohne die Situation der Betroffenen wesentlich zu verbessern, vgl. u.a. DOK (1991/7).

Der Beitrag der Leistungserbringer steht demgegenüber noch weitgehend aus. Im Bereich der *ambulanten ärztlichen Versorgung* sollte eine verbesserte *Kosten- und Leistungstransparenz* in Verbindung mit neuen Formen der *Wirtschaftlichkeitsprüfung* sicherstellen, daß hier bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden. Den Schlüssel zur Herstellung von Kosten- und Leistungstransparenz bildet die Krankenversichertennummer in Verbindung mit der zum 1.1.1992 einzuführenden Krankenversichertenkarte.⁶⁶ Mittels der Karte kann die Versichertennummer maschinenlesbar auf alle Abrechnungs- und Verordnungsformulare übertragen werden. Das gesamte Leistungsspektrum ist so arzt- und versichertenbezogen per Computer erfaß- und auswertbar und soll im Rahmen der neuen Stichprobenprüfung zur umfassenden Kontrolle der Wirtschaftlichkeit niedergelassener Ärzte dienen⁶⁷. Daneben soll das bisherige Verfahren der Prüfung nach Durchschnittswerten auf das gesamte Spektrum des ärztlichen Ordnungs- und Verweisungsverhaltens ausgedehnt⁶⁸ und ergänzt werden durch eine Überprüfung der Arzneimittelverschreibungen nach Richtgrößen (§ 106 SGB V). Mit diesen neuen Prüfverfahren soll insbesondere eine Kontrolle der gesamten verordneten und veranlaßten Leistungen ermöglicht werden, deren Kosten sich auf das Vierfache der ärztlichen Behandlung belaufen (vgl. Sachverständigenrat 1991: Tabelle 5).

Doch bevor eine verbesserte Transparenz über den Weg neuer Wirtschaftlichkeitsprüfungen sicherstellt, daß die Kassenärzte ihren Beitrag zur Kostendämpfung leisten, hat der Gesetzgeber die Hürde des vertraglichen Einvernehmens aufgestellt: Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen müssen sich über die konkreten Umsetzungsschritte einigen. Doch die Vertreter der Ärzte blockieren den Einigungsprozeß. So sind bisher kaum Vereinbarungen über die neuen Wirtschaftlichkeitsprüfungen zustande gekommen,⁶⁹ ebensowenig Vereinbarungen zur Krankenversicherten-

66 Komplettiert werden diese beiden Transparenzmaßnahmen durch das Arzneimittelkennzeichen für Fertigarzneimittel, das vom Apotheker auf jedes Rezept übertragen werden soll. Zu den derzeitigen Umsetzungsproblemen dieser Regelung s.u..

67 2% der Kassenärzte sollen dabei regelmäßig überprüft werden in ihrer Behandlungs- und Ordnungsweise, ihren Verschreibungen, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Krankschreibungen.

68 Bisher werden nur die ärztliche Behandlung und die Arzneimittelverschreibungen in der Durchschnittsprüfung berücksichtigt.

69 Zweieinhalb Jahre nach dem Inkrafttreten des GRG fehlen Vereinbarungen über die Richtgrößen noch völlig, und die wenigen neuen Prüfvereinbarungen setzen die Vorschriften des § 106 SGB V meist nur unvollständig um.

karte, die damit nicht zum 1.1.1992 eingeführt werden wird,⁷⁰ wodurch auch die Umsetzung der Stichprobenprüfung auf einen unbekanntem Zeitpunkt verschoben wird. Blockiert ist ebenfalls die Übertragung des Arzneimittelkennzeichens auf die Rezepte.⁷¹

Ähnlich sieht es im *stationären Sektor* aus. Auch hier dient das Zusammenwirken von verbesserter *Transparenz* und erweiterten Wirtschaftlichkeitskontrollen als Patentrezept, um einen Sparbeitrag der Krankenhäuser zu realisieren. So sollen die Krankenkassen auf Landesebene zusammen mit den Krankenhausträgern und den Kassenärztlichen Vereinigungen Krankenhausvergleichslisten erstellen, und zwar als Orientierungshilfe für niedergelassene Ärzte bei Krankenseinweisungen.⁷² Ebenfalls auf Landesebene wird den Krankenkassenverbänden ein neues Instrument zur *Wirtschaftlichkeitsprüfung* an die Hand gegeben, indem sie zusammen mit den Privatversicherern und unabhängig von Pflegesatzverhandlungen die Wirtschaftlichkeitsprüfung für ein bestimmtes Krankenhaus einleiten können. Doch der Prüfer muß einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellt werden. Auf der Basis des Prüfergebnisses kann der Landesverband dann sein neues Recht zur Kündigung des Versorgungsvertrages bei erwiesener Unwirtschaftlichkeit nutzen, doch das Land muß die Kündigung genehmigen (vgl. Hoffmann 1989). Es ist kaum verwunderlich, daß auch hier die verschiedenen Einvernehmlichkeitsklauseln eine Umsetzung bzw. Anwendung der neuen Regelungen in der Praxis weitgehend verhindert haben⁷³.

Zweieinhalb Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes steht damit der Beitrag der Leistungserbringer zur Kostendämpfung noch weitgehend aus. Die im Gesetz eingebauten Einvernehmlichkeitsregelungen konnten von den betroffenen Leistungserbringern dazu genutzt werden, die Implementation derjenigen Instrumente zu verhindern, die

70 Hier scheidet man derzeit neben der generellen Ablehnung insbesondere an der Weigerung der Ärzte, Vereinbarungen über die notwendige Anpassung der Abrechnungs- und Verordnungsformulare vorzunehmen.

71 Im Rahmenvertrag zwischen Apothekern und Kassen soll das Nähere über die Abrechnungsweise geregelt werden. Die Apotheker suchen den Vertrag so auszugestalten, daß die unmittelbare Übertragungspflicht nach § 300 SGB V eingeschränkt wird.

72 Zugleich dienen sie auch als Orientierungshilfe für die Kassen bei Kostenübernahmeerklärung. Allerdings kann diese Orientierungsfunktion erst zum Tragen kommen, wenn leistungsbezogene Entgelte die vollpauschalierten Pflegesätze in stärkerem Maße abgelöst haben (vgl. Hoffmann 1989: 58).

73 Vgl. dazu die Bilanz der Gesundheitsministerin auch zu den übrigen Maßnahmen im Krankenhaussektor (Krankenhausumschau 1991/4).

eine verbesserte Effizienz in ihren Bereichen sicherstellen sollten. Entweder wurde die Umsetzung der Regelungen durch die Weigerung zur Kooperation völlig blockiert, oder aber die Inhalte wurden im Zuge der Kompromißfindung zwischen den Vertragspartnern so verändert, daß die Vereinbarungen den Absichten der Reformier nicht mehr entsprechen (vgl. auch Sachverständigenrat 1991: Ziff. 286 ff.)

Allein dort, wo kein Einvernehmen mit den unmittelbar betroffenen Leistungserbringern vorausgesetzt wurde, konnten bisher Erfolge erzielt werden. Erste Festbeträge für **Arzneimittel** wurden ab Ende 1989 eingeführt, und bis Mitte 1991 wird ein Anteil von ca. 30% des GKV-Umsatzes mit einem Einsparvolumen von 525 Millionen DM mit Festbeträgen versehen sein (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 1991). Doch selbst dieser Erfolg bleibt deutlich hinter den Erwartungen zurück.⁷⁴ Zum 1. Juli 1991 tritt ferner die Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in Kraft, deren Umsetzung jedoch einer Auflistung der betroffenen Arzneimittel bedarf ("Negativliste"). Nachdem sich nun der zuständige Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen geweigert hatte, die Veröffentlichung der vorliegenden Negativliste vorzunehmen⁷⁵, kündigte die Bundesregierung eine Veröffentlichung im Bundesanzeiger an, wurde hieran jedoch per Gerichtsbeschluß vom 26. Juni 1991 daran gehindert. Das Gericht gab dem Antrag der klagenden acht Hersteller aus Verfahrensgründen statt - nicht das Bundesgesundheitsministerium, sondern der Bundesausschuß sei für die Veröffentlichung zuständig.⁷⁶ Festbeträge gelten seit Ende 1989 auch auf dem **Hilfsmittelmarkt**, speziell bei Hör- und Sehhilfen (vgl. Sachverständigenrat 1991: Ziff. 162). Eine mangelnde Markttransparenz und die z.T. nur geringe Anbieterkonkurrenz auf diesem Markt erschweren hier allerdings die Initiierung

74 Reformziel war die Erfassung von 80% des Marktes und die Realisierung von Einsparungen in Höhe von 1,95 Milliarden DM (Blüm 1989b, Döhler 1990a: 494). Ob dieses Ziel erreicht wird, ist zweifelhaft. Lt. Reher/ Reichelt (1991: 118) sind maximal 50% des Marktes festbetragsfähig.

75 Innerhalb des Bundesausschusses weigerten sich vor allem die Ärzte, doch auch die Kassen ließen es am notwendigen Durchsetzungswillen fehlen, nicht zuletzt aus Angst vor den Schadensersatzansprüchen, die die Arzneimittelhersteller im Streitfall geltend machen könnten.

76 Das Bundesgesundheitsministerium kündigte an, in Berufung zu gehen (vgl. SZ, 28.6.1991). Auf das Erfolgskonto der Liste kann aber bereits jetzt schon verbucht werden, daß ca. 4.000 Arzneimittel allein aufgrund des Ankündigungseffektes vom Markt genommen worden sind (vgl. Schröter 1991: 24).

eines wirksamen Preiswettbewerbs zugunsten der Verbraucher (vgl. Müller/ Saekel 1991).

Der künftige Kurs der Gesundheitspolitik wird nun zum einen von den Defiziten bei der Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) bestimmt und zum anderen durch die Bearbeitung der Bereiche, die das GRG explizit ausgeklammert hatte. Nach der Koalitionsvereinbarung vom Januar 1991 soll das Gesundheits-Reformgesetz zügig weiter umgesetzt werden; eine Abweichung vom bisherigen Kurs des Bundesarbeitsministers ist unter der neuen Gesundheitsministerin noch nicht erkennbar - erkennbar ist allerdings ebensowenig eine über Appelle hinausgehende Entschlossenheit, den Reformbeitrag der Leistungserbringer einzufordern.⁷⁷ Zudem wurde die Gesundheitsministerin damit beauftragt, die Reform der Organisations- und Finanzstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Organisationsreform) einzuleiten und an einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im stationären Sektor weiterzuarbeiten.⁷⁸ In welche Richtung die anstehenden Reformen gehen sollen, dafür gibt es z.Zt. nur einige Anhaltspunkte. Die Themen der Diskussion sind dabei keineswegs neu. Über die Organisationsreform wurde zwei Jahre lang (1988 und 1989) in der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" des deutschen Bundestages debattiert (Enquete-Kommission 1990, vgl. auch Sachverständigenrat 1990: Ziff. 544-602). Mit Fragen alternativer Vergütungsformen im Krankenhaussektor beschäftigt sich regelmäßig u.a. der Sachverständigenrat zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Grundsätzlich soll die *Organisationsreform* die Voraussetzungen schaffen, um eine politisch obsoleete Differenzierung zwischen Arbeitern und Angestellten in der Krankenversicherung zu überwinden. Arbeitern soll über kurz oder lang die gleiche Wahlfreiheit zugestanden werden wie Angestellten. Doch bei einer unmittelbaren Einführung solcher Wahl-

77 So gehört zu den erklärten Zielen der Kassenärzte die Rückkehr zur "ungedeckelten" Einzelleistung, und bis zum Oktober 1991 sollen lt. KBV-Vorsitzenden Oesingmann mehr als 50% der Leistungen "ausgedeckt" werden (Ärzte-Zeitung, 9.4.1991). Die überproportionalen Kostensteigerungen im 1. Quartal 1991 veranlaßten die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 6. Juni 1991 jedoch lediglich zu einer allgemein gehaltenen EntschlieÙung, durch die alle Akteure gemeinsam aufgefordert wurden, fortzufahren im "Bemühen um die Beitragssatzstabilität" (EntschlieÙung v. 6.7.1991).

78 An den Bundesarbeitsminister richtet sich demgegenüber der Auftrag, bis zum 1.6.1992 einen Gesetzentwurf zur Absicherung der Pflegebedürftigkeit vorzulegen (Koalitionsvereinbarung 1991). Blüms Ziel ist hier die Schaffung eines neuen, eigenständigen Sozialversicherungsweiges, weshalb auf diese Diskussion hier nicht weiter eingegangen wird.

freiheit wären die Ortskrankenkassen als Basisversicherung mit einer i.d.R. schlechteren Risikostruktur, höheren Beitragssätzen und dem Image der Arbeiterzwangsversicherung kaum wettbewerbsfähig. Benachteiligt wären sie insbesondere gegenüber den zentralisierten Angestelltenersatzkassen. Will man hingegen allen Kassen die gleichen Wettbewerbschancen einräumen, müssen Ausgleichsmechanismen für die derzeitige strukturelle Benachteiligung gefunden werden: Zur Debatte stehen der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich und die Regionalisierung der Kassenorganisation bzw. der Beitragssatzkalkulation. Diese diskutierten Lösungen sind zugleich die zentralen Konfliktpunkte in der aktuellen Reformdebatte. Diejenigen Kassenarten, die sich im bisherigen System Wettbewerbsvorteile sichern konnten, sperren sich gegen solche Ausgleichsmechanismen⁷⁹. Ein Weg zur Konfliktlösung zeichnet sich in den Vorgaben der Koalitionsvereinbarung vom Januar 1991 keineswegs ab. Denn danach soll die Organisationsreform die Wahlfreiheit erweitern, aber "unter Wahrung des gegebenen gegliederten Systems", die strukturell bedingten Unterschiede in den Beitragssätzen sollen reduziert werden, aber ohne einen kassenübergreifenden Finanzausgleich. Der neuen Gesundheitsministerin stellt sich damit die Aufgabe der Quadratur des Kreises. Dabei steht die Absage der Koalition an einen kassenartenübergreifenden Ausgleich in einem deutlichen Gegensatz zu den Voten der Experten. Sachverständigenrat (1990: Ziff. 544-602) und Enquete-Kommission (1990) sind beide zu dem Ergebnis gekommen, daß nur ein solcher Ausgleich einer wettbewerbsverzerrenden Risikoselektion entgegenwirken kann.⁸⁰ Gesundheitsministerin Hasselfeldt hat ihrerseits einen ersten öffentlichen Vorstoß in diese Richtung gewagt, indem sie sich für eine Regionalisierung und einen Risikostrukturausgleich aussprach (siehe das Interview im Handelsblatt, 10./11.5.1991b) - womit sie eine erste heftige Kritik auch beim Koalitionspartner FDP auslöste. Ein koalitionsinterner Ausschuß soll nun der weiteren Arbeit an dem Reformplan vorgeschaltet werden.

79 Das sind insbesondere die Ersatzkassen und die Betriebskrankenkassen (vgl. Handelsblatt, 16.5.1991).

80 Kurz vor Beratungsende hatte sich in der Enquete-Kommission allerdings eine Mehrheit (insbesondere aus den Vertretern der Regierungsparteien) auf ein Kompromißmodell geeinigt (Reformoption III), das eine nur "erweiterte Wahlfreiheit" vorsieht, wobei aber auch hier die Einführung eines kassenartenübergreifenden Risikoausgleichs indirekt vorausgesetzt wird (Enquete-Kommission 1990: Ziff. 166, 194/195).

Zum Thema *Krankenhausfinanzierung* gibt es bereits seit Jahren eine breite öffentliche Diskussion, in deren Zentrum zwei Problemkomplexe stehen: Zum einen die duale Finanzierung der Krankenhäuser⁸¹ mit ihrer mangelnden Abstimmung zwischen Krankenhausplanung (durch die Länder) und der Folgekostenfinanzierung (durch die Kassen); zum anderen die selbstkostendeckende Vergütung der Krankenhausleistungen durch die Kassen auf der Basis vollpauschalierter Pflegesätze und dem damit einhergehenden Anreiz zur Ausdehnung der Anzahl der Pfllegetage⁸². Den weitestgehenden Vorschlag zur Reform der Krankenhausfinanzierung unterbreitete 1989 der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat 1989: Ziff. 334 ff., 1990: Ziff. 537 ff.): Die dualistische Finanzierung sollte durch eine monistische ersetzt werden, die Krankenkassen sollten die Finanzierungsverantwortung für Betriebskosten *und* Investitionen übernehmen. Eine solche Maximalforderung lehnte die Regierung bereits im Zusammenhang mit dem Gesundheits-Reformgesetz ab⁸³, und diese Ablehnung wurde durch die Äußerungen der Gesundheitsministerin bestätigt. Der absehbare Widerstand der Länder und der gesundheitspolitische Erfolgsparameter 'Beitragssatzstabilität' stehen einer solchen Strukturveränderung derzeit entgegen, zumal angesichts des großen Nachholbedarfs bei den Krankenhausinvestitionen in den neuen Bundesländern. Ebenso soll daran festgehalten werden, daß die Entgelte der Krankenkassen die Betriebskosten der Krankenhäuser decken. Aber die Entgelte selbst sollen künftig leistungsbezogener kalkuliert werden, Strategien zur Verbesserung von Transparenz und Wirtschaftlichkeit sollen diese Bemühungen begleiten. Amerikanische Modelle bieten Orientierungshilfe, die Diskussion um ihre Vor- und Nachteile unter bundesdeutschen Bedingungen zeigt Skepsis gegenüber den Fallgruppenpauschalen DRG (*Diagnosis Related Groups*) (vgl. Sachverständigenrat 1990: Ziff. 524-526, 1991: Ziff. 77), aber erfolgversprechende Resultate für ein anderes Fallgruppensystem, den "*Patient Management*

-
- 81 Wobei die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen und die Krankenhausplanung Sache der Länder ist, während die Krankenkassen zur Deckung der Betriebskosten über die Pflegesätze verpflichtet sind.
- 82 Die Zahl der Pfllegetage stellt auch bei der Aufstellung des prospektiven Budgets ein entscheidendes Kriterium dar, so daß die Krankenhäuser i.d.R. immer noch auf eine, jetzt allerdings ex-ante kalkulierte Ausdehnung der Verweildauer hinwirken werden.
- 83 Die offizielle Begründung lautete, daß die durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (1984) und die Novellierung der Bundespflegesatzverordnung (1985) geschaffenen Möglichkeiten zur Vereinbarung von Abteilungspflegesätzen und Sonderentgelten erst von den Vertragspartnern genutzt werden sollten (siehe Grupp 1989: 53).

Categories" (PMC)⁸⁴. Bis derartige Verfahren jedoch auf breiter Basis angewandt werden können, sollen Sonderentgelte und Abteilungspflegesätze verstärkt zum Zuge kommen, indem die derzeit geltende Kann-Regelung der Bundespflegesatzverordnung durch bundeseinheitliche Vorgaben ersetzt wird. Die Gesundheitsministerin kündigte entsprechende Verordnungs- und Gesetzesentwürfe für Mitte 1992 an (Krankenhausumschau 1991/4).

Derzeit ist noch nicht absehbar, ob die neuen Reformprogramme die Gewichte zwischen den Akteuren im bundesdeutschen Gesundheitssystem verändern werden. Überlegungen hierzu können nur von den jüngsten Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Gesundheits-Reformgesetz ausgehen. Hier war es die Strategie der politischen Akteure, der Selbstverwaltung neue Verantwortungsbereiche zur Ausübung eigener Regulierungskompetenzen im Rahmen staatlich vorgegebener Richtlinien zuzuweisen (vgl. Döhler 1990a: 499/500 und Kapitel 1, A.1: S. 34/35). Auf politischer Ebene nicht lösbare Konflikte wurden auf diese Weise in die Selbstverwaltung hineinverlagert, um dort in verschiedenen funktionalen Arenen einer Verhandlungslösung zugeführt zu werden. Der bisherige Verlauf der Implementation zeigt jedoch, daß diese Konflikte so kaum lösbar sind. Denn es geht um Verteilungskonflikte, und darum, in den Verhandlungen ein gesetzlich bereits vorgezeichnetes Resultat zu erzielen: Die Ausgaben der Krankenkassen sollen nicht über den Anstieg der Grundlohnsumme hinauswachsen (Beitragssatzstabilität); bei gebremstem Einkommenswachstum, einer steigenden Zahl von Anbietern (Ärztenschwemme) und einem technologischen Fortschritt, der per saldo nicht zu sinkenden, sondern zu steigenden (Produktions-) Kosten führt, bedeutet diese Vorgabe für den einzelnen Durchschnittsanbieter zwangsläufig einen Einkommensverfall. Entsprechend gering ist die Kooperationsbereitschaft der potentiellen Verlierer (hier der Kassenärzte, Krankenhausträger und Apotheker) - mit dem Ergebnis, daß die Verhandlungen entweder völlig blockiert werden (z.B. Krankenversichertenkarte) oder das Verhandlungsergebnis infolge von Konzessionen deutliche Abstriche von den politischen Zielvorgaben vorweist (z.B. Prüfvereinbarungen). In dieser Situation sind auch die Kassen nicht in der Lage, ihre theoretisch gestärkte Verhandlungsposition zu nutzen, zumal die Voraussetzungen zur Begründung ihrer größeren Stärke (Kosten- und Leistungstransparenz) selbst Gegen-

84 Sie lassen sich offenbar durch eine einfachere Art der Patientengruppierung leichter in die bundesdeutsche Krankenhauspraxis umsetzen, vgl. Deutsches Ärzteblatt, 11.4.1991.

stand von Verhandlungen sind. Das aber bedeutet, daß die politischen Akteure den Ball in der nächsten Runde wieder zugespielt bekommen. Die Regierung steht dann vor der Wahl, an der Realisierung der ursprünglichen Reformziele festzuhalten und die Strategien der Implementation zu ändern⁸⁵, oder aber sie nimmt die Implementationsdefizite stillschweigend hin mit der Folge, daß sie bald wieder mit dem noch unge lösten Ausgangsproblem konfrontiert wird. Bei den anhaltenden sozialpolitischen Gegensätzen innerhalb der Koalition dürfte die zuletzt genannte Alternative die wahrscheinlichere sein. Der künftige Problemdruck wird sich dabei durch die Entwicklung in den neuen Bundesländern noch verschärfen, die Schere zwischen der Entwicklung der Grundlohnsumme und den Einkommenserwartungen der Leistungserbringer wird dort noch weiter auseinanderklaffen und noch weniger einer Verhandlungslösung zugänglich sein, welche am Ziel der Beitragssatzstabilität orientiert ist. Damit stellt sich künftig aber zunehmend die Frage nach einer autoritativen Lösung des Verteilungsproblems oder aber einer weitreichenden Privatisierung der Verteilungskonflikte durch eine Privatisierung der Beziehung zwischen Leistungserbringer und Bezahler.⁸⁶

2.2.2 Schweiz

Die Themen der schweizerischen Reformdiskussion unterschieden sich in den vergangenen Jahrzehnten z.T. deutlich von den Themen, welche die bundesdeutsche Diskussion beherrschten. Zum einen klammerte man auf der schweizerischen Bundesebene Fragen zur Regulierung des stationären Sektors beinahe völlig aus⁸⁷, da diese allein in die Kompetenz der Kantone fallen. Zum anderen standen hier stets zwei Fragen zur Debatte, die in der Bundesrepublik Deutschland seit Jahrzehnten positiv

85 Sie kann selbst autoritativ eingreifen oder aber die Gewichte zwischen den Akteuren noch deutlicher zugunsten der Nachfragerseite bzw. der Kassen verändern.

86 Die Spitzenverbände der Krankenkassen kamen im April 1991 zu der Einschätzung, daß die Vollversicherung langfristig durch eine Grundsicherung auf hohem Niveau abgelöst werde (Dienst für Gesellschaftspolitik, 1991/ 15: 2). Ähnliche Vorüberlegungen wurden bereits in der FDP (so der gesundheitspolitische Sprecher der FDP Thomae, vgl. *teleskop* 1991/ 5: 10/11), einigen Berufsverbänden der Ärzte (vgl. Hartmannbund 1991) und bei den Zahnärzten angestellt (vgl. Bieg 1991).

87 Ausgenommen die erwähnte Bestrebung in den letzten Revisionsentwürfen, eine Krankenhausplanung in allen Kantonen verbindlich vorzuschreiben und nur die Krankenhäuser zu Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen zuzulassen, die in diese Planung aufgenommen sind (vgl. Kapitel 2, C.2.1: S. 284, Fußnote 177).

entschieden waren: die Versicherungspflicht und die Finanzierung der Krankenversicherung über lohnprozentuale Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge. Gegenstand einer anhaltenden Diskussion in beiden Ländern waren demgegenüber Fragen des Leistungsausbaus und der Kostenreduktion bzw. der Verbesserung der Finanzierungssituation in den Krankenkassen⁸⁸ (vgl. Kapitel 2, A.2.3). Um die genannten Themen geht es in der Schweiz auch heute noch, doch verschiebt sich die Akzentsetzung durch das nunmehr politisch dominante Problem der "Entsolidarisierung in der sozialen Krankenversicherung" (vgl. Kapitel 2, A.4.1 und A.5: 211-213). Damit aber ergeben sich auch neue Parallelen zwischen der schweizerischen und der bundesdeutschen Reformdiskussion.

Die Verhinderung von Risikoselektion ist das primäre Ziel des aktuell diskutierten Planes zur Reform der Krankenversicherung in der Schweiz. Ausgearbeitet wurde dieser Plan durch eine "Expertenkommission", die sich aus den wichtigsten Verbands- und Behördenvertretern zusammensetzte. Die sogenannte "Kommission Schoch"⁸⁹ legte am 17. Dezember 1990 nach einer fünfzehnmonatigen Beratung ihren Abschlußbericht vor und beendete damit die zweieinhalbjährige "Vorrunde" zur Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs. Abweichend von dem bis dahin üblichen Verfahren war diese "Vorrunde" Mitte 1988 durch einen "Ideenwettbewerb" unabhängiger Sachverständiger eingeleitet worden.⁹⁰ Basierend auf den Gutachten der Sachverständigen hatte der Bundesrat dann seine "Grundsätze für eine Revision der Krankenversicherung" (Bundesrat 1989) entwickelt und der "Kommission Schoch" als Zielvorgabe der Beratungen an die Hand gegeben. Die Kommission hat sich in ihrem abschließenden

88 Die starken (quasiautomatischen) Einnahmesteigerungen der lohnprozentual finanzierten Krankenkassen in der Bundesrepublik ließen die Kostenfrage in der Zeit des Wirtschaftswachstums von 1969-1974 in den Hintergrund treten, nicht aber in der Schweiz, wo die Kostenzunahme eine Erhöhung der Kopfprämien bewirkt, welche untere Einkommensgruppen zunehmend belasten. Außerdem diskutierte man in der Schweiz stets auch die Aufnahme größerer, bislang ungedeckter Risiken in den Leistungskatalog, was ebenfalls mit Überlegungen zu sozialverträglichen Einnahmeverbesserungen gekoppelt werden mußte.

89 Benannt nach ihrem Präsidenten, dem Ständerat Otto Schoch,

90 Üblicherweise wird die "Expertenkommission" unmittelbar mit der Aufgabe betraut, den Gesetzesentwurf auszuarbeiten, wobei es sich bei den "Experten" nicht um unabhängige Sachverständige, sondern primär um Praktiker, d.h. Interessenvertreter und Verwaltungsfachleute handelt. Diesmal wurden die "vier Weisen" vorgeschaltet, und zwar die Gesundheitsökonominnen Pierre Gilliland, Heinz Hauser und Peter Zweifel sowie Alberto Gianetta, Leiter der Abteilung Sozialversicherungen des Departements für Sozialwerke des Kantons Tessin. Am 30. September 1988 übergaben sie dem Bundesrat ihre getrennten Gutachten (vgl. SVS 1989).

Gesetzentwurf eng an die Vorgaben des Bundesrates gehalten (vgl. zum folgenden Expertenkommission 1990). Der Entwurf kombiniert dabei (1) Maßnahmen zur Reform der Organisations- und Finanzierungsstruktur der Krankenkassen mit (2) Maßnahmen des Leistungsausbaus bei gleichzeitig erhöhter Selbstbeteiligung und (3) Maßnahmen zur Kostenreduktion durch eine Verbesserung der Effizienz in der medizinischen Versorgung.

Kern des Reformentwurfs ist eine grundlegende **Änderung zentraler Organisationsmerkmale** der Krankenversicherung mit dem Ziel, dem Wettbewerb unter den Kassen eine neue Orientierung zu geben. Der Prämienwettbewerb soll dabei intensiviert werden, doch sollen günstige Versicherungsprämien nicht mehr, wie bisher, das Resultat einer geschickten Risikoselektion sein. Ebenso wenig sollen Wettbewerbsvorteile durch ein differenziertes, unübersichtliches Angebot von Zusatzleistungen erzielt werden können. Günstigere Versicherungsprämien sollen vielmehr allein das Resultat effizienterer Verwaltungsstrukturen und einer größeren Wirtschaftlichkeit beim Leistungsangebot sein.

Im Zentrum des Planes steht der **Risikoausgleich** zwischen den Krankenkassen. Der Ausgleich findet auf kantonaler Ebene statt, um dem unterschiedlichen Kostenniveau zwischen den Kantonen Rechnung zu tragen. Der Ausgleich erfolgt über einen "Ausgleichsfond" und richtet sich allein nach der Risikostruktur einer Kasse, definiert über den Anteil an älteren Versicherten und Frauen. Kassen mit einem unterdurchschnittlichen Risikoanteil werden zu Einzählern, Kassen mit einem überdurchschnittlichen Risikoanteil zu Empfängern der Mittel aus dem Ausgleichsfond. Die Details eines solchen Ausgleichs sollen dabei von den Versicherern selbst geregelt werden. Der Risikoausgleich wird unterstützt durch die Subventionen des Bundes, die zu einem Drittel für Mutterschaftsleistungen und für den Ausgleich der höheren Kosten älterer Versicherter verwandt werden sollen.

Keinem Versicherten und keiner Krankenkasse darf es erlaubt sein, sich der Teilnahme am Risikoausgleich zu entziehen, weshalb die **Versicherungspflicht** aller Einwohner nun auf Bundesebene eingeführt werden soll. Zudem soll die Solidarität zwischen Alten und Jungen sowie zwischen Männern und Frauen durch eine einheitliche Prämie je Krankenkasse hergestellt werden. Innerhalb derselben Krankenkasse wird es Prämienunterschiede nur noch zwischen Kindern (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) und Erwachsenen sowie zwischen regionalen Versicherungszone geben.

Die einheitliche Erwachsenenprämie je Kasse und der Wegfall bisher möglicher Versicherungsvorbehalte sorgen gleichzeitig für die Realisierung der **vollen Freizügigkeit**. Kollektivversicherungen können theoretisch nur noch in Form von Betriebskrankenkassen weiterbestehen, doch auch diese unterliegen dem Gebot der Freizügigkeit, d.h. dem Zwang, alle Antragsteller unabhängig von der Betriebszugehörigkeit aufzunehmen, wodurch die Kollektivversicherung de facto aufhört zu existieren.

Der Wettbewerb zwischen den Kassen soll schließlich dadurch unterstützt werden, daß alle Kassen nur noch das gleiche Angebot offerieren können und freiwillige Zusatzleistungen und private Zusatzversicherungen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung entfallen. Anerkannten Krankenkassen ist es künftig jedoch erlaubt, private Zusatzversicherungen unter den Bedingungen der Privatassekuranz am Markt anzubieten. Im Gegenzug können Privatversicherer auch die subventionierte Grundversicherung anbieten, wenn sie sich den Regeln der sozialen Krankenversicherung unterwerfen⁹¹.

Bleibt das sozialpolitische Problem, daß die Kopfprämien auch in Zukunft die **wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten** unberücksichtigt lassen und die "soziale Krankenversicherung" hier höchst unsozial zu werden droht. Um dem entgegenzuwirken sieht die Expertenkommission vor, die Bundessubventionen zu zwei Dritteln dafür einzusetzen, die Prämien für bestimmte Einkommensgruppen so weit herunterzsubventionieren, daß sie einen bestimmten Teil des zu versteuernden (Familien-) Einkommens⁹² nicht überschreiten (individuelle Prämienverbilligung).

Die einheitliche Prämie und die Umverteilung der Subventionen zugunsten der wirtschaftlich Schwächeren werden zwangsläufig zur Folge haben, daß die Prämien der jüngeren Versicherten und insbesondere der jüngeren Männer deutlich ansteigen⁹³. Hierzu trägt neben der Umverteilung unter den Versicherten auch eine gewisse **Leistungsausweitung** bei, die allerdings weitgehend in dem Rahmen bleibt, den viele Versicherungen bereits über ihre freiwilligen Mehrleistungen decken. Hierzu gehö-

91 Beides ist im Prinzip heute schon möglich, künftig entfielen jedoch der derzeit noch notwendige Umweg über die Gründung von gemeinnützigen bzw. privaten Tochtergesellschaften.

92 Genannt wird als Beispiel das Limit von 7% des Einkommens.

93 Der Prämienanstieg bei Männern wird auf durchschnittlich 24% geschätzt, der bei Frauen auf 12%.

ren insbesondere Leistungen der spitalexternen Krankenpflege⁹⁴, Präventivmaßnahmen und die subsidiäre Deckung des Unfallrisikos. Neu ist die Aufhebung der zeitlichen Begrenzung für Leistungen im stationären Bereich und die Deckung von Zahnbehandlungen, sofern sie Folge einer schweren Erkrankung sind. Wie im bundesdeutschen Gesundheits-Reformgesetz werden die Leistungsausweitungen jedoch auch hier mit einer Erhöhung der privaten Zuzahlungen, *Franchise* und *Selbstbehalt*, kombiniert: Die Selbstbehalt soll von 10% auf 15% ansteigen (bis zu einem noch festzulegenden Höchstbetrag) und nun auch auf den stationären Bereich ausgedehnt werden⁹⁵, die Anhebung der Jahresfranchise um einen noch zu spezifizierenden Satz muß vom Bundesrat entschieden werden.

Ähnlich wie das bundesdeutsche Gesundheits-Reformgesetz enthält der Entwurf demgegenüber nur wenige Maßnahmen zur *Kostendämpfung* auf Seiten der Leistungserbringer. Auch hier setzt man vor allem auf die effizienzsteigernde Wirkung einer verbesserten *Kosten- und Leistungstransparenz* über den Weg der Vergütungsverhandlungen und *Wirtschaftlichkeitsprüfung*: Im Bereich der *ambulanten ärztlichen Versorgung* soll erstmals eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur hergestellt werden, analog zum "Einheitlichen Bewertungsmaßstab" (EBM) in der Bundesrepublik Deutschland. Gegenstand der kantonalen Verhandlungen zwischen Ärztereinigen und Kassenorganisation wäre dann nur noch der Punktwert selbst. Die Leistungserbringer werden außerdem zu einer verständlichen Rechnungslegung und zur Erteilung aller für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit notwendigen Informationen verpflichtet. Im *stationären Bereich* soll es künftig eine gesamtschweizerisch einheitliche Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik geben, auf deren Grundlage die Kantonsregierung oder der Bundesrat Betriebsvergleiche anordnen können. Steigende Ausgaben im stationären Bereich sollen außerdem nicht mehr einseitig auf die Kassen abgewälzt werden können: Der Entwurf schreibt den Kantonen eine einheitliche Mindestdeckung der Krankenhausbetriebskosten in Höhe von 50% vor. Die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser werden zudem nochmals auf Wirtschaftlichkeit verpflichtet, und den Kassen wird die Möglichkeit eingeräumt, be-

94 Wobei die Krankenkassen von den Leistungen der Spitex und der Pflegeheime nur die "Behandlungspflege" übernehmen, d.h. die Leistungen, die denen im ambulanten Bereich entsprechen.

95 Die Selbstbeteiligung bei Mutterschaft und medizinischer Prävention soll demgegenüber entfallen.

stehende Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern bei schweren Verstößen zu kündigen. Ferner können alternative Formen der Leistungsvergütung und der ambulanten Versorgung praktiziert werden. Im stationären Sektor können die Kantone die Ausgaben durch ein prospektives Globalbudget begrenzen⁹⁶, schließlich sollen auch HMO-Modelle mit eingeschränkter Wahlfreiheit bezüglich des Leistungserbringers zugelassen werden.

In den ersten öffentlichen Reaktionen kritisierten Parteien, Krankenkassen und Gewerkschaften die zu kurz gekommenen kostendämpfenden Elemente (vgl. NZZ, 19.12.1990). Der zuständige Bundesrat, Flavio Cotti, Leiter des Eidgenössischen Departments des Innern, regte mit Eröffnung des Anhörungsverfahrens (Vernehmlassung) an, den Entwurf um effektivere Instrumente zur Kontrolle der Leistungserbringer zu ergänzen, speziell durch weitere alternative Versicherungsmodelle und eine Globalbudgetierung der ambulanten Leistungen.⁹⁷

Der Entwurf wurde von der 26köpfigen Kommission "Schoch" mit 2 Enthaltungen⁹⁸ und 3 Gegenstimmen verabschiedet. Zu den Gegnern gehören neben der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft insbesondere die Vertreter der Schweizerischen Arbeitgeberorganisation und des Schweizerischen Gewerbeverbandes, was die Erfolgsaussichten des Entwurfs erheblich einschränkt, hatte es der Gewerbeverband bei früheren Revisionsversuchen doch stets geschafft, mißliebige Vorlagen spätestens durch ein Referendum zum Scheitern zu bringen.

Angesichts der voraussichtlich mehrjährigen Beratung und ihres ungewissen Ausgangs hat der schweizerische Bundesrat schon jetzt auf dem Verordnungsweg Maßnahmen ergriffen, welche geeignet sind, einerseits alternative, effizienzsteigernde Formen der Krankenversicherung zu erproben und andererseits der fortschreitenden Entsolidarisierung unter den

96 Eine Regelung, die keine Neuerung bringt, denn bereits heute können die Kantone ohne jegliche bundesgesetzliche Vollmacht die Globalbudgetierung einführen, und in einigen Kantonen wird sie bereits praktiziert (siehe Kapitel 2, C.2.2: S. 288).

97 Wodurch offenkundig die bundesdeutsche "Deckelung" der kassenärztlichen Gesamtvergütung eingeführt werden soll. Cotti unterstützt zudem den Minderheitsantrag von 15 Kommissionsmitgliedern, wonach Bundes- oder Landesregierung die Möglichkeit haben sollen, im jeweiligen Zuständigkeitsbereich einen Preis- oder Tarifstopp zu verhängen, wenn die Entwicklung der Kosten pro Versicherten die der durchschnittlichen Angestelltegehälter um mehr als das doppelte übersteigen (vgl. Cotti 1991).

98 Die Enthaltungen stammten von den Kassenvertretern, die vor allem signalisieren wollten, daß sie auf die von ihnen lancierte Verfassungsinitiative nicht verzichten werden.

Versicherten entgegenzuwirken. Zur Verbesserung der Kostensituation wurden im Dezember 1989 zwei neue Versicherungsmodelle für eine Erprobungszeit von fünf Jahren zugelassen: Die HMO ("Health Maintenance Organization") und die Bonus-(Malus-) Versicherung (Verordnung V zum KUVG: Art. 23). Während es sich bei der Bonus-Versicherung lediglich um einen neuen Versicherungstarif mit hohen Anreizen zur Nicht-Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen handelt⁹⁹, sieht das schweizerische HMO-Modell eine Neuordnung der Dreiecksbeziehung Kasse-Arzt-Versicherter vor, die insbesondere den ökonomischen Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge auf Seiten des behandelnden Arztes beseitigen soll.¹⁰⁰ Beide Modellversuche werden mittlerweile von unterschiedlichen Kassen erprobt, die erste HMO wurde im Januar 1990 als "Gesundheitskasse" in Zürich gegründet, im Herbst 1991 werden zwei weitere HMOs eröffnet, eine wiederum in Zürich und eine weitere in Basel. Träger der HMOs sind die Krankenkassen, entweder als Zusammenschluß mehrerer Kassen oder einzeln.

Eine zweite Gruppe von Verordnungen wurde im Dezember 1990 erlassen mit der Zielsetzung, die weitere Entsolidarisierung in der Krankenversicherung mit den derzeit verfügbaren Mitteln einzudämmen. Zum einen sollen die Wettbewerbsvorteile von Kollektivversicherungen und Krankenkassenneugründungen begrenzt und zum anderen die ökonomische Solidarität der Mitglieder innerhalb einer Kasse verbessert werden. So müssen Kollektivversicherungen ihre Mitglieder und deren Familienangehörige in Zukunft auch nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben weiterversichern¹⁰¹; neu gegründete Krankenkassen dürfen

99 Die Ausgangsprämie der Bonus-Versicherung liegt um 10% über der Grundprämie in der normalen Krankenversicherung. Für jedes schadensfreie Jahr wird nach dem Muster des Schadensfreirabattes in der Autoversicherung ein Bonus gewährt. Im Verhältnis zur (mit dem allgemeinen Kostenanstieg steigenden) Grundprämie beträgt der Rabatt 15% im ersten "schadensfreien" Jahr sowie jeweils zusätzliche 10%-Punkte in den folgenden Jahren bis zur maximalen Bonusstufe. Bei Inanspruchnahme der Versicherungsleistung in einem Jahr fällt man automatisch zurück in die nächst teurere Versicherungsstufe.

100 Die bisherigen schweizerischen HMO-Projekte konzentrieren sich auf den Bereich der ambulanten, primärärztlichen Versorgung. Nach dem Programm der ersten HMO, des Züricher "Gesundheitsplans HMO", sollen die Ärzte ein breites Spektrum auch alternativer Behandlungsweisen anwenden können, die Entwicklung von Facharztüberweisungen und Krankenhauseinweisungen sollte im ständigen Dialog mit den Managern der HMO kontrolliert werden. Zur Konzeption und den anfänglichen Konflikten vgl. TA, 1.2.1990 und NZZ, 15.2.1990.

101 Bis dahin war es üblich, daß die Mitglieder dann von der Kollektivversicherung in die allgemeine Versicherung derjenigen Krankenkasse wechselten, mit der auch der Kollektiv-

eine bestimmte, amtlich festgelegte Mindestprämie und eine erhöhte Mindestreserve nicht unterschreiten; innerhalb einer Krankenkasse darf die höchste Erwachsenenprämie maximal doppelt so hoch sein wie die niedrigste (Vorordnung I zum KUVG, Art. 13a Abs. 3^{bis} neu). Die zuletzt genannte Maßnahme wird durch einen neuen Verteilungsschlüssel für die Bundessubventionen unterstützt, welcher die Zahl der Frauen und älteren Versicherten stärker berücksichtigt (BSV 1990).

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die schweizerische Reformstrategie im Hinblick auf Kostendämpfung der bundesdeutschen in zweierlei Hinsicht ähnelt: Auch in der Schweiz sollen die Versicherten ihren Beitrag zur Kostendämpfung sofort leisten, und zwar über eine deutlich erhöhte Selbstbeteiligung, die durch den gleichzeitig ausgeweiteten Leistungskatalog nicht kompensiert wird; der Beitrag der Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich hinge demgegenüber auch hier davon ab, ob die geplante Verbesserung der Kosten- und Leistungstransparenz zu einer stärkeren Position der Kassen bei den Vergütungsverhandlungen und in der Wirtschaftlichkeitsprüfung führen würde, so daß hierüber Einsparpotentiale realisiert werden könnten. Anders als in der Bundesrepublik wird die Implementation der Transparenzvorschriften in der Schweiz keinem Organ einer gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen,¹⁰² doch entspricht es der schweizerischen (verbands-) politischen Praxis, derartige Neuerungen auf einer konsensualen Basis zu regeln.

Kostendämpfende Maßnahmen, die die herkömmliche Beziehungsstruktur zwischen Anbietern, Nachfragern und Bezahlern in der medizinischen Versorgung verändern, waren in der Bundesrepublik auf den Arzneimittelbereich beschränkt, in der Schweiz ist es hingegen der Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die punktuelle Errichtung von HMOs erscheint dabei durchaus geeignet, nicht nur die Beziehungsstruktur der unmittelbar an der HMO beteiligten Akteure (Kassen, Versicherte, Ärzte) zu verändern. Bei positiven Resultaten der HMO sind vielmehr langfristige Rückwirkungen auch auf den niedergelassenen Arzt nicht auszuschließen, z.B. durch den Vergleich seiner Behandlungs- und Ver-

vertrag abgeschlossen worden war.

102 Das KUVG schreibt die Bildung gemeinsamer Organe der Selbstverwaltung nur für das nach der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Kassen einzuleitende Schiedsverfahren vor. Damit haben die schweizerischen Kassen prinzipiell eine stärkere Position im Prüfverfahren, da die notwendigen Informationen direkt bei ihnen zusammenlaufen und durch sie ausgewertet werden (siehe Kapitel 2, B.2 und C.1.2).

ordnungsweise mit der Qualität und Quantität der Versorgung in der HMO¹⁰³.

Eine grundlegende Strukturveränderung sieht der schweizerische Reformentwurf jedoch vor allem bei der Organisation der Krankenversicherung vor. Ziel dieser Veränderungen ist nicht Kostendämpfung, sondern soziale Gerechtigkeit bzw. eine sozial gerechte Verteilung der Lasten der Krankenversicherung. Zur Realisierung dieses Ziels werden die Handlungsspielräume der Kassen hier nun nicht erweitert, sondern eingengt, und zwar bei der Gestaltung des Leistungsangebots ebenso wie bei der Einflußnahme auf den eigenen Versichertenkreis. Anders als in der Bundesrepublik kommt der Protest gegen einen kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich nicht von Seiten der Kassen selbst¹⁰⁴, sondern von der Arbeitgeber- und Gewerbesseite, die, obwohl nicht direkt betroffen, gemeinsam mit den Zahnärzten gegen den Kommissionsentwurf stimmte. Diese Ablehnung gründet auf den gegensätzlichen ordnungspolitischen Vorstellungen dieser Minderheit im Verhältnis zur Mehrheit: Ihre Alternative zu Zwangsversicherung und begrenzten Entscheidungsfreiheiten ist die "Stärkung der Eigenverantwortlichkeit" durch erhöhte Kostenbeteiligung der Versicherten und die Durchbrechung der "Anspruchsspirale"¹⁰⁵. Ihr Ziel ist damit eine weitergehende Privatisierung anstelle der im Reformentwurf vorgesehenen staatlichen Regulierung.

103 So könnte z.B. eine geringere Zunahme der verordneten Arzneimittel in HMOs bei einer größeren Beratungsintensität den Kassen Hinweise geben auf Unwirtschaftlichkeiten im Bereich der freien ärztlichen Praxis.

104 Die Kollektivversicherung als eine Form der Risikoselektion führte zur Segregation von Risiken auch innerhalb ein und derselben Kasse mit der Folge, daß große Kassen hiervon kaum Vorteile hatten, wohl aber ein "ruinöser Wettbewerb" unter den Kassen gefördert wurde. Ob der kassenübergreifende Risikoausgleich den Trend zur Konzentration stoppen kann, mag dahingestellt bleiben. Sicherlich aber unterbindet er die Risikoselektion durch Neugründungen, was die großen und die alteingesessenen kleinen Kassen gemeinsam begrüßen dürften.

105 Dem entsprach bisher auch die Position der Schweizerischen Ärzteverbindung (FMH), die dem Kommissionsvorschlag jedoch u.a. aus Opposition zur Initiative der Krankenkassen zugestimmt hatte. Nicht auszuschließen ist, daß ihre Unterstützung des Expertenentwurfs hinfällig wird, wenn die Initiative der Krankenkassen scheitert, zumal der Entwurf der Kommission Schoch unter den Mitgliedern der FMH sehr umstritten ist.

2.2.3 Die bundesdeutsche und schweizerische Reformpolitik im Vergleich

In der ersten Ländergruppe - Italien, Großbritannien, Frankreich - bildete der *stationäre Sektor* als größter Ausgabenblock den zentralen Ansatzpunkt zur Kontrolle der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem. In der zweiten Gruppe - Schweiz, Bundesrepublik Deutschland - sind Reformbestrebungen in diesem Bereich nur in enger Abstimmung mit den föderalen Hoheitsträgern möglich. Wie oben bereits ausgeführt verfügt die schweizerische Bundesregierung über keine eigenständigen Regulierungskompetenzen im stationären Sektor, Maßnahmen zur Kostendämpfung sind hier allein Sache der Kantone, deren Übereinstimmung Voraussetzung dafür ist, daß solche Maßnahmen in ein nationales Programm aufgenommen werden. Demgegenüber erhielt die deutsche Bundesregierung zwar 1969 die konkurrierende Gesetzgebung für die "wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze" (Artikel 74 Nr. 19a Grundgesetz), doch diese größere Kompetenz kann auch sie nur mit Zustimmung der Länder ausüben.

Im Ergebnis führte denn auch die weitergehende Zuständigkeit der deutschen Bundesregierung zu keiner entschiedeneren Kostendämpfungspolitik. Vielmehr zielten die neuen Bundeskompetenzen zunächst auf eine Deckung des investiven Nachholbedarfs. Voraussetzung war die Anerkennung der staatlichen Verantwortung für den Ausbau und Erhalt der Infrastruktur im stationären Bereich. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 legte die gemeinsame Verantwortung von Bund und Ländern für Krankenhausinvestitionen und -planung fest, mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 wurde die gemeinsame Zuständigkeit durch die alleinige Verantwortung der Länder abgelöst. Damit aber war eine den schweizerischen Verhältnissen vergleichbare Situation hergestellt worden: Investitionsfinanzierung und Krankenhausplanung sind nunmehr hier wie dort Sache der föderalen Hoheitsträger, eine Koordination auf nationaler Ebene findet nicht statt (vgl. Jung 1985a: 41, 44, 49 und Kapitel 1, C.2). Im Tausch für ihren Einflußverlust im planerischen Bereich erlangte die Bundesregierung jedoch eine Stärkung der Kassenposition bei den Pflege-satzvereinbarungen: Seit 1986 werden die Pflegesätze nicht mehr administrativ durch die Länder festgelegt, sondern in Verhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern vereinbart. Wie in Deutschland vor 1933 werden die Pflegesätze nun wieder allein von den Vertragspartnern vereinbart. Die vereinbarten Pflegesätze sind allerdings weiterhin (aufsichts-

rechtlich) von den Ländern zu genehmigen, womit jedoch auch in dieser Beziehung eine der Schweiz vergleichbare Situation realisiert worden ist.

Die weitergehende Kompetenz der Bundesregierung hatte so vor allem zum Ergebnis, daß Finanzierungs- und Verhandlungsmechanismen etabliert wurden, welche sich in der Schweiz, ungetrübt von einer nationalsozialistischen Vergangenheit, seit vielen Jahren hatten entwickeln können. Es gelang aber nicht, diese Kompetenz zur Durchsetzung wirksamer Kostendämpfungsmaßnahmen im stationären Bereich zu nutzen, derartige Initiativen scheiterten i.d.R. am Widerstand der Länder. Demgegenüber erweisen sich die Schweizer Kantone nicht als Bremser, sondern weit eher als Promotoren kostendämpfender Programme im stationären Bereich. Dieses entgegengesetzte Interesse erklärt sich unschwer aus ihrer Beteiligung an der Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten. Das macht zugleich deutlich, daß nicht die duale Finanzierung an sich bereits einer Effizienzsteigerung im Wege steht, wohl aber die Trennung der Verantwortlichkeiten für Investitionen einerseits und Folgekosten andererseits.

Bezogen auf den stationären Sektor zeichnen sich daher zwei unterschiedliche Reformstrategien in beiden Ländern ab: In der Schweiz gehen Reforminitiativen i.d.R. von den Kantonen aus und weisen eine vergleichsweise große Variationsbreite auf (unterschiedliche Pflegesatzformen, Globalbudget). Eine bundesweite Regelung wird hier erst anvisiert, wenn der Erfolg der Kostendämpfungspolitik auf kantonaler Ebene ein koordiniertes Vorgehen mit anderen Kantonen voraussetzt¹⁰⁶. Insbesondere, wenn zwischen den Kantonen wohl eine Mehrheit, aber keine Einstimmigkeit herzustellen ist¹⁰⁷, zielt man auf eine punktuelle Regelung durch den Bund, die jedoch keine generelle Kompetenzverlagerung bedeutet. In der Bundesrepublik Deutschland gehen Kostendämpfungsinitiativen demgegenüber vom Bund aus, der vor allem die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen vor Augen hat, welche die alleinige Last der Betriebskosten im stationären Bereich tragen. Der Bund muß für seine Initiativen die politischen Mehrheiten in den Ländern suchen, und zwar nicht zuletzt mit Hilfe von Kompensationsangeboten (z.B. Verzicht auf die Mitbestim-

106 Z.B. bei der Realisierung von Kosten- und Leistungstransparenz über eine einheitliche, gesamtschweizerische Kostenstellenrechnung und über einen einheitlicheren Modus der Defizitdeckung durch die Kantone.

107 Bei Einstimmigkeit kann die Koordination durch die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz erfolgen.

mung in der Krankenhausplanung). Die so verabschiedeten Maßnahmen gelten zwangsläufig einheitlich für die gesamte Bundesrepublik, das Spektrum der erprobten Neuerungen bleibt entsprechend kleiner als in der Schweiz. Der Entscheidungsspielraum der Länder bzw. der Kantone wurde dabei zuletzt weder in der Bundesrepublik noch in der Schweiz merklich beeinträchtigt, so bleibt z.B. die beabsichtigte Stärkung der Kassen durch das neue Kündigungsrecht zur Zeit eine weitgehend kosmetische Maßnahme.¹⁰⁸

Im Bereich der *ambulanten ärztlichen Versorgung* zielen die Reformer in der Schweiz und in Deutschland gleichermaßen auf eine Stärkung der Kassen durch größere Transparenz und verbesserte Wirtschaftlichkeitsprüfungen, wobei die Vorgaben des deutschen Gesundheits-Reformgesetzes ungleich präziser und detaillierter sind als die im Entwurf der schweizerischen Expertenkommission. Die Implementation dieser verfeinerten Verfahren wurde in Deutschland den Organen der gemeinsamen Selbstverwaltung übertragen, während der vorliegende schweizerische Plan hierzu kaum Vorgaben enthält. Eine schwächere Kodifizierung korporatistischer Strukturen und konsensualer Entscheidungsmechanismen in der Schweiz bedeutet aber nicht, daß konfliktträchtige Probleme hier eher durch einseitige Entscheidungen, z.B. allein seitens der Kassen gelöst werden. Vielmehr erscheint sie eher als Ausdruck der größeren Selbstverständlichkeit, mit der einvernehmliche Lösungen hier auch ohne formal vorgeschriebene Verfahren gesucht werden. Damit dürfte aber auch in der Schweiz die geplante Stärkung der Kassenposition nur so weit realisierbar sein, wie die niedergelassenen Ärzte hiervon keine Gefährdung ihrer Einkommensposition befürchten müssen.

Grundlegende Unterschiede zeigen sich jedoch in den jeweiligen Maßnahmen, die zu einer im Ansatz *strukturellen Neuordnung* der Beziehung zwischen Leistungserbringern und Kassen führen: die *HMO* in der Schweiz und die *Arzneimittelfestbeträge* in der Bundesrepublik. Keine der beiden Maßnahmen hat ein Pendant im jeweils anderen Land, und mehr noch, die jeweils andere Maßnahme erscheint im eigenen Land politisch gar nicht erst thematisierbar - ein länderspezifisches Tabuthema.

108 Das neue Kündigungsrecht der Kassen setzt in Deutschland die Zustimmung des jeweiligen Landes voraus. In der Schweiz soll der vorausgehende Betriebsvergleich von den Kantonen oder dem Bund durchgeführt werden, und auch hier dürften die Kantone kaum daran interessiert sein, die Krankenkassen in die Lage zu versetzen, den Vertrag mit kantonalen Krankenhäusern zu kündigen.

So wurde die HMO als Alternative zur Versorgung durch den niedergelassenen Arzt in der Bundesrepublik auf politischer Ebene offiziell nie angesprochen, in der Schweiz war sie hingegen diskutier- und verhandelbar mit dem Ergebnis, daß HMOs auf Versuchsbasis eingeführt werden können. Das bundesdeutsche Tabu ist jedoch erklärlich, schaut man sich das verflochtene rechtliche und vertragliche Gefüge zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen an: Sicherstellungsauftrag, Gesamtvergütung und Sachleistungsprinzip, ergänzt durch den vereinbarten Honorardeckel der letzten Jahre. Dieses Gefüge hat sich als vergleichsweise reaktionsfähig und stabil erwiesen, ein größerer politischer Problemdruck konnte hier stets so weit aufgefangen werden, daß weitergehende staatliche Interventionen vermieden wurden. Die Einführung des HMO-Modells würde jedoch am entscheidenden Fundament dieses Gefüges, dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, etwas herausbrechen. Die Folgen einer dadurch veränderten Akteurkonstellation und veränderter Regelungsmechanismen wären nicht absehbar. Vor einem solchen Schritt scheuen die Politiker aller Richtungen gleichermaßen zurück¹⁰⁹ (vgl. Döhler 1990b: 22-27, Hauser/ v.d. Schulenburg 1988). Demgegenüber bilden staatliche Restriktionen im Arzneimittelsektor offensichtlich ein schweizerisches Tabuthema. Festbeträge, die den schweizerischen Referenzpreis für Arzneimittelimporte am Weltmarkt herunterdrücken und den Exportumsatz reduzieren könnten (vgl. Kapitel 2, C.3.3), bleiben auch hier in der politischen Diskussion außen vor.

Die geringen politischen Möglichkeiten beider Regierungen, die Kostensteigerungen in ihren Ursachen zu bekämpfen, haben schließlich zu einem *Folgeproblem* geführt, das seinerseits eine neue Variante der Reformdiskussion ausgelöst hat. In beiden Versicherungssystemen haben

109 Hinzu kommt die offensichtlich traumatische, historische Erfahrung der Ärzte mit den Kassenambulatorien der Weimarer Republik. Vor diesem Hintergrund wurden denn auch jüngst in den neuen Bundesländern alle standespolitischen Hilfen mobilisiert, um den Ärzten aus den ehemaligen DDR-Ambulatorien und -Polikliniken den Weg in die freie Praxis zu weisen, mit Erfolg. Ein halbes Jahr nach dem Beitritt haben sich ca. 10.000 Ärzte niedergelassen. Für die nicht niederlassungswilligen bzw. -fähigen Ärzte bieten sich derzeit nur wenige, politisch geschützte Nischen (z.B. Brandenburg), in denen Ambulatorien eine Bestandschance haben. Innerhalb der KBV sind die Fronten jedoch jüngst ins Wanken geraten, nachdem hier die Forderung lauter wird, Anstellungsverhältnisse in der Arztpraxis zuzulassen. Vorgebracht wird diese Forderung teils von jungen Ärzten (insbesondere Frauen), teils von eingesessenen niedergelassenen Ärzten, die lieber einen Arzt anstellen würden, als einen Teilhaber in die (gute gehende) Praxis zu holen. Ein neuer KBV-Vorschlag sucht nun den dritten Weg zwischen öffentlichen Ambulatorien und freier Niederlassung (vgl. Christian 1991).

die überproportionalen Ausgabensteigerungen der Krankenkassen in Verbindung mit der steigenden (räumlichen und sozialen) Mobilität der Bevölkerung dazu geführt, daß sich die Versicherten (bzw. ihre Arbeitgeber) heute stärker am "Preis" der Versicherung orientieren. Da nun die Beitragssätze der Kassen weitgehend von ihrer Risikostruktur bedingt sind, hat ein entsprechender Wettbewerb um die günstigen Risiken begonnen: Bundesdeutsche Arbeitgeber gründen zunehmend neue Betriebskrankenkassen und nehmen damit den Ortskrankenkassen die günstigen Risiken¹¹⁰; schweizerische Krankenkassen warben bislang mit Kassenneugründungen und dem Angebot von Kollektivversicherungen um diese Versichertengruppen. Das Ergebnis ist, daß mit den zunehmenden Ungleichgewichten in der Risikostruktur die Beitragssätze bzw. Prämien zunehmend auseinanderklaffen, daß aber zudem die Kassen mit den höchsten Beitragssätzen (bzw. Prämien) und den schlechteren Gesundheitsrisiken zumeist auch die Mitglieder mit dem geringeren Durchschnittseinkommen haben.¹¹¹ Dieses offenkundige sozialpolitische Ungleichgewicht stellt die Politiker beider Länder nun vor die neue Aufgabe, die *Struktur der Krankenversicherung* so zu verändern, daß eine "gerechtere", sprich gleichmäßigere Verteilung der Einkommensbelastung für die Versicherten realisiert wird. In beiden Ländern muß eine solche Strukturreform jedoch zunächst versuchen, die Kassen selbst nicht in ihrer Existenz zu gefährden, um nicht von vornherein die Opposition des einen oder anderen Versichertenkreises zu mobilisieren. Eine derartige Bestandsgarantie kann jedoch entweder nur durch Kassenzwang hergestellt werden - den es aber gerade abzubauen

110 Die Neugründung von Betriebskrankenkassen wurde in der Bundesrepublik durch die Abschaffung des § 520 Reichsversicherungsordnung (RVO) beschleunigt. Die Höhe des Arbeitgeberbeitrages richtete sich bis dahin nach dem ortsüblichen AOK-Satz. Der neue § 249 Absatz 1 SGB V bestimmt nunmehr den Beitragssatz der tatsächlichen Krankenkasse des Versicherten als maßgeblich für die Kalkulation des 50%igen Arbeitgeberanteils. Unternehmen mit einer günstigen Risikostruktur (d.h. günstigen Gesundheitsrisiken und hoher Grundlohnsumme) können durch Gründung einer Betriebskrankenkasse nun deutliche Ersparnisse bei den Lohnnebenkosten erzielen. (Ich danke Günter Verhees für diesen Hinweis.)

111 Was in den beiden Ländern auf teilweise unterschiedlichen Wirkungszusammenhängen beruht: In der Bundesrepublik können Kassen aufgrund der einkommensabhängigen Beitragssätze bei einer hohen Grundlohnsumme die gleichen Leistungen mit niedrigeren Beitragssätzen finanzieren als Kassen mit einer niedrigen Grundlohnsumme. In der Schweiz führt bei einkommensunabhängigen Versicherungsprämien die Überalterung der Kassen und die damit verbundene Konzentration schlechter Gesundheitsrisiken zu hohen Ausgaben und hohen Prämien, die von älteren Versicherten mit i.d.R. geringeren Einkommen zu tragen sind.

en gilt - oder aber durch einen kassenartenübergreifenden Risikostruktur- ausgleich. Letzteres ist denn auch nach einhelliger Meinung der Experten in beiden Ländern das Patentrezept zur Lösung des Problems. Die Hindernisse bei der Umsetzung dieser Lösung erscheinen in der Bundesrepublik derzeit jedoch noch ungleich größer als in der Schweiz, nicht zuletzt deswegen, weil die Unterscheidung in Gewinner- und Verliererkassen in der Bundesrepublik mit den zentralen Trennungslinien in der gegliederten Krankenversicherung zusammenfallen: Ortskrankenkassen wären tendenziell die "Gewinner", Betriebs- und Ersatzkassen die "Verlierer" eines solchen kassenartenübergreifenden Ausgleichs. Damit stehen die gewichtigen Opponenten gegen einen kassenartenübergreifenden Ausgleich bereits zu Anfang der Reform fest (Betriebskrankenkassen, Ersatzkassen und FDP) und die theoretisch greifbare Problemlösung erweist sich als z.Zt. politisch nicht durchsetzbar. In der Schweiz sieht die Situation von der Kassenseite her hingegen deutlich günstiger aus. Die bereits bestehenden, im Vergleich zur Bundesrepublik sehr weitgehenden Freizügigkeitsregelungen haben zu einer Mischung der Versichertenstruktur insbesondere in den großen, nationalen Krankenkassen geführt. Durchbrochen wird diese gemischte Struktur vor allem an ihren Rändern, bei Kassenneugründungen und Kollektivversicherungen. Davon aber ist der Kern des Versichertenbestandes in großen nationalen Krankenkassen ebenso wie in kleineren Traditions-kassen negativ betroffen, und das heißt umgekehrt, daß beide Kassenarten hoffen können, mit dem geplanten Strukturausgleich ihren älter werdenden Versichertenbestand besser schützen zu können bzw. als Kasse keine Wettbewerbsnachteile durch diesen Bestand haben zu müssen. Verlierer wären die Kassenneugründungen, die kaum das politische Gewicht der Traditions-kassen haben bzw. noch gar nicht in Erscheinung treten können.

Insgesamt läßt sich weder in der Bundesrepublik Deutschland noch in der Schweiz ein Rückzug des Staates aus der Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung beobachten. Vielmehr zeichnet sich eher eine Zunahme der regulierten Bereiche ab, indem neue Fragen in den Regulierungskatalog aufgenommen werden, ohne daß alte Fragen aus ihm eliminiert werden. Die Gewichtsverteilung zwischen Bundesebene und föderaler Ebene bleibt dadurch jedoch unberührt. Die tendenzielle Stärkung der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Bundesrepublik findet auf der formalen Ebene kein Pendant in der Schweiz. Fraglich ist aber, ob die bundesdeutsche Form der Problemlösung Bestand haben kann angesichts der sich abzeichnenden Entscheidungsblockade in der Selbstverwaltung.

Anzunehmen ist, daß über kurz oder lang die anstehenden Verteilungsentscheidungen von der Selbstverwaltung wieder an die Politiker, insbesondere an die Bundesregierung zurückgegeben werden.

3. Zur Dynamik gesundheitspolitischer Reformen

3.1 Medizinische versus ökonomische Rationalität

Das derzeitige Ringen um Kostendämpfung in den westeuropäischen Gesundheitssystemen ist Ausdruck eines sich verschärfenden Verteilungskonfliktes zwischen den verschiedenen Sektoren der Gesellschaft. Das seit Mitte der 1970er Jahre verringerte Wirtschaftswachstum verkleinert auch die Finanzierungsspielräume für überproportional steigende Kosten im Gesundheitswesen. Die Kostensteigerungen können nicht mehr aus den Wachstumsraten finanziert werden, und Mehrausgaben sind damit zwangsläufig mit realen Kürzungen in anderen Ausgabenbereichen verbunden.¹¹² Dabei ist ein Ende des steigenden Mittelbedarfs für die Gesundheits- bzw. Krankenversorgung nicht abzusehen.

Dieser Verteilungskonflikt zwischen den gesellschaftlichen Sektoren läßt sich auch als Konflikt zwischen zwei unterschiedlichen verhaltenssteuernden Rationalitäten beschreiben: zwischen der "medizinischen Rationalität" auf der einen und der "ökonomischen Rationalität" auf der anderen Seite. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Spezialisierung des medizinischen Wissens, ständig differenzierterer Diagnosetechniken und Behandlungsverfahren und der steigenden Erwartungen an Heil- und Therapieerfolge führt die medizinische Rationalität dazu, eine zunehmende Zahl physisch-psychischer Befindlichkeiten als Behandlungsanlaß zu defi-

112 Und dies gilt für staatlich finanzierte und regulierte Gesundheitssysteme ebenso wie für solche, die im Grundsatz privat finanziert werden müssen. In den USA können die steigenden Prämien der privaten Versicherungen vielfach nicht mehr von kleineren mittelständischen Unternehmen für die Absicherung ihrer Arbeitnehmer bezahlt werden, ebenso wenig können sie sich Familien mit einem mittleren Einkommen privat leisten. Im Ergebnis führt dies zu einer steigenden Zahl von Personen ohne Krankenversicherung, laut Reinhardt (1991: 96) sind es derzeit 30-37 Millionen Amerikaner. Damit wäre ein Bevölkerungsanteil von ca. 12% bis 15% ohne jegliche Krankenversicherung (bezogen auf die Bevölkerungszahl von 1988).

nieren.¹¹³ Sie ist aus sich heraus nicht in der Lage, Grenzen des Wachstums für das Gesundheitssystem zu bestimmen und fordert einen dementsprechend immer größeren Anteil an gesellschaftlichen Ressourcen für die selbst gestellten Aufgaben¹¹⁴. Dem steht der ökonomische Imperativ gegenüber, begrenzte Ressourcen so einzusetzen, daß ein maximaler Nutzen realisiert wird. Der steigende Einsatz gesellschaftlicher Ressourcen für das Gesundheitswesen gerät in Konflikt mit diesem Postulat, da Knappheitsprobleme in anderen Bereichen erzeugt werden, ohne daß der zusätzliche Ressourceneinsatz in den Gesundheitssystemen der westlichen Industrieländer heute noch die großen Erfolge hervorzubringen vermag, die am Anfang der modernen Medizin standen (vgl. McKeown 1982, Kocher/ Rentchnick 1980).

Die aktuellen Reformen und Reformdiskussionen im Gesundheitssystem sind mithin als Versuch zu interpretieren, den Konflikt zwischen der medizinischen und der ökonomischen Rationalität zu lösen. Die Regierungen in allen Ländern sind dabei zunächst bestrebt, diesen Konflikt partiell von der kollektiven auf die individuelle Ebene (zurück) zu verlagern, indem sie Selbstbeteiligungen bei verschiedenen Leistungen neu einführen oder erhöhen sowie bisherige Leistungen einschränken oder aus dem Katalog der Pflichtleistungen entfernen. 1988 zeigten die Schweiz, Italien und Frankreich die höchsten Selbstbeteiligungsquoten (CH: 24,4%, I: 18,2%, F: 17,1%), die niedrigsten gab es in Großbritannien und in der Bundesrepublik Deutschland (GB: 13,2%, D: 11,1%)¹¹⁵. Überproportional stieg dabei der Anteil der privaten Selbstbeteiligung an den Gesundheitsausgaben in Großbritannien und Frankreich, ein leichter Anstieg zeigt sich bis 1988 auch in der Bundesrepublik, dem ein

113 Die Vermutung, daß auch verschlechterte Umweltbedingungen zur verstärkten Nachfrage führen, läßt sich anhand der Primärkontakte (Originalkrankenscheine) nicht erhärten (vgl. Kapitel 1, C.1.1: S. 98, vgl. auch Kapitel 4, A.6.2.2: S. 464).

114 Zur soziologischen Perspektive vgl. Luhmann (1983), zur ökonomischen Reinhardt (1985), zur Analyse der medizinischen Spezialisierung vgl. auch Prätorius (1990).

115 Siehe Schneider (1990: F.3.1), ergänzt durch vorläufige Neuberechnungen von Schneider/ Basys vom Juli 1991. "Selbstbeteiligung" ist hier definiert als alle privaten Ausgaben (gesetzlich verfügte Selbstbeteiligung und Selbstmedikation), ohne private Versicherungsprämien. Die privaten Versicherungsprämien sind dabei aber insbesondere in der Schweiz stark angestiegen und haben dazu geführt, daß trotz gleichbleibender, prozentualer Selbstbeteiligung an den Kosten der ambulanten Versorgung der Anteil der Selbstbeteiligung an den Gesundheitsausgaben gesunken ist.

sprunghafter Anstieg um zwei Prozentpunkte im Jahr des Gesundheits-Reformgesetzes 1989 folgte (1988: 11,1% - 1989: 13,1%).¹¹⁶

Die Rückverlagerung der Finanzierungsverantwortung in den privaten Bereich wird dabei nicht nur als fiskalische Maßnahme, sondern auch als Instrument zur Kostendämpfung deklariert. Dabei geht man davon aus, daß der individuelle Konsum der Gesundheitsleistungen infolge der kollektiven Umlagefinanzierung tendenziell unbegrenzt wächst und diese "Anspruchsinflation" seitens der Nachfrager die heutige Kostenexplosion im Gesundheitswesen mitbestimmt (Herder-Dorneich 1983). Konsumsteuernde Preiselemente sollen daher helfen, den "wahren" Bedarf an medizinischer Versorgung zu trennen von dem Bedarf, den die einzelnen nur deswegen anmelden, weil der Konsum medizinischer Leistungen für sie ohne individuell wahrnehmbare Kosten ist. Die Reformer sollen nun den gesundheitspolitischen Balanceakt vollbringen, die Selbstbeteiligung quasi als Prohibitionspreis für medizinisch nicht "bedürftige" Nachfrager festzusetzen, ohne gleichzeitig die "wahren Bedürftigen" fernzuhalten, welche aufgrund der nun privat zu tragenden Kosten keine Behandlung nachfragen oder sie erst im fortgeschrittenem Krankheitsstadium in Anspruch nehmen, letzteres dann u.U. mit weit höheren Folgekosten¹¹⁷. Tatsächlich gibt es bis heute aber keine empirisch fundierten Erkenntnisse darüber, welcher Teil der Mengenexpansion im Gesundheitswesen nachfrage- und welcher angebotsinduziert ist (Wille/ Ulrich 1991). Entsprechend fehlen eindeutige Kriterien für den Einsatz der Selbstbeteiligung als Instrument zur Steuerung der Mengen- und Preisentwicklung im Gesundheitswesen.

116 Ein Vergleich der Daten in Schneider u.a. (1989: Übersicht F.3.1) und der hier zitierten Daten aus Schneider (1990: ebenfalls Übersicht F.3.1) in ihrer Neuberechnung vom Juli 1991 zeigt allerdings die starke Abhängigkeit der berechneten Anteile von der Definition der "Gesundheitsausgaben". In der letzten Fassung wurden die Gesundheitsausgaben um neu ermittelte Ausgaben für die Pflege erweitert, wodurch sich zum einen die Anteilswerte erheblich veränderten, zum anderen aber sich in Frankreich und Italien auch die Entwicklungstendenz in eine jeweils andere Richtung umkehrte. Die nunmehr sinkenden privaten Ausgabenanteile in Italien widersprechen dabei den früheren Berechnungen von Schneider und Piperno (siehe Kapitel 4: S. 419, Fußnote 2). Nicht auszuschließen ist, daß die in Italien ab 1983 erfolgte Neuberechnung (und rechnerische Vergrößerung) des Bruttosozialprodukts in den zugrundegelegten italienischen Statistiken nicht zurückgerechnet wurde, wodurch der in der jüngsten Berechnung sinkende Anteil der privaten Selbstbeteiligung in erster Linie ein Ausdruck dieser statistischen Neudefinition wäre (ich danke Herrn Schneider für die mündlichen Erläuterungen und die Übermittlung der neuesten Berechnungen).

117 Als Beispiel dieser Diskussion um die richtige Höhe der Selbstbeteiligung vgl. Sommer/ Leu (1984).

Auch ein Vergleich der hier untersuchten Länder läßt keine Aussagen über den kostendämpfenden Effekt der Selbstbeteiligung zu: Alle Länder stehen vor dem Problem der Kostenentwicklung, und zwar sowohl diejenigen mit einer traditionell hohen als auch diejenigen mit einer traditionell niedrigen Selbstbeteiligung; mehr noch - das durchschnittliche jährliche Wachstum der direkten Gesundheitsausgaben in den Ländern mit einer traditionell hohen Selbstbeteiligung, Schweiz und Frankreich, lag 1980 bis 1987 deutlich über dem Wachstum der Ausgaben in der Bundesrepublik Deutschland, dem Land mit der niedrigsten durchschnittlichen Selbstbeteiligungsquote in diesem Zeitraum¹¹⁸. Ebenso wenig hat offensichtlich die mit der Gesundheitsreform 1989 neu eingeführte Kostenbeteiligung zu einer Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens geführt. Im ersten Quartal 1991 sind die Ausgaben im Verhältnis zur Grundlohnsumme wieder in allen Leistungsbereichen überproportional angestiegen, und zwar insbesondere auch im Bereich des Zahnersatzes, dem Bereich, in dem Kostenerstattung und eine deutlich erhöhte Selbstbeteiligung der Versicherten eingeführt worden sind¹¹⁹. Damit bleibt als gesicherter Effekt einer erhöhten Selbstbeteiligung nur die Verteilungswirkung zulasten der Privaten (bzw. Erkrankten) und zugunsten des Kollektivs; die expansive Dynamik wird durch die partielle Privatisierung der Finanzierung offenkundig nicht durchbrochen.

Neben dem Versuch, den Konflikt zwischen der medizinischen und der ökonomischen Rationalität durch eine Verlagerung des Finanzierungsdrucks auf die Ebene der Individuen zu entschärfen, sind die Reformer in allen Ländern aber auch bestrebt, durch eine Änderung der Regulierungsmechanismen der expansiven Dynamik entgegenzuwirken. Ihre Stra-

118 Vgl. Schneider u.a. (1990: 5), die durchschnittlichen Wachstumsraten der Gesundheitsausgaben in Kaufkraftparitäten 1980-87 waren danach: BRD 5,2%, CH 6,7%, F 6,3%, GB 6%, I 6,4%. Der Einwand, daß die Selbstbeteiligung in Frankreich über die "mutuelles" gedeckt würde und daher keine echte Kostenbeteiligung sei, ist so nicht haltbar, da nur ca. 54% der Bevölkerung eine solche Zusatzversicherung haben (ich danke der französischen Botschaft für diese Auskunft). Nicht immer decken die "mutuelles" dabei 100% der z.T. hohen Selbstbehalte, und in den letzten Jahren wurden zunehmend mehr private Zusatzversicherungen (auf kommerzieller Basis) abgeschlossen, teils ergänzend zur "mutuelle", teils der Ersatz. Die Zahl der Personen ohne jegliche Zusatzversicherung ist nicht bekannt, die Steuerungswirkungen der Selbstbeteiligung müßten aber getrennt für die Versichertengruppen mit und ohne Zusatzversicherung untersucht werden.

119 Der Grundlohnanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung lag im 1. Quartal 1991 bei 3,3%, die Ausgaben für Zahnersatz stiegen um 7,2%, (1990: -4,7%), Quelle: Arbeits- und Sozialstatistik des BMA, KV 45. Vgl. auch Frankfurter Rundschau, 1.6.1989 und Hannoversche Allgemeine Zeitung, 10.5.1991.

tegie hat einen gemeinsamen Nenner: Es gilt, die Akteurkonstellation im Gesundheitssystem so zu verändern, daß das Gewicht des zwischen der ökonomischen und der medizinischen Rationalität vermittelnden "intermediären" Akteurs vergrößert wird. Aufgabe dieses intermediären Akteurs ist es, für den aus dem medizinischen Bereich angemeldeten Ressourcenbedarf eine finanzielle Deckung zu suchen und zugleich die vom Wirtschaftssystem ausgehende Ressourcenknappheit in das Gesundheitssystem hineinzuvermitteln. Die den Reformern gemeinsame Strategie, die Position des intermediären Akteurs zu stärken, wird in den jeweiligen Ländern mit unterschiedlichen Maßnahmen umgesetzt. Ausschlaggebend für die Unterschiede in der Umsetzung sind insbesondere die Unterschiede in der Ausdifferenzierung der Gesundheitssysteme als selbständige gesellschaftliche Teilsysteme¹²⁰.

Die Gesundheitssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz zeichnen sich durch eine vergleichsweise große Ausdifferenzierung und eine damit einhergehende hohe Autonomie aus. Die Aufbringung der Finanzmittel für die gesundheitliche Versorgung ist und bleibt auch nach den Reformplänen in erster Linie Sache der Krankenkassen, die über eigene, separate Haushalte verfügen, selbständig über die Höhe der Versicherungsbeiträge entscheiden und durch ein regelmäßiges Umlageverfahren für einen ständigen Ausgleich von Ausgaben und Einnahmen sorgen.¹²¹ Die Administration des Gesundheitswesens ist weitgehend Sache der Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer, die Beteiligung des "Staates" an der Verwaltung und Leistungserbringung beschränkt sich auf die stationäre Versorgung, wobei nicht die zentrale, sondern die dezentrale staatliche Ebene beteiligt ist, d.h. die Länder bzw. Kantone und die Kommunen. Die "Preise" der medizinischen Versorgung werden ebenfalls weitgehend dezentral in autonomen Verhandlungen zwischen den Verbänden der Kassen und denen der Leistungserbringer bestimmt¹²², nur die Preisbildung im stationären Sektor wird merklich

120 Zum Prozeß der Ausdifferenzierung am Beispiel des deutschen Gesundheitssystems vgl. Mayntz/ Rosewitz (1988).

121 Die diskutierte Reform in der Schweiz soll zwar den staatlichen Beitragsanteil anheben, doch wird damit zunächst nur eine Realisierung der herkömmlichen Finanzierungspflicht angestrebt und keine Neustrukturierung der Finanzierungsgrundlagen.

122 Im stationären Sektor finden allerdings i.d.R. Einzelverhandlungen statt und im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel werden die Preise vom Hersteller bestimmt, in der Bundesrepublik allerdings seit der Reform von 1989 ergänzt durch die Verbandsverhandlungen über Festbeträge, die maßgeblich den Herstellerpreis der betroffenen Festbetragsartikel beeinflussen.

auch von den Ländern bzw. Kantonen beeinflußt, die allerdings als Krankenhausbetreiber und "öffentliche Leistungserbringer" eher den expansiven Bestrebungen der übrigen Leistungserbringer folgen.

Sache der Krankenkassen als Ressourcenbeschaffer wäre es nun, die Erfahrung der Mittelknappheit in das Gesundheitssystem hineinzumitteln. Deutliches Anzeichen dieser Knappheit ist für die Kassen die sinkende Bereitschaft der Versicherten, neue Beitrags- bzw. Prämiensteigerungen hinzunehmen, welche ihren Ausdruck in der zunehmenden Abwanderung aus den Ursprungs- oder Basiskassen in günstigere Risikogemeinschaften findet. Doch trotz dieser bedrohlichen Entwicklung sind die Kassen in beiden Ländern kaum in der Lage, die Kostenentwicklung über sinnvolle Rationalisierungsstrategien zu bremsen. Die oligopolistische Konkurrenz am Versicherungsmarkt treibt sie vielmehr in eine Art "ruinösen Wettbewerb", indem die einzelne Kasse (bzw. Kassenart) sich aus Konkurrenzgründen sowohl zur Großzügigkeit gegenüber dem Leistungserbringer als auch gegenüber dem Versicherten gezwungen sieht. Die für die Aufsicht und Regulierung der Krankenkassen zuständige Bundesregierung muß spätestens dann einschreiten, wenn diese Entwicklung auf eine Gefährdung wichtiger Versichertenkollektive hinausläuft - eine Situation, die mittlerweile in der Schweiz wie in der Bundesrepublik Deutschland gegeben ist. Die Problemlösung wird durch die Einschaltung der Politiker nicht leichter, denn nunmehr gilt es, solche Lösungen zu finden, die einen Ausgleich dreier Rationalitäten ermöglichen, der medizinischen, ökonomischen und der politischen Rationalität¹²³. Gerade aus Gründen der politischen Rationalität werden aber inkrementale Lösungen bevorzugt, die das System der verbandlichen bzw. korporativen Selbstverwaltung im wesentlichen unverändert lassen. Denn einerseits liegt es im Interesse der Politiker, dieses System in seinen Grundlagen zu erhalten, da die Selbstverwaltung die Politik in zentralen Bereichen entlastet¹²⁴, andererseits verfügt jeder korporative Akteur dieses Gesundheitssystems sowohl aufgrund seiner Funktion als auch aufgrund seiner gesellschaftlichen Position über ein eigenes, politisch nicht zu übergehendes Gewicht. Im Ergebnis läuft das Austarieren der verschiedenen Rationalitäten in

123 Gemeint ist damit das idealtypische Interesse der Politiker am Machterhalt.

124 Neben der Beschaffung der Finanzen gehört dazu nicht zuletzt auch die Beschaffung von Legitimation, wenn zentrale, konfliktbesetzte Regulierungsaufgaben der Selbstverwaltung übertragen werden, die die Durchführung der Aufgaben dann ihren Mitgliedern gegenüber rechtfertigen muß. Zu dieser typischen Entlastungsfunktion des Korporatismus vgl. schon Teubner (1979: 492).

beiden Ländern darauf hinaus, daß zwar das Gewicht der Kassen als "intermediäre" Akteure gestärkt und der ökonomischen Rationalität eine größere Bedeutung verliehen wird - ohne allerdings den Rahmen des Selbstverwaltungssystems zu sprengen und den Leistungserbringern wichtige Vetopositionen zu nehmen. Ebenso führt das "mehr" an staatlicher Regulierung nicht zum Ausbau der staatlichen, sondern der Selbstverwaltungsbürokratie¹²⁵, wodurch die gegenseitige Abhängigkeit der korporativen Akteure noch verstärkt wird. Ist somit die Möglichkeit der Kassen, ihre Transmissionsfunktion zwischen der ökonomischen und der medizinischen Rationalität zu erfüllen, entscheidend abhängig von der Kooperationswilligkeit der Leistungserbringer, so bleibt ihre Verhandlungsposition zugleich vom anhaltenden Wettbewerb der Kassen untereinander strukturell benachteiligt. Ein kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich könnte allerdings ein wichtiger Schritt hin zur Harmonisierung der Kasseninteressen und zur Konzertierung der Verhandlungsstrategien sein¹²⁶.

Im Gegensatz zu den beiden Selbstverwaltungssystemen der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz ist die Verantwortung für die Ressourcenbeschaffung in Frankreich, Italien und Großbritannien weitgehend auf den Zentralstaat übergegangen. In Frankreich entscheidet die Zentralregierung über die Höhe der Beitragssätze und ist damit auch zuständig für die Defizitfinanzierung in der Sozialversicherung, wenn die politisch beschlossenen Beitragssätze die Ausgaben nicht decken. In Italien und Großbritannien erfolgt die Finanzierung des nationalen Gesundheitsdienstes unmittelbar über den Staatshaushalt. Mit dem Übergang der Finanzierungsverantwortung wurden hier zugleich wesentliche Bereiche der Administration des Gesundheitssystems in die staatliche Bürokratie eingegliedert, in Frankreich die Krankenhausverwaltung, in Italien und Großbritannien auch die Verwaltung der primärärztlichen Versorgung. Zudem gerieten neben den abhängig beschäftigten Leistungserbringern auch die freiberuflichen Ärzte in der ambulanten Versorgung in eine stärkere Abhängigkeit vom zentralstaatlichen Geldgeber. So ist in Frankreich der Zentralstaat maßgeblich auf den verschiedenen Stufen der Vergütungsverhandlung

125 und zwar in den Bereichen, die der Selbstverwaltung zur Umsetzung übertragen worden sind, wie z.B. die Ausarbeitung der Festbeträge in der Bundesrepublik.

126 Die Kassen mit den günstigeren Risikostrukturen könnten es sich dann nicht mehr leisten, großzügigere Verträge mit den Leistungserbringern abzuschließen und dadurch die Kassen mit den schlechteren Risiken in Zugzwang zu bringen.

gen zwischen den Kassen und den niedergelassenen Ärzten beteiligt¹²⁷, in Italien und Großbritannien finden die Vergütungsverhandlungen direkt zwischen dem Zentralstaat und den Vertretern der niedergelassenen Ärzte im nationalen Gesundheitsdienst statt.

Da nunmehr in diesen drei Ländern die Zentralregierung selbst die Rolle des "intermediären Akteurs", des Finanzmittelbeschaffers für das Gesundheitssystem übernommen hat, ist es auch die Regierung, die das Knappheitsproblem unmittelbar in das Gesundheitssystem hineinvermittelt. Diese Vermittlung ist um so rigorosier, je stärker die politische Rationalität die Durchsetzung der Kostendämpfungspolitik unterstützt. Dabei geht es letztlich um die Wahl zwischen zwei Übeln: dem drohenden Stimmenverlust aufgrund einer Leistungseinschränkung in den öffentlichen Gesundheitsdiensten oder dem zu erwartenden Stimmenverlust infolge einer Erhöhung der Sozialbeiträge, der Steuern oder der öffentlichen Verschuldung. Die aktuellen Finanzierungsprobleme der öffentlichen Haushalte und das politische Risiko von Steuererhöhungen favorisieren heute offenkundig die Durchsetzung einer Sparpolitik. Das auch mit der Sparpolitik verbundene politische Risiko versuchen die Regierungen aller drei Länder dadurch zu minimieren, daß sie ankündigen, die Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung würden nicht beeinträchtigt, sondern sogar effizienter werden. Entgegen solchen Ankündigungen war der budgetäre Erfolg der Kostendämpfungspolitik über "cash limits", "budget global" und über die Ausübung von "fiscal stress" bislang mit Qualitätsverlusten bei der Leistungserbringung verbunden. Die bloße Limitierung der Ausgaben führte nicht zu der erhofften Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Um das Ziel einer verbesserten Effizienz doch noch zu realisieren, gilt es, jetzt eine Abstimmung zwischen der ökonomischen und der medizinischen Rationalität im Prozess der Leistungserbringung selbst, d.h. auf der dezentralen, unteren Ebene der Leistungsorganisation herbeizuführen. Knappe Mittel sollen hier so eingesetzt werden, daß ein Maximum der medizinischen Ziele realisiert werden kann. Zu diesem

127 Der zwischen Kassen und Ärzteverbänden auf nationaler Ebene ausgehandelte Mantelvertrag (*convention*) wird über ein staatliches "arrêté" in Kraft gesetzt; bei der Aushandlung der Gebührenordnung (*nomenclature*) sind die Vertreter des relevanten Ministeriums Mitglieder des maßgeblichen trilateralen Ausschusses (*commission permanente de la nomenclature*); bei der Aushandlung der Auszahlungsquoten bzw. der aktuellen Preise sind die Vertreter des Ministeriums über eine Beratungskommission (*comité d'experts tripartite*) beteiligt, die die gesamtwirtschaftlichen Orientierungsdaten in den Verhandlungsprozeß eingibt, vgl. Kapitel 3, C.1.2.

Zweck nutzt der Zentralstaat seine bereits akquirierten administrativen Kompetenzen im Gesundheitssystem, um zunächst die Rolle eines "Managers" als Spezialisten für ökonomische Rationalität zu etablieren und ihm zentrale Koordinationsaufgaben bei der Leistungsorganisation zuzuweisen. Zugleich werden Abstimmungsmechanismen geschaffen, über die die Ärzte mit dem Manager in einen Diskurs treten sollen, wobei es nun Aufgabe des Managers ist, stellvertretend für den Staat bzw. die amtierende Regierung die Rolle des intermediären Akteurs zu übernehmen. Ein zentrales Problem dieser Strategie ist jedoch, "Selbstbescheidung" als langfristige Orientierung an Stelle des Wachstums zu setzen. Diese Selbstbegrenzung widerspricht nicht nur der medizinischen Rationalität, sondern auch der normalen mikroökonomischen Orientierung eines Managers, der traditionell darauf ausgerichtet ist, seinem "Unternehmen" zum Erfolg und das heißt zum Wachstum zu verhelfen. Entsprechend ist der neueste britische Reformplan so ausgelegt, daß bei begrenzten Ressourcen ein Wachstum der einzelnen, im Wettbewerb stehenden Anbieter möglich wird, allerdings mit der absehbaren Konsequenz, daß unwirtschaftliche Grenzanbieter dann vom "internen Markt" verschwinden müssen - eine Konsequenz, von der noch nicht absehbar ist, ob sie politisch tatsächlich auch in Kauf genommen wird.

3.2 Divergenz der Systeme - Konvergenz der Reformpfade

Abschließend muß man feststellen, daß die jüngsten Reformen in den untersuchten Ländern keine Konvergenz der Gesundheitssysteme hin auf eine gleiche institutionelle Struktur bzw. auf einen gleichem Systemtyp erkennen lassen. Wohl aber zeigt sich eine Konvergenz auf ähnliche Entwicklungs- und "Reformpfade" in bestimmten Systemgruppen, und zwar innerhalb

- der ausdifferenzierten Selbstverwaltungssysteme föderalistischer Staaten - der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz - einerseits und innerhalb
- der weitreichend in das politische System integrierten Gesundheitssysteme zentralistischer Staaten - Großbritannien, Italien und Frankreich - andererseits.

Das entscheidende Element für die Integration des Gesundheitssystems in das politische System ist dabei die direkte Verantwortung des Staates

für die Beschaffung von Finanzierungsmitteln für das Gesundheitssystem. Die Übernahme einer solchen Schlüsselfunktion des Staates ist i.d.R. mit einer Erweiterung der staatlichen Interventionsmöglichkeiten auch in den anderen Dimensionen des Gesundheitssystems (Administration, Leistungserbringung) verbunden, während die Interventionen in Selbstverwaltungssystemen mit einem föderalen Staatsaufbau auf die Regulierungsebene beschränkt bleiben: der Föderalismus schirmt den Krankenhaussektor ab vor direkten bundesstaatlichen Interventionen und die Selbstverwaltung den Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Vor dem Hintergrund ähnlich strukturierter Interventionsmöglichkeiten der Regierungen innerhalb der beiden Ländergruppen ähneln sich denn auch die Problemlösungsstrategien und die sich hieraus ergebenden Folgeprobleme, die dann die nächste Runde einer neuen Reformdiskussion auslösen, in der wiederum ländergruppenspezifische Reformoptionen zur Wahl stehen. Im Ergebnis führt dies mittelfristig zu einem ländergruppenspezifischen "Reformpfad".

So stellt sich in Selbstverwaltungssystemen föderalistischer Staaten zwar das gleiche Kostenproblem wie in den anderen Ländern, doch Selbstverwaltung und Föderalismus verhindern den direkten Zugriff der Regierung auf das Leistungsgeschehen von Kassenärzten und Krankenhäusern ebenso wie auf das Ausgabegebaren der Krankenkassen. Da zugleich aber der Staat bzw. die amtierenden Regierungen durch die Selbstverwaltung politisch entlastet werden, gehört die Abschaffung der Selbstverwaltung nicht zu den realistischen Problemlösungsoptionen, solange ihre Akteure noch hinreichend flexibel auf die gesundheitspolitischen Probleme reagieren können. Föderalismus und Selbstverwaltung gehören damit in den Kranz der nicht zu verändernden Rahmenbedingungen und führen dazu, daß das Problem der Kostendämpfung auf nationaler Ebene primär mit Mitteln der Verteilung angegangen wird, ergänzt durch Maßhalteappelle an die Leistungserbringer. Drei Etappen des Reformpfades sind dabei bislang zu erkennen.¹²⁸

128 Als solch ein Maßhalteappell ist letztlich auch der im bundesdeutschen Gesundheits-Reformgesetz verankerte Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu werten. Die gleichzeitige Relativierung des Grundsatzes bietet den Betroffenen eine Begründung für die Nicht-Beachtung und die Einklagbarkeit eines entsprechenden Anbieterverhaltens (§ 71 i.V.m. § 141 Abs. 2 SGB V). Im internationalen Vergleich hat sich die bundesdeutsche Politik der "moral suasion" in den 1980er Jahren allerdings bewährt. Sie setzte aber voraus, daß die Regierung ihre Appelle auch mit der glaubwürdigen Androhung weitgehenderer Interventionen zu verbinden wußte. Darüber hinaus war der Phase der Selbstbeschränkung

- Die stärkere Belastung der Privaten durch kleine "Reförmchen", zu meist auf dem Verordnungsweg, ist der erste Schritt auf dem Pfad der Kostendämpfungsreformen. Die dadurch ungebrochenen Wachstumsraten und ein anhaltender Kostendruck führen bei den Krankenkassen jedoch immer mehr zur "Rosinenpickerei", d.h. zur Entdifferenzierung der ursprünglichen Solidargemeinschaft.
- Der Versuch, den Krankenkassen eine stärkere Position in der Selbstverwaltung zu verschaffen, um der "ökonomischen Rationalität" eine größere Durchsetzungskraft zu verleihen, ist der zweite Schritt auf dem Reformpfad. Seine Wirkung ist jedoch von vornherein begrenzt durch eben diese Selbstverwaltung und die darin eingebauten Vetopositionen der übrigen Verhandlungspartner, sowie durch den "ruinösen Wettbewerb" der Kassen untereinander, die den Leistungserbringern strukturelle Verhandlungsvorteile sichern.
- Der dritte große Reformschritt ist schließlich die Organisationsreform, die primär das Verteilungsproblem als Folge der Risikodifferenzierung lösen soll, die im Nebeneffekt aber auch zu einer größeren Interessenshomogenität der Kassen gegenüber den Leistungserbringern führt, wenn sie mit einem kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich verbunden wird.

Den großen Gemeinsamkeiten der beiden Selbstverwaltungssysteme Schweiz und Bundesrepublik Deutschland stehen die nicht zu übersehenden Unterschiede in den Systemen und Reformkonzeptionen der drei zentralistischen Länder Frankreich, Italien und Großbritannien gegenüber. Doch lassen sich die aktuellen Reformen bzw. Reformpläne zu einer fiktiven Kette von Reformschritten zusammenfügen, wenn man die derzeitige französische Situation als erste Stufe eines "Reformpfades" interpretiert, der auf der zweiten Stufe zur Realisierung eines nationalen Gesundheitsdienstes ähnlich dem italienischen System führen kann, wobei man sich in Italien für eine Adaption des aktuellen britischen Reformkon-

in der ambulanten ärztlichen Versorgung eine Zeit überproportionalen Wachstums vorausgegangen. Ein verbandspolitisches Tauschgeschäft lag schließlich auch dem bundesdeutschen Wunderwerk des "Honorardeckels" zugrunde: Die von der KBV gewollte EBM-Reform sollte für die Zeit der Erprobung vom Risiko einer unkontrollierten Mengenerweiterung befreit werden, die Kassen verzichteten ihrerseits auf ihren Anspruch zur Rückzahlung der von den Ärzten erzielten Rationalisierungsgewinne im Laborbereich, vgl. dazu Webber (1991: 17-21).

zeptes als dritten Schritt entscheiden könnte, wenn die Kostenproblematik durch eine Umsetzung der derzeit diskutierten Reform nicht gelöst werden sollte¹²⁹:

- So führt die direkte Verantwortung der französischen Regierung für die Anpassung der Beitragssätze dazu, daß sie aufgrund politischer Opportunitätsüberlegungen in das Umlageverfahren eingreift und das Prinzip der Kostendeckung ablöst durch das Prinzip der staatlichen Defizitdeckung. Mit wachsendem Defizit wächst aber das Streben der Regierung nach einer politischen Kontrolle der defizitbestimmenden Ausgaben. Den vorläufigen Endpunkt dieses Strebens bildet die Übernahme des noch getrennten Haushalts der "*Sécurité sociale*" in den Staatshaushalt und die Eingliederung der Verwaltung der Sozialversicherung in die staatliche Bürokratie. Nach der bereits gewonnenen staatlichen Kontrolle über den Krankenhaussektor würde damit auch die Kontrolle über den ambulanten Sektor verstärkt werden, da die Honorarverhandlungen nun unmittelbar mit der Regierung geführt werden müßten - wie heute bereits in Italien und Großbritannien. Innerhalb des stationären Sektors steht die französische Regierung hingegen bereits jetzt vor dem zweiten Reformschritt, mit dem die Qualitätsprobleme im staatlich kontrollierten Krankenhaussektor beseitigt werden sollen, und zwar über die Ablösung der hierarchischen Verwaltungsroutine durch neue, privatwirtschaftliche Managementtechniken.
- In Italien wurde das Kostenproblem mit der Nationalisierung des Gesundheitssystems beherrschbarer; der politische Druck zu weiteren Einsparungen hält aufgrund der hohen Staatsverschuldung an, wobei auch die Qualitätsprobleme im nationalen Gesundheitsdienst zu einer zunehmenden Unzufriedenheit mit der Gesundheitspolitik der Regierung führen. Die Kosten- und Qualitätsprobleme sollen nun durch die Einführung privatwirtschaftlicher Managementmethoden in einem zweiten Schritt gelöst werden, die Verlagerung der Defizitfinanzierung von der zentralstaatlichen auf die regionale Ebene soll gleichzeitig das Finanzierungsrisiko des Zentralstaates minimieren.

129 Wobei für die Adaption der britischen Lösung allerdings entscheidend sein dürfte, inwieweit der anstehende zweite Reformschritt das politische Gewicht der Regionen stärkt, die dann gegen einen nächsten Reformschritt opponieren würden, der ihre neu erworbenen, gesundheitspolitischen Rechte wieder schmälern sollte.

- In England haben die bereits implementierten privaten Managementmethoden und ein neuer, begrenzter Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Anbietern die Durchsetzung der Budgetgrenzen gefördert, nicht aber die Qualitätsprobleme gelöst. Im dritten Schritt werden nun die privatwirtschaftlichen Methoden nochmals intensiviert durch Initiierung eines jetzt umfassenden Wettbewerbs aller Anbieter, der das Qualitätsproblem endgültig lösen soll. Das Finanzierungsrisiko wird im Vergleich zu Italien noch weiter dezentralisiert und jetzt den Leistungserbringern selbst zugewiesen. Im Extremfall riskiert ein unwirtschaftlich arbeitender "Grenzanbieter", vom internen Markt zu verschwinden, während erfolgreiche Leistungserbringer expandieren können.

Betrachtet man diesen fiktiven Entwicklungspfad, so zeigt sich eine Dynamik, die bei beginnender Übernahme der Finanzierungsverantwortung durch den Staat eine Entwicklung hin zur Nationalisierung und Zentralisierung auslöst. Der anhaltende Druck auf den Regierungshaushalt schafft jedoch zugleich die Grundlagen für eine nachfolgende Umkehr der Entwicklung, die dann eintritt, wenn die sich verschärfenden Qualitätsdefizite den verantwortlichen Politikern nur noch die Wahl zwischen zwei Übeln lassen: Stimmenverluste durch Steuererhöhungen oder Stimmenverluste durch Qualitätsverfall im nationalen Gesundheitsdienst. An diesem Punkt wird eine Umkehr der Entwicklung eingeleitet, an deren vorläufigem Ende die Übertragung des Risikos nicht geplanter Finanzausweitungen auf die dezentralen Leistungserbringer steht, wobei die dezentralen Akteure aufgrund ihrer neuen, weitgehenden Dispositionsspielräume auch die Verantwortung für die Qualität der Leistungen übernehmen müssen.

Abschließend läßt sich festhalten, daß eine Konvergenz der Gesundheitssysteme auf einen einheitlichen Systemtyp nicht stattfindet. So werden am Ende des geschilderten Reformpfades das bundesdeutsche und das schweizerische Gesundheitssystem sich immer noch durch wesentliche Strukturmerkmale unterscheiden, wie z.B. der unterschiedliche Status der Versicherungsträger, die andere Art der Beitragskalkulation, die Unterschiede in der Finanzierung und Organisation der stationären Versorgung. In Frankreich, Italien und Großbritannien sorgt allein schon die zeitliche Versetzung der jeweiligen Reformschritte für die Fortschreibung der Systemdifferenzen, welche es erlaubt, die im anderen Land bereits erprobten Problemlösungen anhand der dortigen Erfahrungen zu variieren und den länderspezifischen Problemen anzupassen - mit dem Ergebnis, daß

z.B. das gleiche Managementkonzept in allen drei Ländern in einen völlig unterschiedlichen institutionellen Rahmen eingepaßt wird.

Ebensowenig kann man von einer einheitlichen Tendenz zu "mehr Staat" oder "mehr Markt" sprechen. In beiden Ländergruppen sind die aufgezeigten Reformpfade zwar mit einer Erhöhung der staatlichen Regulierung verbunden. Die Ausdehnung und Verdichtung der staatlichen Regulierungstätigkeit verfolgt jedoch unterschiedlich strukturkonservierende und strukturverändernde Ziele. So geht es in den Selbstverwaltungssystemen um die Erhaltung der Funktionsfähigkeit eben dieser Selbstverwaltung, und die Ausdehnung der staatlichen Regulierung geht einher mit einer parallelen Ausdehnung der Regulierungsverantwortung der mittleren, korporativen Ebene. Erst wenn der Mechanismus der Selbstregulierung langfristig versagen sollte, würden die Reformoptionen auch einen Systemwechsel in Richtung Nationalisierung oder Privatisierung wichtiger Bereiche des Gesundheitssystems in das Spektrum der potentiellen Problemlösungsalternativen einschließen müssen - Alternativen, die heute, angesichts der hohen Kostensteigerungen in "privaten" Gesundheitssystemen wie den USA und angesichts der Qualitätsprobleme in nationalisierten Gesundheitssystemen wie Großbritannien und Italien, nicht zur Debatte stehen. Eine unterschiedlich strukturverändernde Zielsetzung haben hingegen die Regulierungsmaßnahmen in den partiell oder vollständig nationalisierten Gesundheitssystemen. In Frankreich soll der Planungsprozeß im stationären Sektor zwar flexibilisiert werden, das Finanzierungsrisiko bleibt jedoch beim Zentralstaat, und damit dürfte auch die zentrale hierarchische Kontrolle künftig dominant bleiben; in Italien soll das Finanzierungsrisiko für den nationalen Gesundheitsdienst von der zentralen auf die regionale politische Ebene verlagert werden, wodurch die hierarchischen Kontrollbeziehungen nicht abgeschafft, wohl aber verkürzt werden; in Großbritannien tragen die dezentralen Leistungserbringer künftig das Finanzierungsrisiko selbst, und der "interne Markt" soll langfristig den Koordinationsmechanismus der staatlichen Hierarchie ablösen.

Diese strukturelle Variation zwischen den Gesundheitssystemen zeigt, daß trotz bestimmter Entwicklungslogiken die konkrete Entwicklung des jeweiligen Systems nicht vorhersagbar ist. Die länderspezifischen Eigendynamiken haben denn auch zur Folge, daß die wirtschaftliche Integration Europas nicht von einer Entwicklungstendenz hin zu einem einheitlichen Gesundheitssystem oder auch nur einem einheitlichen Systemtyp begleitet sein wird. Auch in Zukunft wird man eine erhebliche Variationsbreite unter den Systemen der Absicherung gegen das Krank-

heitsrisiko antreffen - es sei denn, die Europäische Gemeinschaft fordert Problemlösungen, die eine weitergehende Anpassung der Strukturen bewirken. Ein erster Schritt in eine solche Richtung ist die Synchronisierung der Problemlösungssuche bei Aufgaben, die von der EG gleichzeitig an alle Mitgliedsländer herangetragen werden. Indem eine zeitgleiche Suche nach Problemlösungen an die Stelle des bisherigen, zeitversetzten Prozesses der Adaption und Variation tritt, kann es zu einer stärkeren Angleichung der Systeme kommen. Da aber solche EG-Probleme vorläufig nur sehr spezifische Fragen eines Gesundheitssystems betreffen werden, werden ähnliche Problemlösungen in Detailfragen, z.B. der Ausbildung und Anerkennung von Gesundheitsberufen, noch weit davon entfernt sein, die länderspezifischen Systeme selbst in eine vereinheitlichte Struktur zu zwingen.

Literatur

- Aaron, Henry J./ William B. Schwartz, 1978: *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*. Washington, D.C.: Brookings Institution.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 1991: *Festbeträge für sechs weitere Wirkstoffe (Stufe 1)*. Gemeinsame Presseerklärung vom 2.5.1991.
- Bieg, H.-H., 1991: Was ist notwendig?. In: *Der Freie Zahnarzt* 1991(3), 12-15.
- Blüm, Norbert, 1989a: Strukturreform im Gesundheitswesen: Notwendig - sozial - wirksam. In: *Bundesarbeitsblatt* 1989(4), 3/4.
- Blüm, Norbert, 1989b: *Rede vor der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen am 4. Dezember 1989*. [Bonn]: Pressemitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 4.12.1989.
- BSV - Bundesamt für Sozialversicherung, 1990: *Pressedokumentation vom 3. Dezember 1990*. Bern: Selbstverlag.
- Christian, Jens, 1991: KBV begräbt das Kriegsbeil. In: *Ärztliche Praxis*, 28. Mai 1991.
- Cotti, Flavio, 1991: *Begleitbrief zum Vernehmlassungsverfahren: Revision der Krankenversicherung, Entwurf der Expertenkommission vom 2. November 1990*. Bern: Eidgenössisches Department des Innern, 14.2.1991.
- Coulter, Angela, 1990: *Introducing Competition into British National Health Service: The General Practice Fund-Holding Scheme*. Vortrag auf dem Second European Congress of Health Services and Primary Care, Köln, 14.-15. Dezember 1990.
- Department of Health, 1989: *Working for Patients*. London: HMSO.
- Döhler, Marian, 1990a: *Gesundheitspolitik nach der Wende*. Berlin: Sigma.
- Döhler, Marian, 1990b: Interessenpolitische Hindernisse einer strukturellen Integration der Gesundheitsversorgung. In: Engelbert Theurl/ Josef Dezsy (Hrsg.), *Integration der Gesundheitsversorgung - zwischen Wunschvorstellung und Realität*. Lochau/Österreich: Landesbildungszentrum Schloß Hofgen, 20-43.
- Enquete-Kommission, 1990: *Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung"*. Deutscher Bundestag, BT-Drucksache 11/6380, 12.2.90.
- Expertenkommission, 1990: *Revision der Krankenversicherung*. Bericht und Entwurf der Expertenkommission vom 2. November 1990. Bern: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale.
- Favereau, Eric, 1990: Le projet de réforme hospitalière mis en charpie. In: *Libération*, 7.11.1990.
- Flynn, Rob, 1988: *Cutback Management in Health Services*. An Interim Report for the Nationaal Ziekenhuisinstituut, The Netherlands. Salford: University of Salford, Department of Sociology & Anthropology.

- Flynn, Rob/ Jan B.D. Simonis, 1989: *Cost Control and Retrenchment in the Health Care Systems of the Netherlands and England*. Final report to the Nationaal Ziekenhuisinstituut, The Netherlands. Salford and Utrecht: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Godt, Paul, 1990: *Liberalism in the Dirigiste State: A Changing Public Private Mix in French Medical Care*. Unveröffentlichtes Manuskript. (Erscheint demnächst in: Christa Altenstetter/ Stuart C. Haywood, Hrsg.: *From Rhetoric to Reality. Comparative Health Policy and the New Right*. London: Macmillan.)
- Grupp, Rudolf, 1989: Grundsätze und Perspektiven für den Krankenhausbereich. In: *Bundesarbeitsblatt* 1989(4), 53-57.
- Ham, Chris/ Ray Robinson/ Michaela Benzeval, 1990: *Health Check: Health care reforms in international context*. London: King's Funds Institute.
- Hartmannbund, 1991: *Kostenerstattung mit Selbstbeteiligung*. Faltblatt. Bonn: Selbstverlag
- Hauser, Heinz/ J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg (Hrsg.), 1988: *Health Maintenance Organizations*. Gerlingen: Bleicher.
- Herder-Dorneich, Philipp, 1983: Sich selbst verstärkende Anspruchsdynamik und ihre Einordnung in sich selbst steuernde Regelkreissysteme. In: Philipp Herder-Dorneich/ Alexander Schuller (Hrsg.), *Die Anspruchsinflation*. Stuttgart: Kohlhammer, 10-27.
- Hermann, Johann, 1991a: Sonderabgabe zur Sozialversicherung. In: *Soziale Sicherheit* 40(4), 122.
- Hermann, Johann, 1991b: Frankreichs Sozialversicherung unter staatlicher Kontrolle. In: *Schweizerische Krankenkassen-Zeitung* 83(4), 49/50.
- Hoffmann, Gerd, 1989: Wirtschaftliches Krankenhaus ist ein Ziel des Reformgesetzes. In: *Bundesarbeitsblatt* 1989(4), 57-61.
- Jung, Karl, 1985a: *Bundespflegegesetzverordnung: BPfIV '86*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jung, Karl, 1985b: *Krankenhausfinanzierungsgesetz*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Koalitionsvereinbarung, 1991: *Koalitionsvereinbarung für die 12. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages*. CDU-Dokumentation, 1991(2). Bonn: Selbstverlag.
- Kocher, Gerhard/ Pierre Rentchnick, 1980: *Teure Medizin. Für gezielte Reformen in unserem Gesundheitswesen*. Bern: Huber.
- Kohl, Helmut, 1991: Aufgaben der Gesundheitspolitik im vereinten Deutschland, Ansprache des Bundeskanzlers zur Eröffnung des Deutschen Ärztetages in Hamburg. In: *Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung* 1991(50), 401-404.
- Kurbjuweit, Dirk, 1991: Tranquilizer für Bonn. Politiker und Krankenkassen leisten der Pharnalobby zu wenig Widerstand. In: *Die Zeit*, 23.5.1991

- Luhmann, Niklas, 1983: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. In: Philipp Herder-Dorneich, Alexander Schuller (Hrsg.), *Die Anspruchsinflation*. Stuttgart: Kohlhammer, 28-49.
- Mayntz, Renate/ Bernd Rosewitz, 1988: Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In: Renate Mayntz u.a., *Differenzierung und Verselbständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Frankfurt a.M.: Campus, 117-180.
- McKeown, Thomas, 1982: *Die Bedeutung der Medizin*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, 1990: Projet de loi portant réforme hospitalière. Auszüge in: *Social actualité* 1990(60), 3-10.
- Ministero della Sanità, [1987]: *Disegno di legge concernente modifiche all'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, ufficio studi e legislazione*. Rom: Unveröffentlichtes Typoskript.
- Müller, Joachim/ Rüdiger Sackel, 1991: Markttransparenz im Hilfsmittelsektor. In: *Die Ortskrankenkasse* 73, 511-516.
- Nau, Jean-Yves, 1990a: Les conditions de remboursement des médicaments "particulièrement coûteux" vont être modifiés. In: *Le Monde*, 22.11.1990.
- Nau, Jean-Yves, 1990b: La naissance difficile de l'"hôpital-entreprise". In: *Le Monde*, 5.12.1990.
- Nau, Jean-Yves, 1990c: Les frais de salle d'opération des cliniques privées seront bloqués. In: *Le Monde*, 4.12.1990.
- Nau, Jean-Yves, 1990d: L'IGAS dénonce des "remboursement excessifs" pour les cliniques privées. In: *Le Monde*, 8.12.1990.
- Newton, Peggy u.a., 1990: *National Health Service Reforms: Issues in Collecting Information from GPs about their Patterns of Referral*. Vortrag auf dem Second European Congress on Health Services Research and Primary Care, Köln, 14.-15. Dezember 1990.
- Normand, Jean-Michel, 1990a: La contribution sociale généralisée. In: *Le Monde*, 13.11.1990.
- Normand, Jean-Michel, 1990b: La longue marche de la contribution sociale généralisée. In: *Le Monde*, 14.11.1990.
- Nouchi, Franck, 1990a: Le rapport de M. Philippe Lazar propose une refonte globale du système de santé. In: *Le Monde*, 16.11.1990.
- Nouchi, Franck, 1990b: M. Evin propose une refonte globale du système hospitalier. In: *Le Monde*, 28.9.1990.
- Nouchi, Franck, 1990c: La voie médiane. In: *Le Monde*, 28.9.1990.
- Nouchi, Franck, 1990d: Le rapport du Conseil économique et social formule des critique sur la réforme hospitalière. In: *Le Monde*, 10.11.1990.
- Nouchi, Franck, 1991: Un entretien avec M. Bruno Durieux. In: *Le Monde*, 28.3.1991.
- Pike, Alan, 1991: A delicate operation. A change of style, not substance, in health service reforms. In: *Financial Times*, 28.3.1991.
- Prätorius, Frank, 1990: Ärztliche Diagnose. In: *Merkur* 44, 206-217.

- Reher, Rolf/ Herbert Reichelt, 1991: Gesundheitsreformgesetz und Arzneimittelversorgung: eine Zwischenbilanz. In: *Sozialer Fortschritt* 40(5), 114-120.
- Reinhardt, Uwe E., 1985: The Theory of Physician-induced Demand: Reflections after a Decade. In: *Journal of Health Economics* 4, 187-194.
- Reinhardt, Uwe E., 1991: Reform der amerikanischen Krankenversicherung. In: *Die Sozialversicherung*, 46: 93-100.
- Renard, Véronique, 1991: Le Nouveau Paysage Hospitalier. In: *Espace Social Europeen*, 12.7.1991, 5-7.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), 1989: *Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Grundversorgung, Jahresgutachten 1989*. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), 1990: *Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1990*. Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR), 1991: *Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, Jahresgutachten 1991*. Baden-Baden: Nomos.
- Saux, Jean-Louis, 1990: Le produit de la CGS sera affecté à la Caisse d'allocations familiales. In: *Le Monde*, 17.11.1990.
- Schneider, Markus u.a., 1989: *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Laufende Berichterstattung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung*. Augsburg: Basys GmbH.
- Schneider, Markus u.a., 1990: *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Laufende Berichterstattung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung*. Entwurf Juni 1990. Augsburg: Unveröffentlichtes Manuskript (erscheint 1991 in der neuen Reihe des Bundesministeriums für Gesundheit).
- Schröter, Wolfgang, 1991: Negativliste in Eigenregie. In: *Pharmazeutische Zeitung* 1991(24), 24.
- Sommer, Jürg H./ Robert E. Leu, 1984: *Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung als Kostenbremse?* Diessenhofen: Rüegger.
- Teubner, Gunther, 1979: Neo-korporatistische Strategien rechtlicher Organisationssteuerung: Staatliche Strukturvorgaben für die gesellschaftliche Verarbeitung politischer Konflikte. In: *Zeitschrift für Parlamentsfragen* 10, 487-502.
- Vernholes, Alain, 1990: L'amorce d'une réforme fiscale. In: *Le Monde*, 16.11.1990.
- Webber, Douglas, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: *Leviathan* 17, 262-300.
- Webber, Douglas, 1991: *Die Kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und dem Gemeinwohl*. Verbände-Studie der Bertelsmann-Stiftung. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Wille, Eberhard/ Volker Ulrich, 1991: Bestimmungsfaktoren in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In: Dieter Brümmerhoff et al., *Finanzierungs-*

probleme der sozialen Sicherung II, (hrsg. v. Karl-Heinrich Hansmeyer). Berlin: Duncker & Humblot, 9-115.

Ynet, Elisabet, 1990: Le malaise des médecins hospitaliers. In: *Mensuel* 1990 (Juli-August 163), 33-45.

Zimmermann, Horst/ Klaus-Dieter Henke, 1985: *Finanzwissenschaft*, 4. Auflage. München: Vahlen.

Zipperer, Manfred, 1989: Die Härtefallregelung. In: *Bundesarbeitsblatt* 1989 (4), 30-35.

Aufsätze ohne Verfasser in Zeitungen, Zeitschriften und Dokumenten

Ärzte-Zeitung, 9.4.1991: KBV droht mit Kampfmaßnahmen, wenn Ausdeckerung scheitert.

Deutsches Ärzteblatt, 11.4.1991: Patient Management Categories: Brauchbar für Kosten- und Leistungsabrechnung. Jg. 88, B-847.

Dienst für Gesellschaftspolitik, 1988/ 50/51: Gesundheitsreform-Gesetz. Jg. 27(50/51), 2-13.

DOK (Die Ortskrankenkasse), 1989/ 20: Frankreich: Offene Stellen bei Krankenhausärzten. Jg. 71(20), 656-657.

DOK, 1990/ 6: Frankreich: Ausgeglichene Finanzlage in der Sozialversicherung. Jg. 72(6), 218.

DOK, 1990/ 14: Frankreich: Streik der Krankenhausärzte. Jg. 72(14), 454-455.

DOK, 1990/ 16a: Frankreich: Gesundheitskosten seit 1970 verzehnfacht. Jg. 72(16), 512.

DOK, 1990/ 16b: Frankreich: Tarifvertrag zwischen Krankenkassen und Ärzten endlich geschlossen. Jg. 72(16), 512-513.

DOK, 1990/ 19: Frankreich: Krankenversicherung weiterhin defizitär. Jg. 72(19), 609.

DOK, 1991/ 4-5: Frankreich: Heftiger Widerstand gegen höhere Sozialbeiträge. Jg. 73(4-5), 171.

DOK, 1991/ 7: So nicht! Häusliche Pflege bei Schwerpflegebedürftigen. Jg. 73(7), 235/236.

Entschließung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zur finanziellen Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, 6.6.1991.

Frankfurter Rundschau, 1.6.1991: Krankenkassen rutschen in die roten Zahlen.

Handelsblatt, 10./11.5.1991a: Ministerin Hasselfeldt will Selbstbeteiligung senken.

Handelsblatt, 10./11.5.1991b: Langfristig sollen Angestellten-Kassen auch für Arbeiter geöffnet werden.

Handelsblatt, 16.5.1991: AOK für Strukturausgleich.

- Hannoversche Allgemeine Zeitung*, 30.5.1991: Kostenwelle schlägt hoch.
- ISIS*, 1989/ 40: Il testo del ddl per: "Riordinamento del Servizio Sanitario Nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria", 14-22.
- ISIS*, 1990/ 29/30: Il nuovo testo del ddl 4227 (Riordino del SSN) approvato dalla Camera (Aula) il 17 luglio u.s., 4-16.
- ISIS*, 1990/ 47: Il nuovo testo del ddl 2375 di riordinamento del SSN, 12-24.
- Krankenhausumschau*, 1991/4: Die Krankenhauspolitik der neuen Bundesregierung, Jg. 60(4), 16-19.
- Le Monde*, 28.9.1990: Peu d'enthousiasme dans les milieux professionnels.
- Le Monde*, 16./17.12.1990: M. Rocard engage de nouveau la responsabilité du gouvernement sur le projet de budget.
- NZZ - Neue Zürcher Zeitung*, 15.2.1990: Die Probleme in der HMO Zürich. Die Ärzte nehmen Stellung.
- NZZ - Neue Zürcher Zeitung*, 19.12.1990: Erste Reaktionen auf den Revisionsentwurf.
- SZ - Süddeutsche Zeitung*, 28.6.1991: Negativliste vorerst gestoppt.
- TA - Tages-Anzeiger*, 1.2.1990: HMO-Gruppenpraxis trennt sich von Ärzten.
- teleskop*, 1991/ 5: Thomae: Weg vom Sachleistungsprinzip, Jg. 12(5), 10-11.

Renate Mayntz, Bernd Rosewitz, Uwe Schimank, Rudolf Stichweh
Differenzierung und Verselbständigung
Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme
1988. 329 Seiten.

Renate Mayntz, Thomas P. Hughes (Editors)
The Development of Large Technical Systems
1988. 299 Seiten. (copublished with Westview Press)

Clemens Schumacher-Wolf
Informationstechnik, Innovation und Verwaltung
Soziale Bedingungen der Einführung moderner Informationstechniken
1988. 339 Seiten.

Volker Schneider
Technikentwicklung zwischen Politik und Markt
Der Fall Bildschirmtext
1989. 293 Seiten.

Bernd Rosewitz, Douglas Webber
**Reformversuche und Reformblockaden im deutschen
Gesundheitswesen**
1990. 349 Seiten.

Raymund Werle
Telekommunikation in der Bundesrepublik
Expansion, Differenzierung, Transformation
1990. 409 Seiten.

Hans-Willy Hohn, Uwe Schimank

Konflikte und Gleichgewichte im Forschungssystem

Akteurkonstellationen und Entwicklungspfade in der staatlich finanzierten
außeruniversitären Forschung

1990. 444 Seiten.

Bernd Marin, Renate Mayntz (Editors)

Policy Networks

Empirical Evidence and Theoretical Considerations

1991. 331 Seiten. (copublished with Westview Press)

Erschienen in Zusammenarbeit mit dem

Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien

Jens Alber, Brigitte Bernardi-Schenkluhn

Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich

Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien

1992. 700 Seiten.

Arthur Benz, Fritz W. Scharpf, Reinhard Zintl

Horizontale Politikverflechtung

Zur Theorie von Verhandlungssystemen

1992. 205 Seiten.

Im Prozeß der europäischen Einigung wächst der Bedarf an Informationen über die institutionelle Gestaltung von gesellschaftlichen Teilsystemen. Dieser Band stellt die Gesundheitssysteme von fünf westeuropäischen Ländern nach einheitlichen Kategorien dar und arbeitet strukturelle Gemeinsamkeiten und Divergenzen heraus. Im Vordergrund steht die Beschreibung der organisatorischen und institutionellen Charakteristika dieser fünf Typen medizinischer Versorgung, die bezüglich des Grades staatlicher bzw. quasi-staatlicher Intervention stark variieren.

Die einzelnen Ländermonographien gehen kurz auf die historische Basis des jeweiligen Gesundheitswesens ein, analysieren die aktuelle Konstellation einflußreicher, zumeist korporativer Akteure und arbeiten die institutionalisierten Regulierungsmechanismen heraus. Diese länderspezifischen Darstellungen bilden gleichzeitig die Grundlage für einen strukturellen Systemvergleich, der sich vor allem auf aktuelle Reformbestrebungen konzentriert und die damit verbundenen Problemlösungsstrategien und Entwicklungspfade analysiert.