

Reformpolitik in westeuropäischen Gesundheitssystemen*

Ungeachtet der enormen Fortschritte in der Medizin wachsen in Wissenschaft und Politik die Sorgen um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Am Beispiel von acht westeuropäischen Ländern wird untersucht, in welche Richtung die Reformbemühungen der Regierungen während der vergangenen zwanzig Jahre gingen, um den Kostenanstieg zu begrenzen. Eingebettet in eine kurze Darstellung wichtiger Struktur- und Leistungsmerkmale der jeweiligen Gesundheitssysteme steht die Frage im Mittelpunkt, welche institutionellen Faktoren und Akteursbeziehungen die beabsichtigten Reformen begünstigt oder behindert haben. Bei aller institutionellen Vielfalt der untersuchten Systeme zeigen sich auch bemerkenswerte Gemeinsamkeiten. Die auffälligste ist, dass die Versicherten durch individuelle Zuzahlungen verstärkt zur Finanzierung der Gesundheitssysteme herangezogen werden.

Inhalt

1. Einleitung	30
2. Leistungsmerkmale und Kostenentwicklung der Gesundheitssysteme	32
3. Strukturmerkmale und Reformansätze	37
a) Nationale Gesundheitsdienste	37
(1) Skandinavien	38
(2) Großbritannien	40
(3) Weitere Kosten senkende Maßnahmen	42
b) Versicherungssysteme	46
(1) Schweiz	46
(2) Niederlande	48
(3) Frankreich	50
(4) Deutschland	54
4. Schlussbetrachtungen	59
Literatur	62

* Für hilfreiche Anmerkungen zu einer früheren Fassung dieses Aufsatzes danke ich Ellen Immergut. Walter Backhaus vom Berliner Büro der OECD danke ich für die freundliche Unterstützung bei den Rechercharbeiten.

1. Einleitung

Gesundheitssysteme¹ werden je nach Blickwinkel des Betrachters nach unterschiedlichen Kriterien beurteilt. Ein „gutes“ Gesundheitssystem bedeutet für einen Patienten u. U. etwas anderes als für einen frei praktizierenden Spezialisten, eine von kontinuierlich steigenden Beitragssätzen zur Krankenversicherung betroffene mittelständische Arbeitgeberrin oder einen mit der Steuerung des Systems beauftragten Gesundheitsminister. Während kurze Wartezeiten auf Behandlungen und rasche Heilung für den einen die Qualität eines Gesundheitssystems bestimmen, ist die unreglementierte Berufsausübung ein entscheidendes Qualitätskriterium für den anderen oder aber ein System, in dem es gelingt, den unvermeidlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben zu begrenzen. Ungeachtet der enormen Fortschritte der medizinischen Versorgung und der verbesserten Heilungschancen bestimmen zunehmend die Sorge um die Kostenentwicklung und Möglichkeiten einer Kostenreduzierung oder zumindest einer geänderten Lastenverteilung die Diskussionen in der Öffentlichkeit sowie in den auf die Gesundheitspolitik spezialisierten Zweigen der Wirtschafts- und Politikwissenschaft.²

Blicken wir auf die Entwicklung der Ausgaben für das Gesundheitswesen in westlichen Industrieländern, dann ist in der Tat überall ein kontinuierlicher Anstieg zu konstatieren, allerdings mit deutlichen nationalen Varianzen (Tabelle 2). Technischer Fortschritt, immer leistungsfähigere Heilverfahren zum einen, demographische Entwicklungen und die steigende Lebenserwartung zum anderen gelten als Hauptursachen steigender Gesundheitsausgaben (Lampert/Althammer 2004: 257; Gilliland 2004: 126 f.). Den Anstieg kann man mit guten Gründen begrüßen, denn er ist Ausdruck verbesserter Behandlungsmethoden, von besserem Zugang zu den Angeboten des Gesundheitswesens und auch von höherem Gesundheitsbewusstsein der Bürger. Zudem ist das Gesundheitswesen nicht nur

- 1 Unter einem Gesundheitssystem wird ein gesellschaftlicher Teilbereich („Subsystem“) verstanden, in dem hochqualifizierte Experten eines der wertvollsten individuellen wie gesellschaftlichen Güter, nämlich Gesundheit, erhalten bzw. wiederherstellen. Zusammen mit Pflegern, Hebammen, Therapeuten, Betreibern und Träger von Krankenhäusern, Pharmaproduzenten und Apothekern bilden Ärzte die Anbieterseite eines Gesundheitssystems, während jeder, der eine von den genannten Gruppen angebotenen Leistungen in Anspruch nimmt, die Nachfrageseite repräsentiert. Beide Seiten stehen unter der Aufsicht des Staates, der – mit von Land zu Land variierenden Institutionen und Regulierungen – versucht, das System so zu steuern, dass es fünf – zum Teil miteinander in Konflikt geratende – Ziele realisiert: (a) hohe Qualität, in der Regel gemessen in medizinischen Kategorien wie Lebenserwartung, Kinder- und Säuglingssterblichkeit u. a., (b) Wirksamkeit der Behandlungsmethoden, Heilverfahren und -mittel, (c) Finanzierbarkeit und Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Ressourcen, (d) Universalität, d. h. gleiche Zugangschancen zur medizinischen Versorgung und schließlich (e) Zufriedenheit der Anbieter und Nutzer (u. a. Oggier 2004: 80 ff.). Angesichts der potenziellen Interessenvielfalt der Akteure in einem Gesundheitswesen, ihrer unterschiedlichen Organisationsfähigkeit und Verbandsmacht zählt Gesundheitspolitik, d. h. die politische Steuerung von Gesundheitssystemen durch demokratisch legitimierte Akteure, zu den kompliziertesten Steuerungsaufgaben von Regierungen (z. B. Alber 1988; Webber 1989; Mayntz 1990; Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992; Immergut 1992; Bandelow 1998, 2004).
- 2 Alber 1988; Böcken u. a. 2001; Kocher/Oggier 2004.

Kostenfaktor, sondern selbst Arbeitgeber mit großem Beschäftigungspotenzial, insbesondere im Pflegebereich, da die Zahl älterer und pflegebedürftiger Menschen – auch dank der Fortschritte der Medizin – beständig steigt (Heinze 2005). In Wirtschaft, Politik und Wissenschaft wachsen jedoch die Sorgen über die Kostenentwicklung der Gesundheitssysteme. Denn unabhängig davon, ob diese überwiegend aus Steuermitteln oder aus Versicherungsbeiträgen finanziert werden, müssen die finanziellen Mittel, die in die Gesundheitssysteme fließen, aus einer oder mehreren Quellen erbracht werden. Sie belasten entweder Steuerzahler und damit den Konsum, die öffentlichen Kassen oder aber den Faktor Arbeit über lohnbezogene Versicherungsbeiträge. Die Kostenentwicklung der zurückliegenden Jahre gab, ebenso wie die mittel- und unmittelbaren Folgen – z. B. Beitragssteigerungen, Anstieg der obligatorischen Lohnnebenkosten, Anstieg von kostenbedingter Arbeitslosigkeit – Anlass für zahlreiche kosten dämpfende Reformmaßnahmen.

Dieser Beitrag zeigt am Beispiel von acht westeuropäischen Ländern, in welche Richtung die aktuellen Reformen im Gesundheitswesen gingen, warum diese Maßnahmen eingeleitet wurden und welche institutionellen Faktoren die beabsichtigten Reformen begünstig oder auch behindert haben. Die untersuchten Gesundheitssysteme repräsentieren jeweils zwei Grundtypen: einerseits den eines im Wesentlichen steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienstes unter vergleichsweise starker staatlicher Lenkung und Kontrolle (Dänemark, Finnland, Großbritannien, Schweden) und andererseits Systeme mit obligatorischer Krankenversicherung (Deutschland, Frankreich, Niederlande, Schweiz), wobei in dieser Gruppe sowohl die Höhe der Versicherungsbeiträge, der Umfang der aus den Beitragsmitteln finanzierten Leistungen als auch das Ausmaß der staatlichen Steuerkapazitäten stark variieren. Die institutionellen Unterschiede zwischen den beiden Grundtypen zum einen, aber auch die organisatorische Vielfalt der Gesundheitspolitik zwischen den Ländern derselben Gruppe zum anderen geben Anlass für komparative Untersuchungen, die – unter prinzipiell ähnlichen Fällen – nach Erklärungen für unterschiedliche Politikergebnisse und den strukturellen Bedingungen von Reformen suchen. Prinzipiell ähnlich sind sich die acht Länder aufgrund ihrer sozialökonomischen Strukturen. Bei allen handelt es sich um hoch entwickelte westeuropäische Industrieländer. Sie sind Mitglieder der OECD, was eine einheitliche Quellenlage und -auswertung gestattet, und bis auf die Schweiz Mitglieder der Europäischen Union. In den Tabellen werden die Daten der Länder deshalb in Beziehung zu Durchschnittswerten der EU-, „Altmitglieder“ (je nach Jahr EU 9/12/15) sowie der westlichen OECD-Länder gesetzt, um zu veranschaulichen, wo sie sich sowohl im Einzelnen als auch in den jeweiligen Gruppen (Gesundheitsdienste und Versicherungssysteme) einordnen.

Der folgende Abschnitt gibt zunächst einen kurzen Überblick über wichtige Leistungsmerkmale der Gesundheitssysteme der acht Länder, gefolgt von einem Blick auf die allgemeinen Gesundheitsausgaben und die in ausgewählten Bereichen der Gesundheitssysteme. Sofern es die Datenlage erlaubt, erstreckt sich der Untersuchungszeitraum über die letzten zwanzig Jahre, da die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und Behandlungserfolge ebenso wie Strukturmerkmale und v. a. Strukturveränderungen nur in längerfristiger Perspektive sichtbar gemacht werden können. Im dritten Abschnitt stelle

ich Richtung und Absichten gesundheitspolitischer Reformansätze in den hier untersuchten Ländern vor, die eingebettet sind in eine kurze Darstellung wichtiger Strukturmerkmale des jeweiligen Gesundheitssystems.

2. Leistungsmerkmale und Kostenentwicklung der Gesundheitssysteme

Die Gesundheitssysteme der hier betrachteten Länder zählen zu den leistungsfähigsten der Welt. In den von der OECD regelmäßig abgefragten Standardleistungsmerkmalen wie Ärztedichte, Dichte des medizinischen Pflegepersonals, Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben pro Kopf liegen sie in der Regel über (in der Säuglingssterblichkeit meist unter) dem Durchschnitt der OECD-Mitgliedsländer. Auch unter den westlichen EU-Staaten sind die hier betrachteten Mitgliedsländer der Union in wichtigen Leistungsmerkmalen führend. Insbesondere Finnland und Schweden schneiden in vergleichenden Untersuchungen in Bezug auf Säuglings- und Müttersterblichkeit, die Bekämpfung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Tuberkulose und Lebererkrankungen sowie der Effizienz der Gesundheitssysteme (standardisierte Sterberaten/Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen) gut ab, gefolgt von den Niederlanden, der Schweiz und Deutschland, die in Bezug auf Effizienz Mittelfeldplätze belegen.³

Tabelle 1: Ausgewählte Leistungsmerkmale der Gesundheitssysteme (Stand 2003)

	Frei praktizierende Ärzte pro 1.000 Einwohner	Krankenschwestern pro 1.000 Einwohner*	Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner	Säuglingssterblichkeit**	Allgemeine Lebenserwartung	Gesundheitsausgaben pro Kopf***
NGD						
Dänemark	3,3	9,7	3,4	4,4	77,2	2.763
Finnland	3,1	9	2,3	3,1	78,5	2.118
Großbritannien	2,1	9,2	4,0	5,3	78,5	2.231
Schweden	3,0	8,8	2,4	3,1	80,2	2.594
VS						
Deutschland	3,4	9,7	6,6	4,2	78,4	2.996
Frankreich	3,4	7,2	3,8	3,9	79,4	2.903
Niederlande	3,1	12,8	3,2	4,8	78,6	2.976

3 Barth/Baur 2001: 139 f.; Oggier 2004: 82 ff.; OECD 2005.

Reformpolitik in westeuropäischen Gesundheitssystemen

Schweiz	3,6	10,7	6,5	4,3	80,4	3.781
OECD	2,9	8,2	4,0	6,1	77,8	2.307
EU-15	3,3	8,8	3,9	4,3	78,6	2.478

NGD = nationale Gesundheitsdienste; VS = Versicherungssysteme

* im ambulanten und stationären Bereich

** Todesfälle auf 1.000 Lebendgeburten

*** in US\$ KKP; KKP = Kaufkraftparität, die sich nach rechnerischer Konvertierung der Landeswährung in US\$ ergibt und anhand eines einheitlichen Warenkorbs die Kaufkraftparität berücksichtigt

Quelle: OECD (2005).

Großbritannien sticht mit mehreren Abweichungen vom EU-15-Durchschnitt, z. B. einer vergleichsweise geringen Ärztedichte, einer überdurchschnittlich hohen Säuglingssterblichkeit und unterdurchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen heraus, was häufig Anlass gab, das britische Gesundheitswesen als unterfinanziert und weniger leistungsfähig einzustufen.⁴ Blickt man jedoch auf die längerfristige Entwicklung der *Output*-Indikatoren, z. B. die Lebenserwartung oder die Säuglingssterblichkeit, zählt Großbritannien zu den Ländern mit überdurchschnittlichen Werten einer insgesamt positiven Entwicklung⁵ (Baur/Heimer/Wieseler 2001: Kap. 2).

Derartige Erfolge haben ihren Preis. Der Anteil aller Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt, d. h. für alle im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen, wie Honorare, Arznei- und therapeutische Hilfsmittel, Bau- und Betriebskosten für Krankenhäuser, Forschungsausgaben sowie Personal- und Verwaltungskosten, ist OECD-weit von 7,3 % im Jahre 1980 auf 9,3 % im Jahre 2003 gestiegen⁶ (Tabelle 2). Länder mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP sind heute in Westeuropa v. a. die Schweiz (11,5 %), Deutschland (11,1 %) und Frankreich (10,1 %), gefolgt von den Niederlanden (9,8 %) und Schweden (9,2 %) mit leicht überdurchschnittlichen Ausgaben, während Finnland und Großbritannien mit 7,4 % bzw. 7,7 % unterhalb des OECD- und auch westeuropäischen Durchschnitts liegen.

4 U. a. Baur/Heimer/Wieseler 2001: 66 ff.; Dixon/Robinson 2002: 108 f.; Oggier 2004: 83 f.

5 In allen westlichen EU-Ländern stieg die Lebenserwartung zwischen 1980 und 2003 um durchschnittlich 4,8 Jahre, die Säuglingssterblichkeit fiel im gleichen Zeitraum um durchschnittlich 7,5 Fälle auf 1.000 Geburten (OECD 2005). Großbritannien liegt in beiden Werten über dem Durchschnitt (Anstieg der Lebenserwartung um 5,4 Jahre und Fall der Säuglingssterblichkeit um 8,8 Fälle auf 1.000 Geburten), was einen deutlichen Qualitätsanstieg des britischen Gesundheitswesens signalisiert.

6 Die kostenintensivsten Sektoren der Gesundheitssysteme sind der stationäre Bereich, auf den OECD-weit knapp 40 % aller Gesundheitsausgaben der Länder entfallen, gefolgt von den Ausgaben für die ambulante Versorgung mit durchschnittlich 30 % und den für Arzneimittel (14,6 %). Der Anteil dieser drei Bereiche an den gesamten Gesundheitsausgaben schwankt jedoch von Land zu Land erheblich, ebenso wie die längerfristige Kostenentwicklung aufgrund unterschiedlicher Strukturprinzipien und Regulierungen durch die Regierungen unterschiedlich verlief. Dem Verlauf der sektoralen Kostenentwicklung widmet sich die Darstellung der Reformmaßnahmen der Regierungen in Abschnitt 3.

Blicken wir nicht auf einzelne Länder, sondern auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Abhängigkeit vom Gesundheitssystemtyp, fällt ein Muster auf. In den Versicherungssystemen finden sich sowohl die Länder mit den gegenwärtig höchsten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (Schweiz, Deutschland, Frankreich) als auch die mit den höchsten Zuwachsraten (Schweiz, Frankreich, Deutschland), während der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in den Ländern mit nationalen Gesundheitsdiensten im Laufe der zurückliegenden zweieinhalb Dekaden im Schnitt wesentlich langsamer stieg. In Dänemark und Schweden übertraf er bis in die 90er-Jahre zwar deutlich europäische und OECD-Mittelwerte, worin sich die hohen Versorgungsansprüche und -leistungen sozialdemokratisch dominierter skandinavischer Wohlfahrtsstaaten widerspiegeln. Auch heute noch liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Dänemark und Schweden über dem westeuropäischen Durchschnitt. In den drei skandinavischen Ländern war jedoch der Anstieg der Gesundheitsausgaben insgesamt moderat. Er folgte im Grunde der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts (Dänemark: -0,1 %; Schweden +0,1 %; Finnland +1 %). Der von europäischen und OECD-Tiefstwerten ausgehende Zuwachs der Gesundheitsausgaben in Großbritannien ist v. a. Ausdruck der Gesundheitspolitik der Labour Party, die seit ihrer Amtsübernahme 1997 die Zuwendungen an den nationalen Gesundheitsdienst NHS jährlich um etwa 6 % erhöhte, um die als chronisch unterfinanziert geltende öffentliche Gesundheitsversorgung zu verbessern (Dixon/Robinson 2002: 113).

Tabelle 2: Entwicklung der Gesundheitsausgaben am BIP (in %)

	1980	1990	2003	Δ 1980/2003
NGD				
Dänemark	9,1	8,5	9,0	- 0,1
Finnland	6,4	7,8	7,4	+ 1,0
Großbritannien	5,6	6	7,7	+ 2,1
Schweden	9,1	8,4	9,2	+ 0,1
ØNGD	7,6	7,7	8,3	+ 0,8
VS				
Deutschland	8,7	8,5	11,1	+ 2,4
Frankreich	7,1	8,6	10,1	+ 3,0
Niederlande	7,5	8,0	9,8	+ 2,3
Schweiz	7,4	8,3	11,5	+ 4,1
ØVS	7,7	8,4	10,6	+ 2,9
OECD*	7,3	7,6	9,3	+ 2,0
EU-9-12-15	6,6	7,3	8,7	+ 2,1

* zum Vergleich nur westliche OECD-Industrieländer (N = 22)

Quelle: eigene Berechnungen nach OECD (2005).

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Abhängigkeit vom Typ des Gesundheitssystems bestätigt den Befund Albers, wonach gesundheitspolitische Kurskorrekturen, seien dies Maßnahmen zur Kostenreduzierung oder aber der Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens, in Ländern mit nationalem Gesundheitsdienst leichter zu fallen scheinen als in Ländern mit einem Versicherungssystem (Alber 1988: 145). Während hier Kosten dämpfende Maßnahmen zwischen zahlreichen Akteurs- und Interessengruppen in langwierigen Prozessen verhandelt werden müssen und sich die Exekutivmacht der Regierungen im Extremfall auf Appelle an die Akteure der gesundheitspolitischen Selbstverwaltung erschöpft, haben Regierungen in Ländern mit staatlichen Gesundheitsdiensten einen höheren Zugriff auf ihre Gesundheitssysteme und damit mehr Steuerungskapazitäten. Das muss, wie im britischen Fall, nicht nur Ausgabenreduzierung bedeuten. Aber dann, wenn Regierungen zu der Auffassung gelangt sind, dass die Entwicklung der Gesundheitsausgaben beginnt, in gesamtwirtschaftlicher Hinsicht Begleit- oder Folgeschäden zu verursachen, haben sie über die Budgetplanung und Ressourcenallokation, die verbindliche Festlegung des Leistungskatalogs des öffentlichen Gesundheitswesens, die Preiskontrolle für alle kostenrelevanten Posten im Gesundheitswesen (z. B. Medikamente, Arzthonore) und die verbindliche Regulierung der Angebotsseite (bedarfsgenaue Ausbildung und Zulassung des medizinischen Personals) vollen Zugriff auf ihre Gesundheitssysteme. Unter diesen Bedingungen fällt die politische Steuerung des Subsystems „Gesundheitswesen“ leichter als in Versicherungssystemen mit einer Vielzahl an beteiligten Akteuren, wie z. B. den öffentlichen und privaten Krankenkassen, Ärzte- oder Pharmavereinigungen.

Wie immer, wenn sich zwei Struktur- oder Organisationsprinzipien gegenüberstehen, wird in der Politikwissenschaft nach Vor- und Nachteilen des einen oder anderen Prinzips gefragt. Aus Sicht der Governance-Forschung gelten nationale Gesundheitssysteme, wie eben skizziert, als leichter steuerbar (Alber 1988: 143 ff.; Immergut 1992: Kap. 2). Berichte über lange Wartezeiten auf Behandlungen, marode Kliniken, geringe Ärztedichte oder relativ hohe Sterberaten bei Leiden, die anderswo weniger häufig zum Tod führen, haben dagegen den schlechteren Ruf staatlicher Gesundheitsdienste begründet, wengleich dieser Befund auch immer der Fallauswahl, z. B. der Einbeziehung Großbritanniens und/oder Italiens geschuldet war (dazu Oggier 2004: 83 ff.). Gesundheitsdienste haben jedoch – neben ihrer prinzipiell höheren politischen Steuerbarkeit – den Vorteil, dass sie die für ihre Finanzierung notwendigen Mittel überwiegend aus dem Steueraufkommen des Staates erhalten. Auch wenn dieses Finanzierungsprinzip Einkommen in der Regel recht hoch belastet und sich über vergleichsweise hohe Mehrwertsteuersätze⁷ beim Konsum bemerkbar macht, bewirkt die Steuerfinanzierung, dass der Faktor Arbeit, anders als in Versicherungssystemen, in denen die Finanzierung des Gesundheitswesens überwiegend über lohnbezogene Sozialversicherungspflichtbeiträge erfolgt, nicht mit Lohnzusatzkosten belastet wird.

7 Insbesondere die skandinavischen Länder zählen mit Mehrwertsteuersätzen von 25 % (Dänemark, Schweden) und 22 % (Finnland) sowie hohen Einkommenssteuersätzen zu den steuerintensiven Ländern (dazu Wagschal 2001: 132). In Großbritannien korrespondiert die geringere Steuerintensität mit den ebenfalls geringeren Gesundheitsausgaben, allerdings liegt der Umsatzsteuersatz mit 17,5 % über dem in den beiden Versicherungsländern Deutschland (16 %) und der Schweiz (7,6 %).

In den Versicherungssystemen gibt es zwar nationale Varianzen in Bezug auf die Beitragshöhe und die Art und Weise der Beitragsbeteiligung von Beschäftigten und Arbeitgebern. Aber der steigende Finanzbedarf des Gesundheitswesens hatte in Versicherungssystemen entweder steigende Krankenversicherungsbeitragssätze (Deutschland) oder die Einführung und Ausweitung von Sozialversicherungssteuern (Frankreich, Niederlande) zur Folge (Tabelle 3). Steigende Versicherungsbeiträge bergen wiederum die Gefahr von steigenden Gesamtarbeitskosten und somit die von kostenbedingter Arbeitslosigkeit (siehe u. a. Scharpf 1987: Kap. 2). Sinken aufgrund steigender Arbeitslosigkeit die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, entsteht hier zwangsläufig ein Defizit, dem in der Regel mit Beitragserhöhungen begegnet wird. Somit kann in Versicherungssystemen ein unheilvoller Kreislauf aus steigenden Versicherungsbeiträgen, dem Anstieg von kostenbedingter Arbeitslosigkeit, Einnahmeausfällen, erneut steigenden Versicherungsbeiträgen, noch mehr Arbeitslosigkeit etc. in Gang gesetzt werden, der sich auf stets höherem Beitrags- und niedrigerem Beschäftigungsniveau reproduziert.

Tabelle 3: Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung in Versicherungssystemen*

	1980			1990			2004/05		
	AG	AN	Ges.	AG	AN	Ges.	AG	AN	Ges.
Deutschland , seit 1995 gesonderte Pflegeversicherung	5,7	5,7	11,4	6,4	6,4	12,8	7,1	7,1	14,2
Frankreich** , CMU	8,95	5,5	14,45	12,6	5,9	18,5	12,8	0,75	13,55
CSG	/			1			7,5		
Niederlande*** , ZFW	4,05	4,05	8,1	4,85	3,05	7,9	6,75	1,45	8,2
AWBZ	3,2			5,4			13,45		

* AG steht für Arbeitgeber, AN für Arbeitnehmer. In den staatlichen Gesundheitsdiensten werden entweder keine (Dänemark) oder nur geringfügige Krankenversicherungsbeiträge, in der Regel vom Arbeitgeber, abgeführt. In Finnland belaufen sie sich gegenwärtig auf 1,6 % der Löhne und Gehälter im privaten Sektor und 2,85 % im öffentlichen Dienst. In Schweden zahlen Arbeitgeber Beiträge in Höhe von 8,5 % des Bruttolohnes in einen Sozialversicherungsfond, aus dem wiederum Mittel für die lokale Gesundheitsversorgung bereitgestellt werden. In Großbritannien entrichten Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei Einkommen ab 87 £/Woche (126 €) so genannte Globalbeiträge in einen Sozialversicherungsfond, aus dem neben dem NHS mehrere Versicherungszweige (Invalidität, staatliche Rente, Arbeitslosenversicherung) bedient werden. Diese Beiträge sind im Laufe der letzten zwanzig Jahre gestiegen: von 10 % 1980 auf gegenwärtig 12,8 % für Arbeitgeber und von 6,5 % auf nunmehr 11 % für Beschäftigte.

** CMU steht für die allgemeine gesetzliche Krankenversicherung (*Couverture maladie universelle*), CSG ist die Abkürzung für eine allgemeine Sozialversicherungsabgabe (*contribution sociale généralisée*), die auf alle Einkommensarten erhoben wird. Weitere Erläuterungen folgen im Text.

Reformpolitik in westeuropäischen Gesundheitssystemen

	1980			1990			2004/05		
	AG	AN	Ges.	AG	AN	Ges.	AG	AN	Ges.
<p>*** ZFW ist die Abkürzung für <i>Ziekenfondswet</i>, d. h. Krankenversicherungsgesetz. AWBZ (<i>Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten</i>) steht für das Gesetz zur Finanzierung besonderer Krankheitskosten (siehe Abschnitt 3b(2)). Hierbei handelt es sich, ähnlich wie bei der CSG in Frankreich, um eine Sozialversicherungssteuer, die jedoch zweckgebunden, nämlich zur Absicherung von Langzeitpflege, erhoben wird.</p> <p><i>Quellen:</i> Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 348; EU-Kommission 2000; Bundesversicherungsanstalt für Angestellte 2004; Großbritannien 2004; Niederlande 2005.</p>									

Die Angaben über die aktuelle Höhe und die Entwicklung der Ausgaben für ein Gesundheitssystem sagen jedoch noch nichts über das Verhältnis zwischen den aus öffentlichen und privaten Mitteln erbrachten Leistungen, über die Lastenverteilung und Reformrichtungen im Gesundheitswesen der Länder aus. Im folgenden Abschnitt soll daher gezeigt werden, welche Reformmaßnahmen in den Gesundheitssystemen der acht Länder in den letzten Jahren durchgeführt worden sind, um entweder die Versorgung und Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu verbessern (Großbritannien, z. T. Schweiz) oder aber den Kostenanstieg zu begrenzen bzw. die Lasten einer umfassenden Gesundheitsversorgung anders zu verteilen (alle anderen Länder). Zu wessen Lasten diese Veränderungen stattgefunden haben, wird dabei ebenso zur Sprache kommen wie die institutionellen Bedingungen in den Gesundheitssystemen der Länder, verbunden mit der Frage danach, welche Institutionen und Akteurskonstellationen die Reformpolitik der Regierungen eher begünstigt oder behindert haben.

3. Strukturmerkmale und Reformansätze

a) Nationale Gesundheitsdienste

Die Gesundheitssysteme der drei skandinavischen Länder und Großbritanniens ähneln sich in wesentlichen Punkten. In allen Fällen handelt es sich um staatliche Gesundheitsdienste, die überwiegend aus Steuermitteln finanziert werden. Alle Einwohner haben Zugang zu den Leistungen des Gesundheitsdienstes. Eine Trennung zwischen gesetzlich und privat versicherten Personen gibt es nicht. Allerdings besitzt ein Teil der Bevölkerung private Zusatzversicherungen⁸, die Kosten für privat erbrachte Zusatzleistungen oder Maßnahmen erstatten, die nicht (mehr) im Grundleistungskatalog enthalten sind (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 27; Vallgård u. a. 2002: 24).

8 Der Anteil der Inhaber privater Zusatzversicherungen schwankt erheblich, ebenso wie die Höhe der Versicherungsprämien und der Leistungsumfang variieren. Während in Dänemark etwa 30 % der Bevölkerung private Zusatzversicherungen besitzen, ist der Anteil der Inhaber privater Zusatzversicherungen in Schweden und Finnland mit etwa 2 % wesentlich geringer (Vallgård u. a. 2002: 19; Léon/Rico 2002: 93). In Großbritannien liegt er bei 11,5 % (Dixon/Robertson 2002: 104). Hierbei handelt es sich fast ausschließlich um Besserverdienende, die mit einer Privatversicherung eine privilegierte stationäre Behandlung (Einzelzimmer, Chefarztbehandlungen usw.) erwerben können.

(1) *Skandinavien*

Im Unterschied zum britischen NHS zeichnen sich die skandinavischen Gesundheitsdienste durch ein hohes Maß an administrativer und finanzieller Dezentralisierung aus. Die Zuständigkeit für die medizinische Versorgung der Bevölkerung liegt bei den Gemeinden. Zur Erbringung ihrer Versorgungs- und Pflegeleistungen erheben sie lokale Einkommenssteuern und erhalten von ihrer Zentralregierung weitere Zuschüsse aus dem allgemeinen Steueraufkommen. Der Anteil der zentralstaatlichen Subventionierung variiert in Abhängigkeit von der Bevölkerungsstruktur der Gemeinden. Im Schnitt beträgt er jedoch ca. 20 % in Dänemark und Schweden und ca. 30 % in Finnland (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 25; 49; EU-Kommission 2003a: 8). In Finnland und Schweden fließen weitere Mittel an die Gemeinden aus nationalen Sozialversicherungsfonds, in die entweder Arbeitnehmer und Arbeitgeber (Finnland) oder Arbeitgeber allein (Schweden) vergleichsweise geringe Sozialversicherungsbeiträge einzahlen (Tabelle 3).

Die Ausgaben der Gemeinden für die medizinische Versorgung, Alten- und Krankenpflege, den Betrieb von Krankenhäusern und Personalkosten sind hoch. Etwa 80 % der Gesamtausgaben entfallen auf das lokale Gesundheitswesen. Krankenhäuser befinden sich in der Regel im Besitz der Gemeinden, ein Großteil aller Ärzte ist entweder direkt bei den Kommunen, in Krankenhäusern oder den lokalen Gesundheitszentren angestellt. Die angestellten Ärzte und Pfleger erhalten Gehalt, das zwischen Gewerkschafts- und Gemeindevertretern ausgehandelt wird und von Gemeinde zu Gemeinde variieren kann. Niedergelassene Ärzte und Spezialisten, die in den Kliniken neben ihrer Dienstzeit private Sprechstunden abhalten dürfen, rechnen nach einem Honorarsystem ab, das zwischen ihren Vertretern und den Gemeinderäten (Schweden), dem staatlichen Krankenversicherungsfond (Finnland) oder auf zentralstaatlicher Ebene (Dänemark) verhandelt wird, in allen Fällen aber für Angehörige derselben Fachrichtung landesweit einheitlich gilt.⁹ In der Regel handelt es sich bei der Vergütung um Pauschalsätze im Rahmen von jährlich festgelegten Praxisbudgets („set fee for patients“) für die jeweiligen Fachrichtungen, die von privaten Zuzahlungen ergänzt werden.

Die Rolle der Zentralregierungen und ihrer Behörden liegt in den drei skandinavischen Ländern v. a. in der Festlegung der Grundsätze der Gesundheitspolitik, in den Verhandlungen mit den Gemeinden über die Höhe der lokalen Einkommenssteuersätze, die Zuschüsse und Verteilungsschlüssel an die Kommunen aus dem allgemeinen Steueraufkommen des Zentralstaates, die Regelung des Finanzausgleichs zwischen den Gemeinden, Angebots- und Preiskontrollen bei Medikamenten und teilweise in der Festlegung bzw. Änderung des Grundleistungskatalogs des Gesundheitswesens durch die Gesundheitsministerien. Darüber hinaus legen die Gesundheitsministerien Obergrenzen für individuelle Zuzahlungen zu Behandlungen und Medikamenten fest.

Das Maß an zentralstaatlicher Regulierung des Gesundheitswesens ist in Dänemark am höchsten. Die Regierung verhandelt nicht nur direkt mit den Ärzten die Höhe der Ho-

9 Baur/Heimer/Wieseler 2001: 50; Vallgård u. a. 2002: 20; Léon/Rico 2002: 95.

norare für ambulant erbrachte Leistungen, sie lenkt auch direkt die Anzahl der Approbationen, die geographische Verteilung der Ärzte und Zahnärzte sowie die Zulassung von Apotheken (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 30; Vallgård u. a. 2002: 24). Eine vom Gesundheitsministerium regelmäßig überarbeitete Positivliste für Medikamente reguliert zudem die Anzahl der aus dem nationalen Gesundheitsdienst finanzierten Medikamente und bestimmt deren Preis. Derartige Positivlisten gibt es auch in den beiden anderen skandinavischen Ländern und darüber hinaus in Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz. Sie gelten in der Literatur sowie den öffentlichen Diskussionen als wirksames Mittel zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben (z. B. Funk/Winkler 1997: 167; Der Spiegel, 28.07.03, S. 22).

Ein Blick auf die Entwicklung der Arzneimittelausgaben in allen hier untersuchten Länder zeigt allerdings, dass allein die Existenz von Positivlisten noch kein hinreichendes Kriterium zur Kostenbegrenzung ist. In Dänemark hat die vergleichsweise hohe staatliche Regulierungsintensität auf dem Arzneimittelsektor zwar geholfen, die Ausgaben für Medikamente während der letzten 15 Jahre nahezu konstant bei etwa 10 % der Gesamtgesundheitsausgaben zu halten. In Finnland und Schweden sind die Arzneimittelausgaben hingegen trotz Positivliste und Aufsicht durch die Gesundheitsministerien deutlicher gestiegen (um 6 % bzw. 5 %). Der vergleichsweise hohe Anstieg in Schweden und Finnland kann u. a. damit erklärt werden, dass die Preise und Erstattungsleistungen von den Provinziallandtagen festgelegt werden und sich Hersteller von Pharmaprodukten hier, auch dank Unterstützung liberaler Abgeordneter, gegen Einschnitte bei der Erstattungsfähigkeit von Medikamenten oder den verstärkten Einsatz von Generika durchsetzen konnten, obwohl die Gesundheitsministerien diesen fordern (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 53; Léon/Rico 2002: 99).

Dennoch haben Kosten sparende Strukturmerkmale und Reformmaßnahmen in den zurückliegenden Jahren dazu beigetragen, das Wachstum der Gesundheitsausgaben in den drei skandinavischen Ländern zu begrenzen. Zu den Kosten sparenden Strukturmerkmalen zählen insbesondere die Konzentration der ambulanten Versorgung in lokalen Gesundheitszentren in Finnland und Schweden, die als Anlaufstelle nicht nur die Grundversorgung erbringen, sondern auch die in Deutschland seit Jahren geforderte „Lotsenfunktion“ übernehmen (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 51). In Finnland arbeiten etwa 90 % der Allgemeinmediziner in den Gesundheitszentren, in Schweden sind es 80 % (Bathelt 2004: 14). Die Gesundheitszentren beschäftigen neben den Allgemeinmedizinern auch Spezialisten – diese teilweise in Zeitarbeit –, Zahnärzte und Pflegepersonal unter einem Dach. Das erlaubt bei Bedarf eine rasche und adäquate Weiterbehandlung und schließt Kosten treibende Mehrfachuntersuchungen aus. In Dänemark wird die ambulante Erstversorgung zwar noch zu etwa 50 % von frei praktizierenden Allgemeinmedizinern geleistet, aber der Trend geht auf Betreiben der Regierung zur Eröffnung von Gemeinschaftspraxen. Die Allgemeinmediziner fungieren auch hier als erste Anlaufstellen und „Lotsen“, denn die Überweisung zu einem Spezialisten oder die Einlieferung in ein Krankenhaus setzt den Besuch eines allgemeinen Arztes voraus (Vallgård u. a. 2002: 24).

Im stationären Bereich wurde in allen drei Ländern versucht, durch den Ausbau von Tageskliniken in den Gesundheitszentren die Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern zu verkürzen oder durch Bettenabbau oder gar Krankenhausschließungen (v. a. in Dänemark) die Kosten zu senken¹⁰ (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 26). Diese Maßnahmen standen im Zusammenhang mit einer in allen drei Ländern zu beobachtenden restriktiven Finanzpolitik der sozialdemokratischen Regierungen während der 90er-Jahre (Green-Pedersen u. a. 2001; Grabow 2005a: Kap. 3 und 10), die soweit ging, dass einige Beobachter bereits das Ende des skandinavischen Wohlfahrtsstaates gekommen sahen (Trautwein 2000: 148). Tatsächlich hat sich die Versorgungssituation durch diese Maßnahmen verschlechtert, denn v. a. in Dänemark und Schweden nahmen die Wartezeiten auf alle nicht akuten Behandlungen zu (Léon/Rico 2002: 98) und waren Anlass für die politischen Parteien, der Verkürzung oberste programmatische Priorität einzuräumen (Vallgård u. a. 2002: 27).

(2) Großbritannien

Lange Wartezeiten bei nicht akuten Erkrankungen, ein mangelhafter baulicher Zustand der Krankenhäuser und eine unterdurchschnittliche Ärztedichte waren bzw. sind auch Probleme im britischen Gesundheitswesen. Im Gegensatz zu den anderen Ländern ging es der britischen Regierung deshalb zuletzt nicht primär um Kostensenkungen im Gesundheitswesen, sondern um die Verbesserung der Leistungsfähigkeit. Die Labourregierung hat die Ausgaben für den nationalen Gesundheitsdienst beständig erhöht (siehe Abschnitt 2). Folglich stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP seit der Amtsübernahme der Labour Party von 7 auf nunmehr 7,7 % an, wenngleich dies im internationalen Vergleich nach wie vor deutlich unterdurchschnittlich ist (Tabelle 2). In den letzten zehn Jahren stieg jedoch die Ärztedichte von 1,7 auf 2,1 Ärzten pro 1.000 Einwohner an, ebenso wie die Dichte des mittleren medizinischen Personals (Krankenschwestern, Pfleger, Hebammen) zunahm, was die Bemühungen der Regierung, die medizinische Versorgung zu verbessern, veranschaulicht.

Das britische Gesundheitswesen ist, wie das in den skandinavischen Ländern, staatlich. Trotz administrativer Dezentralisierungen in den letzten Jahren unterliegt es jedoch einem höheren Maß zentralstaatlicher Lenkung. Etwa 80 % der Gesundheitsausgaben werden aus dem allgemeinen Steueraufkommen erbracht. Knapp 10 % kommen aus dem nationalen Sozialversicherungsfond, in den Arbeitgeber und Arbeitnehmer so genannte Globalbeiträge für mehrere Versicherungszweige einzahlen (Tabelle 3). Die restlichen

10 Zwischen 1990 und 2004 fielen die Kosten für die stationäre Betreuung in allen drei skandinavischen Ländern um mehr als 7 %. Das liegt deutlich über dem OECD-Mittelwert von -4,7 % und widerspiegelt die Bemühungen, die Versorgung vom kostenintensivsten Bereich des Gesundheitswesens in den ambulanten zu verlagern. Die Kostenentwicklung im stationären Bereich geht einher mit der verkürzten Verweildauer in den Kliniken, die in den skandinavischen Ländern auf durchschnittlich 7 Tage gesenkt wurde, das sind knapp 3 Tage weniger als der Durchschnitt für die westlichen OECD-Industrieländer (OECD 2005).

10 % werden über private Zuzahlungen erbracht. Das Budget für den nationalen Gesundheitsdienst NHS wird zwischen Finanz- und Gesundheitsministerium verhandelt und dann an lokale Gesundheitsbehörden, die *Primary Care Trusts*, verteilt (Dixon/Robertson 2002: 107 f.). Die lokalen Gesundheitsbehörden verwalten die Mittel und sind im Auftrag des Gesundheitsministeriums Vertragspartner für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte. Das Krankenhauspersonal ist bei den lokalen Gesundheitsbehörden angestellt. Die Löhne und Gehälter im britischen Gesundheitswesen sind in den letzten zehn Jahren erheblich gestiegen, teilweise, weil die Regierung die Mittel deutlich erhöht hat, um Engpässe beim Personal durch Einkommenssteigerungen zu mindern, teilweise bedingt durch die zersplitterte Tarifparteienlandschaft Großbritanniens, in der sich die lokalen Gesundheitsbehörden zahllosen Gewerkschaften gegenübersehen, die mit expansiver Lohnpolitik um Mitglieder konkurrieren (OECD 2004: 76 ff.).

Drei Viertel der niedergelassenen Mediziner arbeiten in Gemeinschaftspraxen mit fünf oder sechs Ärzten oder größeren Gesundheitszentren, in denen Spezialisten mehrerer Fachrichtungen unter einem Dach vereint sind (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 61). Die Erstversorgung erfolgt jedoch stets durch allgemeine Ärzte, die, wie in den skandinavischen Ländern, eine „gatekeeper“-Rolle übernehmen. Die niedergelassenen Ärzte erhalten von den lokalen Gesundheitsbehörden ein jährlich überarbeitetes Budget und rechnen nach Fallpauschalen ab.¹¹ Die Höhe des Budgets richtet sich nach der Zahl der in den Praxen registrierten Patienten. Der Zugang zu Allgemeinmedizinerinnen ist relativ stark reguliert. Patienten müssen sich, ähnlich wie in Dänemark, bei einem Hausarzt registrieren lassen. Ist dort die Kapazitätsgrenze erreicht, werden Patienten an noch nicht ausgelastete Praxen bzw. Gesundheitszentren verwiesen (Dixon/Robertson 2002: 110). Die Lotsenfunktion der britischen Hausärzte und die Steuerung der Patientenzahlen durch die lokalen Gesundheitsbehörden gelten als wirksame Mittel zur Kapazitätsauslastung und gleichzeitig als Effizienz steigernd und Kosten sparend (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 60 f.).

Im stationären Bereich wurde der Reformschwerpunkt in den zurückliegenden Jahren nicht (mehr) auf Bettenabbau, sondern – wie in allen anderen Ländern auch – auf Verkürzung der Aufenthaltsdauer gelegt. Tatsächlich sank sie durch technologisch bedingte Behandlungsfortschritte zum einen und durch Übernahme zahlreicher Behandlungen durch Tageskliniken und die Gesundheitszentren zum anderen mit 7 Tagen leicht unter den OECD-Durchschnitt¹² von knapp 10 Tagen (OECD 2005). Da die Krankenhäuser Ver-

- 11 Die Vergütung nach Fallpauschalen gilt im Vergleich zu leistungsorientierter Vergütung ohne Budgetierung als weniger Kosten treibend (Barth/Baur 2001: 140; Britt/Brombacher Steiner/Streit 2004: 164). Sie birgt jedoch zumindest theoretisch die Gefahr einer geringeren Versorgung, weil das Honorar pro Fall unabhängig vom Umfang der erbrachten Leistung ist (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 124). Was der Arzt also tut, ist am Ende Vertrauenssache. Frei praktizierende und Krankenhausärzte sind allerdings per Gesetz dazu angehalten, alle „medizinisch notwendige Leistungen“ im Rahmen ihrer Budgets zu erbringen (Dixon/Robertson 2002: 104).
- 12 Über dem Durchschnitt liegt die Aufenthaltsdauer derzeit noch in Frankreich und der Schweiz mit knapp 13 Tagen. In Deutschland beträgt sie durchschnittlich 11 Tage. Die Niederlande liegen mit 9 Tagen leicht unter dem Schnitt der westlichen OECD-Länder (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 91; Undritz 2004: 134; OECD 2005). Am kürzesten ist die Verweildauer mittlerweile in Skandinavien (siehe Anmerkung 10).

tragspartner der lokalen Gesundheitsbehörden sind, und diese wiederum ihre Mittel von der Regierung erhalten, liegen im britischen NHS, ähnlich wie im dänischen Gesundheitsdienst, Finanzierung, Verwaltung und Leistungserbringung institutionell sehr eng beieinander, was nicht nur für die politische Steuerung des Systems und die wirksame Kostenkontrolle günstig ist. Das britische Gesundheitssystem hat – nach Dänemark – auch die zweitniedrigsten Verwaltungskosten der hier untersuchten Gesundheitssysteme.¹³

(3) Weitere Kosten senkende Maßnahmen

Zwei weitere Maßnahmen zur Kostenreduzierung des Gesundheitswesens waren die Ausdünnung des Leistungskatalogs des staatlichen Gesundheitsdienstes durch die zuständigen Ministerien und die Einführung bzw. Ausweitung der Zuzahlungen durch Patienten. Dies war jedoch nicht auf die Länder mit nationalen Gesundheitsdiensten beschränkt. Wie die folgende Tabelle veranschaulicht, ist der Anteil der aus öffentlichen Mitteln (Steuern und/oder Beiträgen) erbrachten Leistungen an den Gesamtausgaben der Gesundheitssysteme, die so genannte „Deckungsrate“, im Laufe der letzten 20 Jahre sowohl OECD- als auch EU-weit sowie in sieben der acht untersuchten Länder deutlich gefallen. Hinter dieser Entwicklung stecken Ausgliederungen von Leistungen aus dem Erstattungskatalog der Gesundheitsdienste, v. a. für Zahnbehandlungen, Brillen, Kuren, Fahrtkostenerstattungen und Medikamente. Für die Länder mit nationalem Gesundheitsdienst ist v. a. für Schweden, Dänemark und Großbritannien ein recht deutlicher Fall der definitionsgemäß ursprünglich höheren Deckungsrate festzuhalten, während sie in Finnland zwar weniger deutlich fiel, aber von vornherein kleiner war als in den anderen drei Ländern. Die Entwicklung nach Gesundheitssystemtypen bestätigt zudem den bereits angesprochenen Befund, dass in dem Moment, von dem an die politisch Verantwortlichen in einer Ausdünnung des Leistungskatalogs eine Möglichkeit der Kostenreduzierung (bzw. einer anderen Verteilung) erkennen, diese in nationalen Gesundheitssystemen leichter durchzusetzen ist als in Versicherungssystemen, weil die politischen Akteure in den staatlichen Gesundheitsdiensten über ein höheres Maß an Steuerungskapazität und exekutiver Durchsetzungsfähigkeit verfügen als ihre Kollegen in Versicherungssystemen (Immergut 1992: Kap. 1).

Die Versicherungssysteme sind jedoch in Bezug auf Höhe und Entwicklung der Deckungsrate recht heterogen. Sie schwankt zwischen derzeit knapp 60 % in der Schweiz und knapp 80 % in Deutschland, wo sie während der zurückliegenden 20 Jahre nahezu

13 Der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamtkosten der Gesundheitssysteme ist in Ländern mit staatlichem Gesundheitsdienst im Schnitt nur etwa halb so hoch (1,9 %) wie in den Versicherungssystemen (4,1 %). Am geringsten sind sie in Dänemark (1 %), gefolgt von Großbritannien (2 %), Finnland (2,1 %) und Schweden (2,4 %). Deutschland liegt hier mit Abstand vorn, der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens beläuft sich auf 5,6 %. Es folgen die Schweiz (4,8 %) und Holland (4 %). Frankreich weicht allerdings mit nur 1,9 % Verwaltungskosten ab.

konstant blieb. Zudem widerspiegelt ihr Verlauf einerseits die Bemühungen um den Ausbau der öffentlichen Gesundheitsversorgung (Schweiz) und deutlichen Kürzungen andererseits (Niederlande), was mit dem institutionell bedingten Steuerungsvermögen, dem Zugriff der Regierungen auf ihre Gesundheitssysteme und der Situation des öffentlichen Gesundheitswesens in den 80er-Jahren erklärt werden kann (siehe Abschnitt 3b).

Tabelle 4: Deckungsrate in den Gesundheitssystemen*

	1980	1990	2003	Δ 1980/2003
NGD				
Dänemark	88	82,7	83	-5
Finnland	79	81	76,5	-2,5
Großbritannien	89,4	83,6	83,4	-6
Schweden	92,5	90	85,3	-7,2
ØNGD	87,2	84,3	80,2	-5
VS				
Deutschland	78,7	76,2	78,2	-0,5
Frankreich	80,1	76,6	76,3	-3,8
Niederlande	69,4	67,1	62,4	-7
Schweiz	50,3	52,4	58,5	+8,2
ØVS	69,6	68	68,8	-0,8
OECD**	76,6	74,2	72,5	-4,1
EU-9-12-15	82,8	75,3	74,5	-8,3

* Anteil der aus öffentlichen Mitteln (Steuern und/oder Beiträgen) erbrachten Leistungen an den Gesamtgesundheitsausgaben in Prozent

** nur westliche OECD-Industrielländer (N = 22)

Quelle: eigene Berechnung nach OECD (2005).

Der Fall der Deckungsraten des öffentlichen Gesundheitswesens geht einher mit der Einführung bzw. Ausweitung der Zuzahlungen durch die Patienten. Diese „Nutzergebühren“ wurden während der 90er-Jahre in allen Ländern eingeführt oder angesichts der sich kontinuierlich verschärfenden finanziellen Situation der öffentlichen Versorgungssysteme angehoben.¹⁴ Tabelle 5 gibt an, welche Höhe sie heute in den untersuchten Ländern erreichen.

14 Siehe u. a. OECD 2002: 86; EU-Kommission 2003a; Hemmer/Bauer 2003; Oggier 2004: 78 f.; Holst 2004.

Tabelle 5: „Nutzergebühren“ in den Gesundheitssystemen der Länder (Regelsätze)

	Ambulante Versorgung	Krankenhausaufenthalt	Verschreibungspflichtige Arzneimittel	Obergrenze in € p.a.
Dänemark	Keine bei Arztbesuchen, bis zu 100 % bei Zahnbehandlungen	/	Preise bis: 67 € 100 % 160 € 50 % 375 € 25 % darüber 15 %	482,4
Finnland	60 % bei Zahnbehandlungen	/	8,41 pro Packung	594
Großbritannien	80 % bei Zahnbehandlungen	/	8,98 € pro Packung	513 (nur bei Zahnbehandlungen)
Schweden	11-15 € für Besuche von allg. Ärzten, 16-27 € für Besuche bei Spezialisten, 60 % bei Zahnbehandlungen	8,60 €/Tag	Preise bis: 99 € 100 % 187 € 50 % 363 € 25 % 472 € 10 %	472 für Arzneimittel
Deutschland*	10 €/Quartal plus 10 € bei Notfällen, 50 % bei Zahnbehandlungen, mit Ausnahme von präventiven Untersuchungen	10 €/Tag	5 bis 10 € pro Packung	2 % des jährlichen Bruttoeinkommens, ca. 600
Frankreich	30 % der Behandlungskosten, mindestens 10 € pro Besuch, 65 % bei Zahnbehandlungen	10,67 €/Tag	35 % des Preises	200 (nur stationäre Kosten), sonst kein Limit
Niederlande	keine bei Besuchen von allg. Ärzten, der Rest variiert nach Versicherungsart	4 €/Tag	20 %	1.631 für AWBZ

Reformpolitik in westeuropäischen Gesundheitssystemen

	Ambulante Versorgung	Krankenhausaufenthalt	Verschreibungspflichtige Arzneimittel	Obergrenze in € p.a.
Schweiz	Variiert nach Versicherer	6,81 €/Tag	Variiert nach Versicherer	476

* gilt nur für gesetzlich Versicherte

Quellen: Busse 2002a, 2002b; Dixon/Robertson 2002; Léon/Rico 2002; Sandier u. a. 2002; Vallgård u. a. 2002; EU-Kommission 2003a, 2003b, 2003c, 2003d; Lampert/Althammer 2004: 262 ff.

Bis auf Schweden sind ambulante und stationäre Behandlungen in den Ländern mit nationalem Gesundheitsdienst zwar kostenfrei, aber für Zahnbehandlungen und Medikamente werden auch hier teilweise erhebliche Zuzahlungen der Patienten fällig. Während in Dänemark und Großbritannien zur Erstattung dieser Zuzahlungen der Anteil der Inhaber privater Zusatzversicherungen deutlich auf 30 % bzw. 11 % zugenommen hat, ist der private Krankenversicherungsmarkt in Finnland und Schweden kaum entwickelt (vgl. Anmerkung 8). Die Regierungen beider Länder haben die Zulassung privater Anbieter bisher nicht gestattet, weil sie verhindern wollten, dass sich ein Teil der Bevölkerung aus dem solidarischen Gesundheitssystem verabschiedet. In Schweden sind die Zuzahlungsbeträge zudem regionalisiert, denn sie werden von den Provinziallandtagen in Abhängigkeit von der finanziellen Lage der Gemeinden bis zu einer von der Zentralregierung limitierten Höchstgrenze festgelegt. Bezieher niedriger Einkommen und chronisch Kranke können allerdings Zuschüsse von den Gemeinden beantragen, Schwangere sind, wie in den anderen Ländern auch, ganz von Zuzahlungen befreit.

Die Einführung von „Nutzergebühren“ war und ist höchst umstritten (Holst 2004). Während die Befürworter darin ein wirksames Mittel zur Kostenbegrenzung im öffentlichen Gesundheitswesen und zum bewussteren Umgang mit kostbaren Ressourcen sehen, heben Kritiker u. a. die Aufhebung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge oder die Schwächung des Solidarprinzips der Krankenversicherung hervor. Gewarnt wird zudem vor den noch nicht vollständig nachweisbaren Langzeitfolgen der Selbstbeteiligungen, v. a. davor, dass einkommensschwache Personen aus Sorge vor den Zuzahlungen auf Arztbesuche verzichten und dadurch in sozial schwächeren Schichten vermeidbare Krankheiten zunehmen, deren Bekämpfung am Ende zu einem höheren Kostenanstieg im Gesundheitswesen führt. In gesamtwirtschaftlicher Perspektive bergen erhöhte Zuzahlungen zudem die Gefahr, dass die verfügbaren Haushaltseinkommen sinken, wenn mehr Mittel für die Gesundheitserhaltung aufgebracht werden müssen. Daher sind bei Einführung oder Ausbau der Nutzergebühren (Einkommens-)Steuersenkungen erforderlich, um das Absinken der Haushaltseinkommen und eine beschäftigungsfeindliche Schwächung der Kaufkraft der Haushalte zu vermeiden. Dieser Zusammenhang wurde in den meisten Ländern erkannt. In Dänemark, Finnland, Schweden, Großbritannien, den Niederlanden und zuletzt auch in der Bundesrepublik sind mit Erhöhung der Zuzahlungen die (lokalen) Einkommenssteuersätze gesenkt worden, um zu verhindern, dass mit der Bekämpfung des einen Übels (finanzielle Defizite im öffentlichen

Gesundheitswesen) ein anderes (Anstieg „keynesianischer“ Arbeitslosigkeit) verursacht wird (dazu z. B. Grabow 2005a: Kap. 3 und 9).

b) *Versicherungssysteme*

Krankenversicherungssysteme funktionieren recht unterschiedlich. Gemeinsam ist ihnen lediglich, dass sie überwiegend aus Versicherungsbeiträgen finanziert werden.¹⁵ Diese Beiträge schwanken allerdings zwischen den Ländern in ihrer Höhe und auch danach, wer sie leistet. In Deutschland, Frankreich und den Niederlanden zahlen Arbeitnehmer und Arbeitgeber einkommensabhängige Beiträge an die Krankenkassen (Tabelle 3), während sich in der Schweiz jeder Erwachsene mit einer individuellen Gesundheitsprämie gegen Krankheit und Behandlungskosten versichert. Länder mit Krankenversicherungssystem können daher weiter unterteilt werden in solche mit geteilter Beitragsfinanzierung und hoher Deckungsrate der aus den Beiträgen erbrachten Leistungen (Deutschland, Frankreich), solche mit geteilter Beitragsfinanzierung und niedriger Deckungsrate (Niederlande) und schließlich in Länder mit ausschließlich privat erbrachter Krankenpflichtversicherung ohne Arbeitgeberbeteiligung (Schweiz).

(1) *Schweiz*

In der Schweiz, um mit dem Fall zu beginnen, der in den Gesundheitsreformdiskussionen in Deutschland immer wieder gern vom Arbeitgeberlager und von liberal-konservativer Seite ins Spiel gebracht wird (z. B. Herzog-Kommission 2003), ist 1996 die gesetzliche Krankenversicherungspflicht in Kraft getreten. Sie verlangt, dass alle Schweizer im Besitz einer Krankenversicherung sind, die die Kosten der medizinischen Grundversorgung abdeckt. Krankenversicherungen werden ausschließlich von privaten Versicherungsunternehmen angeboten, öffentliche Krankenkassen gibt es nicht. Die Versicherungen sind seit Inkrafttreten des neuen Gesetzes verpflichtet, Antragsteller zu versichern, die ihren Wohnsitz in dem Kanton haben, in dem die Versicherung tätig ist. Die Versicherten sind frei in der Gestaltung der Prämien bis zu einer Obergrenze, die vom Bundesamt für Sozialversicherung festgelegt wird. Im bundesweiten Schnitt beträgt die Gesundheitsprämie 215 SFr. pro Monat (146,50 €). Sie schwankt jedoch stark zwischen den Kantonen und Versicherungen. Extrema sind der Kanton Appenzell-Innerrhoden mit Gesundheitsprämien von 145 SFr. (98,80 €) im Monat auf der einen und der Kanton Genf mit 314 SFr. (214 €) auf der anderen Seite (Frei 2004: 147; Gilliland 2004: 125).

15 Der Anteil der Versicherungsbeiträge an den Gesundheitsausgaben beläuft sich auf knapp 90 % in Deutschland, 78 bzw. 76 % in den Niederlanden und Frankreich sowie knapp 60 % in der Schweiz. Der Rest wird im Wesentlichen durch individuelle Zuzahlungen und nur geringfügig durch staatliche Zuschüsse erbracht (Busse 2002a, 2002b; EU-Kommission 2003a, 2003b, 2003c, 2003d).

Die Leistungen, die in der Grundversicherung enthalten sind, werden in jährlichen Verhandlungen zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherung, dem Dachverband der Versicherungsunternehmen und Ärztenverbänden ausgehandelt. Der Leistungskatalog gilt bundesweit, ist relativ großzügig und widerspiegelt die beispiellose Verbandsmacht der schweizerischen Ärzte (Immergut 1992: Kap. 1). Bis auf Zahnbehandlungen sind „sämtliche Leistungen des Arztes“, einschließlich Alternativmedizin wie Homöopathie nach Gesetz versicherte Pflichtleistungen sowohl im ambulanten und stationären Bereich (Britt/Brombacher Steiner/Streit 2004: 162). Diese expansive Formulierung ging einher mit der Entwicklung der Versicherungsprämien, die seit Einführung der Krankenversicherungspflicht bundesweit um rund 35 % zugenommen haben (Frei 2004: 146).

Aber nicht nur steigende Versicherungsprämien, auch vergleichsweise hohe Zuzahlungen und Selbstbehalte sind Kennzeichen der Krankenversicherung in der Schweiz. Die obligatorische Grundversicherung deckt die Kosten bei ambulanter und stationärer Behandlung nur anteilig. Alle Versicherten haben die ersten 300 Franken (204 €) an Arzt- und Krankenhausrechnungen bis zu einer 2004 von jährlich 600 auf 700 SFr. (476 €) angehobenen Grenze selbst zu tragen. Zudem sind pro Krankenhaustag 10 SFr. (6,81 €) zu zahlen (EU-Kommission 2003b: 6; Britt/Brombacher Steiner/Streit 2004: 156 f.). Die Versicherer bieten jedoch zur Deckung dieser Kosten Zusatzpolicen und die an die Kfz-Haftpflicht erinnernde Möglichkeit von Prämienermäßigungen an, die u. a. dann eintritt, wenn innerhalb eines Jahres keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen werden.

Die Regulierungskompetenzen des Bundesrates sowie der Kantonsregierungen sind trotz Zunahme der Bundesaufsicht, z. B. bei der Prämien genehmigung und auf dem Arzneimittelsektor¹⁶, vergleichsweise schwach. Im schweizerischen Gesundheitswesen dominieren föderale Vielfalt, marktwirtschaftliche Prinzipien und liberales Ständedenken. Im ambulanten Bereich herrschen Niederlassungsfreiheit und freie Arztwahl. Allerdings honorieren die Versicherer durch Prämienermäßigungen, wenn Patienten im Rahmen so genannte „Managed Care“-Projekte Allgemeinmediziner aufsuchen und diese zu individuellen Lotsen machen (Baumberger 2004: 173 ff.).

Das Abrechnungssystem funktioniert wie bei jeder privaten Versicherung transparent. Patienten erhalten vom Arzt oder vom Krankenhaus eine Rechnung, die sie begleichen und den Betrag – je nach Versicherungsumfang – ganz oder anteilig von der Versicherung erstattet bekommen. Die Honorare für erbrachte Leistungen werden auf kantonaler Ebene von den Fachgewerkschaften der Ärzte und den Kantonsverbänden der Versicherer ausgehandelt. Daher schwanken sie ähnlich stark wie die Prämien der Versicherten (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 92; Frei 2004: 151).

Auch im stationären Bereich zeichnet sich das schweizerische Gesundheitssystem durch ein hohes Maß an regionaler Vielfalt aus. Lediglich die Höhe der individuellen Zuzahlungen ist für die öffentlichen Krankenhäuser, die sich im Besitz der Kantone oder der

16 Hier versucht die Bundesregierung mit einer Positivliste recht erfolgreich, den Anstieg zu begrenzen. Der Anteil der Arzneimittelausgaben an allen Gesundheitsausgaben ist über die letzten 15 Jahre konstant bei 10 % geblieben (OECD 2005). Die Positivliste enthält alle zugelassenen Arzneimittel, wobei etwa 30 % der verschreibungspflichtigen Medikamente von der Grundversicherung gedeckt sind.

Städte befinden und ca. 80 % des Krankenhausbestandes ausmachen, bundesweit einheitlich geregelt. Die Budgets für die öffentlichen Spitäler werden jährlich von den Kantonsregierungen und dem Dachverband der Versicherungen verhandelt und an die Krankenhäuser verteilt. Folglich schwanken die Einkommen des Personals von Kanton zu Kanton (Undritz 2004: 138 f.). Die steigenden Krankenhauskosten gaben Anlass für Kosten senkende Maßnahmen durch die Kantonsregierungen, die mit denen der anderen Länder vergleichbar sind. Im Wesentlichen geht es hierbei um die Reduzierung der weit überdurchschnittlichen Aufenthaltsdauer durch Ausbau von tagesstationären Einrichtungen und lokalen Erstversorgungszentren. Sie sollen den Krankenhäusern Patienten ab- und anstelle der Privatpraxen die Primärversorgung übernehmen. Einige Versicherungsunternehmen haben dazu mit den Erstversorgungszentren spezielle Verträge abgeschlossen und gewähren ihren Kunden Rabatte, wenn sie diese Zentren, in denen Spezialisten mehrerer Fachrichtungen zusammenarbeiten, aufsuchen (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 96). Inwieweit dies tatsächlich zu einer Kostenbegrenzung beiträgt, ist allerdings noch offen, da sich der Ausbau der Erstversorgungszentren noch in der Erprobungsphase befindet, zudem auf einige Regionen beschränkt ist und verlässliche Daten über ihre Auswirkung auf die Kostenentwicklung sowie das Patientenverhalten bisher nicht vorliegen (Oggier 2004: 88). Der Blick auf die Gesamtgesundheitsausgaben, bei denen die Schweiz europaweit führt und OECD-weit nach den USA den zweiten Platz einnimmt, zeigt, dass Versuche zur Kostenkontrolle und -begrenzung im gleichermaßen ständischen wie liberalen und föderalistischen politischen System der Schweiz auf wehrhafte institutionelle Barrieren treffen, die eine zentralisierte politische Steuerung des Gesundheitssystems zu einem vergleichsweise schweren Unterfangen machen (Immergut 1992: Kap. 1 und 2).

(2) *Niederlande*

Obwohl es sich beim niederländischen Gesundheitswesen um ein Versicherungssystem handelt, sind sowohl Steuerungsanspruch und -intensität der Regierung als auch die institutionellen Steuerungsbedingungen höher bzw. günstiger als in der Schweiz und auch in den beiden anderen Versicherungssystemen. Das hat zum einen mit dem unitarischen Staatsaufbau der Niederlande zu tun, innerhalb dessen die Regierung a priori ein höheres Maß an exekutiver Durchsetzungsfähigkeit hat als in Bundesstaaten (Castles 2000; Jochem 2004: 236). Zum anderen kontrolliert sie Schlüsselbereiche des Gesundheitswesens, wie z. B. den Leistungskatalog des öffentlichen Gesundheitswesens, und hat die alleinige Kompetenz, die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge festzulegen. Damit nimmt die Regierung wesentlichen Einfluss auf das Gesamtbudget des Gesundheitswesens und auf dessen Verwendung.

Das niederländische Gesundheitswesen stützt sich im Wesentlichen auf vier Einnahmequellen: erstens auf eine einkommensunabhängige obligatorische Versicherung für alle Einwohner, die kostenintensive Behandlungen, v. a. für Langzeitpflege, Rehabilitationsmaßnahmen und Heimaufenthalte, abdeckt. Hierbei handelt es sich um die so genannte AWBZ-Versicherung (Tabelle 3). Sie funktioniert im Grunde wie eine Krankenversicherungssteuer, denn der Beitrag von derzeit 13,45 % wird, wie die Lohn- oder Einkommenssteuer, direkt

vom zu versteuernden Einkommen abgezogen, an die Steuerbehörden überwiesen und von dort an den nationale Krankenversicherungsfond weitergeleitet (EU-Kommission 2003c: 9 f.). Die zweite Quelle ist die einkommensabhängige Krankenversicherung, in der alle Personen pflichtversichert sind, deren Bruttojahreseinkommen unter 30.701 € liegt. Bei Angestellten zahlen Arbeitgeber (derzeit 6,75 %) und Arbeitnehmer (derzeit 1,45 %) Versicherungsbeiträge an eine der 24 gesetzlichen Krankenkassen, die frei wählbar sind. Selbständige und Rentner tragen ihren Versicherungsbeitrag allein, sofern ihr Jahreseinkommen den oben genannten Betrag nicht übersteigt. Zusätzlich zu den Beiträgen entrichten alle Versicherungspflichtigen einen Nominalbeitrag an ihre Krankenkasse, der je nach Kasse zwischen 9,50 € und 19,90 € schwanken kann (Busse 2002a: 63). Etwa 60 % der Niederländer fallen unter die Versicherungspflicht nach dem Krankenversicherungsgesetz (ZFW). Bezieher höherer Einkommen sind privat versichert. Versicherungsunternehmen sind angewiesen, eine Standardpolice zum Preis von 94,60 € im Monat für Personen unter 65 Jahre und 106,25 € für ältere anzubieten, die die gleichen Grundleistungen wie die gesetzliche Krankenversicherung absichert. Die vierte Quelle besteht aus freiwilligen Zusatzversicherungen zur Abdeckung von Leistungen, die nicht zum Grundleistungskatalog zählen (im Wesentlichen Zahnbehandlungen, Brillen und Alternativmedizin) sowie zur Erstattung der Zuzahlungen bei Medikamenten. Etwa 90 % der Niederländer besitzen private Zusatzversicherungen, deren Prämien in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht sowie vom Umfang der versicherten Leistungen variieren, im Durchschnitt jedoch bei etwa 700 € im Jahr liegen (Busse 2002a: 64).

Obwohl die Deckungsrate der aus Beitragszahlungen erbrachten Leistungen im Laufe der letzten 20 Jahre kontinuierlich auf den zweithöchsten Wert der hier untersuchten Länder fiel (siehe Tabelle 4), waren in den letzten Jahren Beitragssteigerungen, v. a. im Rahmen der AWBZ-Versicherung, notwendig. Allein in den zurückliegenden fünf Jahren stiegen sie von 10,25 % auf 13,45 % zu Beginn des Jahres 2005 (siehe Tabelle 3). Darin widerspiegelt sich v. a. das demographische Problem älter und damit für Langzeitpflege anfälliger werdender Menschen, das für alle Gesundheitssysteme eine der größten Herausforderungen darstellt. Die von der Regierung jährlich festgelegten Beitragssätze zur allgemeinen Krankenversicherung blieben hingegen seit Anfang der 80er-Jahre erstaunlich konstant. Diese Konstanz korreliert jedoch mit dem Fall der Deckungsrate, d. h. sie wurde auch durch Ausdünnung des Leistungsumfanges, die Einführung von Nutzergebühren bereits in den 80er-Jahren, aber auch durch Strukturreformen und direkte Interventionen der Regierung in kostenintensiven Bereichen des Gesundheitswesens erreicht (s. Funk/Winkler 1997: 165 ff.). Hierzu zählt z. B. die Preiskontrolle für Medikamente durch eine vom Gesundheitsministerium jährlich überarbeitete Positivliste für erstattungsfähige Produkte. Die Liste setzt v. a. auf den Einsatz preiswerter Generika und gilt als ein Grund für die vergleichsweise moderaten Arzneimittelkosten in den Niederlanden und den relativ geringen Anstieg im Laufe der vergangenen Jahre.¹⁷ Darüber hinaus

17 Die Arzneimittelkosten liegen mit 11,5 % der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen klar unterhalb der Vergleichsregionen OECD (15,5 %) oder EU (16 %). Auch der Anstieg dieses Anteils über die letzten 15 Jahre war mit 2 Prozentpunkten weit unterdurchschnittlich, sodass die vergleichsweise hohe Regulierungsintensität des Staates auf dem Arzneimittelsektor in Bezug auf Kostenkontrolle und -entwicklung als Erfolg gewertet werden kann.

hat die Regierung den Arzneimittelhandel im Internet zugelassen, der gegenüber dem Handel in Apotheken als etwa 10 bis 15 % preiswerter gilt (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 83).

Zudem hat die Regierung direkt in die Vergütung für Fachärzte eingegriffen. Seit 1993 werden Fachärzte nicht mehr nach dem Umfang der von ihnen erbrachten Leistungen honoriert, sondern erhalten von den Krankenkassen jährliche Pauschalbeträge, mit denen sie haushalten müssen (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 125). Die Pauschalbeträge werden vom Gesundheitsministerium festgelegt, sodass der Staat auf die Höhe der Preise und die Steuerung des Fachkräfteangebots Einfluss nimmt. Die Mehrheit der Fachärzte praktiziert in Krankenhäusern auf Vertragsbasis und im Rahmen der Klinikbudgets. Die Konzentration der Fachärzte in Krankenhäusern und das Hausarztprinzip der überwiegend frei praktizierenden allgemeinen Ärzte sollen Kosten treibende Mehrfachuntersuchungen verhindern und die Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbessern. Letzteres gelang jedoch nur auf der Kostenseite durch Abbau von Bettenkapazitäten, Krankenausschließungen und -fusionen (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 81). Die Schattenseite war eine rasante Zunahme von Wartezeiten (Busse 2002a: 70 f.), die – neben anderen Faktoren – der sozialdemokratischen Regierung von Ministerpräsident Kok 2002 das Amt gekostet hat (Grabow 2005a: 172 f.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die niederländische Regierung über vergleichsweise weit reichende Steuerungskapazitäten im Gesundheitswesen verfügt, die zur Begrenzung der Gesundheitsausgaben und zur Begrenzung des Anstiegs der Krankenversicherungspflichtbeiträge beigetragen haben. Hinsichtlich der Ausgabenhöhe und -entwicklung der letzten zwanzig Jahre liegen die Niederlande nahe am OECD-Durchschnitt (siehe Tabelle 2). Die Kosten dämpfenden Maßnahmen gingen jedoch zum Teil zulasten der Qualität, zum Teil zulasten der Versicherten durch Leistungsreduzierung, erhöhte „Nutzergebühren“ und Beitragssteigerungen in der AWBZ-Versicherung, womit sich auch aktuelle Trends und Probleme der beiden anderen Gesundheitssysteme umreißen lassen.

(3) Frankreich

Das französische Gesundheitssystem kennt im Unterschied zum niederländischen und deutschen keine Trennung in ausschließlich privat und ausschließlich gesetzlich Versicherte. Es gilt universell. Den vier Kassenarten wird der Versichertenkreis durch deren Berufsstatus zugewiesen. Die Versicherten haben keine Wahlfreiheit, allerdings werden je nach Berufsstatus unterschiedliche Beitragssätze erhoben. Etwa 80 % der Franzosen sind im allgemeinen System für Lohnabhängige (*Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*, CNAMTS) versichert (Sandier u. a. 2002: 36; EU-Kommission 2003d: 2). Sie zahlen derzeit 0,75 % ihres Bruttoverdienstes an die staatliche Krankenversicherung. Der Arbeitgeberanteil beläuft sich auf 12,8 %. Insgesamt erreichen die aktuellen Krankenversicherungsbeiträge 13,55 %. Versicherungspflichtgrenzen und die Möglichkeit, das staatliche Krankenversicherungssystem zu verlassen gibt es nicht. Bei der CNAMTS handelt es sich um eine landesweite Einheitskrankenkasse. Sie ist – wie die anderen berufsständischen Kassen auch – lediglich in örtliche Niederlassungen geglie-

dert, die die Beitragsmittel der Versicherten verwalten und die Abrechnung mit den Leistungserbringern übernehmen. Diese vergleichsweise einfache Verwaltungsstruktur hat in Verbindung mit dem ebenfalls relativ einfachen Erstattungsverfahren für frei praktizierende Ärzte¹⁸ dazu beigetragen, dass die Verwaltungskosten im französischen Gesundheitssystem mit nur 1,9 % der Gesamtgesundheitskosten weit unter dem OECD- bzw. EU-Durchschnitt liegen (vgl. Anmerkung 13).

Beschäftigte in der Landwirtschaft und selbständige Landwirte, ca. 9 % der Versicherten, sind in den landwirtschaftlichen Versicherungszweigen (CCSMA und AMEXA) versichert. Für Arbeiter gelten die genannten Beitragssätze. Landwirte versichern sich mit einem Beitragssatz von 8,13 % aus ihren Einkommen. Selbstständige mit jährlichen Einkommen bis 28.000 € leisten einen Beitrag von 6,5 % ihres Einkommens an den Versicherungszweig für Selbstständige¹⁹ (CANAM). Liegt das Einkommen darüber, beträgt der Beitragssatz 5,9 % (Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 361 f.; Sandier u. a. 2002: 34). Eisenbahner, See- und Bergleute haben eigene berufsständische Krankenkassen, für die jedoch dieselben Beitragssätze gelten wie für abhängig Beschäftigte.

Um den Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge zu verlangsamen, wurde bereits in den 80er-Jahren mit einer allgemeinen Sozialversicherungsabgabe (contribution sociale généralisée, CSG) experimentiert. Zu Beginn der 90er-Jahre wurde die CSG von der sozialistischen Regierung Rocard dauerhaft eingeführt und belief sich auf 1 % des zu versteuernden Jahreseinkommens (Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 349). Bei der CSG handelt es sich um eine Art „Bürgerversicherung“, da alle Einkommensarten (neben Löhnen und Gehältern auch Kapital- und Mieteinnahmen, Renten u. ä.) herangezogen und zur Ko-Finanzierung des französischen Gesundheitswesens verwendet werden.²⁰ Mittlerweile ist der CSG-Beitragssatz auf 7,5 % gestiegen (EU-Kommission 2003d: 8). Parallel zu diesem Anstieg fielen jedoch die lohnbezogenen Krankenversicherungsbeitragssätze von zuvor

- 18 Wie in der Schweiz senden französische Ärzte ihre Rechnungen an die Patienten, die die Rechnungen bei ihrer Krankenkasse einreichen und die Beträge, je nach Umfang der Zusatzversicherung, ganz oder anteilig erstattet bekommen.
- 19 CCSMA und AMEXA stehen für *Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles* und *Assurance Maladie des Exploitants Agricoles*. AMEXA ist hoch subventioniert. Etwa drei Viertel der Ausgaben werden aus Steuermitteln beglichen (Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 347). CANAM ist die Abkürzung von *Caisse Nationale d' Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs Non-Salariés des Professions Non-Agricoles*.
- 20 Diese Art der Gesundheitsmitfinanzierung wurde auch von der SPD favorisiert. Sie entspricht traditionellem sozialdemokratischen Denken in mehreren Punkten. Durch die Einbeziehung aller Einkommensarten wird die Einnahmeseite deutlich ausgebaut, weil alle Einkommensbezieher und -arten zur Finanzierung des Gesundheitswesens berücksichtigt werden. Neben diesen sowohl solidarischen als auch finanzpolitischen Zielstellungen liegt eine Absicht der Bürgerversicherungen darin, lohnbezogene Beitragssätze zu senken, um entweder die Bruttopersonalkosten zu senken oder aber durch einseitige Beitragssenkungen die verfügbaren Haushaltseinkommen der Beschäftigten ohne Lohnzuwachs anzuheben. Zur Idee der Bürgerversicherung, den gesamtwirtschaftlichen Potentialen und Grenzen siehe z. B. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003; Lampert/Althammer 2004: 262 ff.; Hartwich 2004; Grabow 2005a: Kap. 9, 2005b.

18,5 % auf nunmehr 13,55 %, wovon insbesondere die Arbeitnehmer profitierten, deren Beitragssatz auf 0,75 % sank.

Formal sind sowohl der politischer Einfluss als auch das Steuerungsvermögen der Regierung auf die Systeme der Krankenversicherung relativ hoch. Das Gesundheitsministerium legt die Beitragssätze fest und übernimmt die Verantwortung für eventuelle Defizite der Kassen. Darüber hinaus versucht es, durch Positivlisten für erstattungsfähige Arzneimittel und eine Reformierung der Gebührensätze für niedergelassene Ärzte Einfluss auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu nehmen.

Der Erfolg blieb jedoch weitgehend aus. Die Arzneimittelausgaben stiegen in den zurückliegenden 15 Jahren trotz Positivliste auf europa- und OECD-weit überdurchschnittliche 20 % der Gesamtausgaben, obwohl durch die Einführung bzw. Anhebung von individuellen Zuzahlungen versucht wurde, den Anstieg direkt auf die Patienten umzulegen und ihn nicht durch höhere Beiträge aufzufangen. Auch die Reform der Ärztevergütung, Einschnitte in der Niederlassungsfreiheit sowie Regulierungen in Bezug auf die Art und Weise der ambulanten Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte kamen bisher kaum voran. Französische Ärzte sind in ihren Berufsverbänden gut organisiert und gelten als konfliktbereit und -fähig, wenn es darum geht, berufsständische Privilegien zu verteidigen (Immergut 1992: Kap. 2; Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 367 f.). Dies ist ein wesentlicher Grund dafür, dass sich die Regierung bisher weder mit Plänen zur Pauschalvergütung im Rahmen von fixen Budgets noch mit Plänen zur Konzentration des ambulanten Sektors nach dem Hausarztprinzip oder der Einrichtung von Gesundheitszentren durchsetzen konnte (Sandier u. a. 2002: 43).²¹

Die ambulante Versorgung erfolgt fast ausschließlich in privaten Praxen. Patienten haben freie Arztwahl und – anders als in Skandinavien, Großbritannien und den Niederlanden – die Möglichkeit, ohne vorherigen Besuch bei einem Hausarzt einen Spezialisten aufzusuchen. Trotz aller Bemühungen der Regierung, die niedergelassenen Ärzte dazu zu bewegen, mit den Krankenkassen pauschale Gesamtvergütungssummen auszuhandeln, rechnen diese nach wie vor nach der erbrachten Einzelleistung auf der Grundlage eines mit den Kassen verhandelten Punktesystems ab (Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 343; Sandier u. a. 2002: 37). Diese Vergütungsmethode gilt als Kosten treibend, da sie eine Mengenausweitung begünstigt (siehe Anmerkung 11).

Dass die ambulanten Kosten, die von den Krankenkassen erstattet werden, dennoch unter den OECD-Durchschnitt gedrückt werden konnten, hat mit der Ausweitung der Patientengebühren zu tun, die im internationalen Vergleich recht hoch ausfallen (Tabelle 5). So ist für jeden Arztbesuch eine Praxisgebühr von 10 € zu entrichten und die Krankenkassen erstatten in der Regel nur 60-70 % der vom Arzt erstellten Rechnung. Zur Deckung der individuellen Zuzahlungen besitzt jedoch die Mehrheit der Versicherten (etwa 90 %) private Zusatzversicherungen, die von privaten Versicherungsunternehmern sowie von

21 Die Nationalversammlung hat zwar 1996 eine Obergrenze für die Gebühren verabschiedet, doch bisher haben sich die Standsvertretungen der Ärzte geweigert, diese zu akzeptieren (Sandier u. a. 2002: 43). Sofern Gebühren erhoben werden, die über das Limit des Parlamentsbeschlusses hinausgehen, sind es die Patienten, die den Differenzbetrag zu zahlen haben (EU-Kommission 2003d: 6).

den zahlreichen „Gegenseitigen Hilfsvereinen“, den so genannten *mutuelles*, angeboten werden, die den Vorläufer der öffentlichen Krankenkassen in Frankreich darstellen (Immergut 1992: Kap. 1; Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 351). Die Höhe der individuellen Versicherungsprämien schwankt in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts der Versicherten sowie nach Umfang der versicherten Leistungen. Ein Limit gibt es nicht. Etwa 40 % der Franzosen besitzen jedoch Versicherungen, die die Zuzahlungen komplett abdecken (Sandier u. a. 2002: 32, 34 f.)

Der stationäre Bereich ist zu gleichen Teilen zwischen öffentlichen Krankenhäusern, privat betriebenen, aber nicht-kommerziellen Kliniken und kommerziellen Privatkliniken geteilt. Die öffentlichen Krankenhäusern befinden sich in der Regel im Besitz der Städte oder der Departements. Sie nehmen, wie die nicht-kommerziellen Privatkliniken, die von gemeinnützigen Trägern betrieben werden, an der öffentlichen Krankenhausversorgung teil. Sie erhalten von den Krankenkassen jährliche Gesamtbudgets, die zum Teil aus Steuermitteln aufgestockt werden, und aus denen die Kliniken Betriebs-, Personal- und Behandlungskosten aufbringen müssen (EU-Kommission 2003d: 4 f.). Da es in Frankreich kaum auf ambulante Chirurgie und Tagesbetreuung spezialisierte Gesundheitszentren gibt, erfolgt ein Großteil der Behandlungen, die nicht von niedergelassenen Ärzten geleistet werden können, in Krankenhäusern. Im stationären Bereich fallen relativ lange Verweildauern auf, die wiederum über den Indikator der durchschnittlichen Behandlungsdauer im Vorjahr eines der Kriterien bei der Festlegung des jährlichen Krankenhausbudgets sind. Die Verweildauer liegt im Schnitt bei 13,5 Tagen und damit knapp 4 Tage über dem der westlichen OECD-Länder (siehe Anmerkung 10). Entsprechend hoch sind deshalb die Kosten für den stationären Bereich. Trotz rückläufiger Entwicklung liegen die stationären Gesundheitsausgaben mit gegenwärtig 41,2 % an allen Gesundheitsausgaben über dem EU-Durchschnitt von 38,6 % und dem der westlichen OECD-Länder (39,5 %).

Frankreich hat in jeder Beziehung (Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP oder pro Kopf) vergleichsweise hohe Gesundheitsausgaben. Auch die Kostenzunahme war während der letzten zwanzig Jahre überdurchschnittlich (siehe Tabelle 2). Obwohl die Regierung über eine relativ hohe Steuerungsfähigkeit des Gesundheitssystems verfügt und wichtige Bereiche, wie die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge, kontrolliert, stehen ihr mit den auf Erhalt der professionellen Autonomie bedachten Verbänden der Ärzteschaft und den Lobbyverbänden der pharmazeutischen Industrie machtvolle kollektive Akteure gegenüber, die weitere Bemühungen einer Kostenbegrenzung bisher erfolgreich blockieren konnten. Wenn es zu Einsparungen oder Umverteilungen kam, dann gingen sie überwiegend zulasten der Steuerzahler durch die stetige Ausweitung des CSG-Beitragsatzes und erhöhte individuelle Zuzahlungen. Trotz der Senkung des Arbeitnehmerbeitrags zur Krankenversicherung ist die Abgabenlast, d. h. die Summe aus Sozialversicherungsbeiträgen, der CSG und den anderen direkten Steuern, in Frankreich vergleichsweise hoch (Wagschal 2001: 126 f.). Dies hatte wiederum nachteilige Folgen für die gesamte Volkswirtschaft und den Arbeitsmarkt. Während die Wirtschaft in den westlichen OECD-Ländern im Laufe der zurückliegenden fünfzehn Jahre um durchschnittlich 2,5 % pro Jahr wuchs, lag das jährliche BIP-Wachstum in Frankreich mit knapp 2 % darunter und die Ar-

beitslosigkeit stieg auf europäische Spitzenwerte von teilweise über 11 % (OECD 2003: 126; Grabow 2005a: Kap. 3). Für diese negativen Entwicklungen kann man die Akteure des Gesundheitssystems nicht allein verantwortlich machen. Aber im Zuge höherer individueller Gesundheitsausgaben sanken Binnenkonjunktur und Wirtschaftswachstum, worin ein Schlüsselfaktor für die Erklärung der hohen Arbeitslosigkeit in Frankreich liegt.

(4) *Deutschland*

Mit ähnlichen Problemen hat auch Deutschland zu kämpfen. Die gesamtwirtschaftlichen Probleme, die in Verbindung mit den vergleichsweise hohen Gesundheitsausgaben stehen, z. B. die seit Jahren kontinuierlich steigenden lohnbezogenen Sozialversicherungsbeiträge, hohe Bruttopersonalkosten, steigende Arbeitslosigkeit, Einnahmeausfälle der Sozialversicherer, erneute Beitragssteigerungen usw., gaben Anlass für zahlreiche Gesundheitsreformen und Reformversuche während der letzten zwanzig Jahre.²² Die letzte Gesundheitsreform, mit der durch Anhebung der individuellen Zuzahlungen die Beitragsätze zur gesetzlichen Krankenversicherung nach Plänen der Gesundheitsministerin unter 14 % gedrückt werden sollte, trat zum 1. Januar 2004 in Kraft. Wenngleich sie dazu beigetragen hat, durch höhere „Nutzergebühren“ und Ausdünnungen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen deren Defizit von etwa 3,5 Mrd. € auszugleichen, ist das eigentliche Ziel der Reform – die beschäftigungsfördernde Senkung der Gesamtarbeitskosten durch Senkung der Krankenversicherungsbeiträge – bisher in den Strukturen des Gesundheitswesens stecken geblieben (Grabow 2005b).

Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht nur das kostenintensivste aller EU-Länder (siehe Tabelle 2), es gilt auch als eines der strukturell kompliziertesten der Welt. Die Regelungskompetenzen sind in einem verzweigten Geflecht zwischen Bund, Ländern, den Verbänden der Krankenkassen und der Ärzteschaft verteilt (Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 75 ff.). Auf Schlüsselbereiche des Gesundheitswesens, z. B. Beitragsgestaltung der Kassen, Ressourcenverteilung und Vergütung ärztlicher Leistungen, hat die Bundesregierung nur bedingt Einfluss. Die Zuständigkeit dafür liegt bei den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen und den Verbänden der Leistungsanbieter, v. a. den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen. Diesen Verbänden sind in einer Mischung aus Tradition und eines zumindest für diesen Punkt festzuhaltenden liberalen Staats- und politischen Steuerungsverständnisses in der Frühphase der Bundesrepublik wichtige öffentliche Versorgungs- und politische Steuerungsaufgaben übertragen worden (Döhler/Manow 1992; Bandelow 2004).

Das unmittelbare Steuerungspotential der Bundesregierung in diesem unter dem Begriff Selbstverwaltung bekannten Ordnungsmodell ist verglichen mit dem in den nationalen Gesundheitsdiensten und den Versicherungssystemen der Niederlande und auch Frankreichs gering. Es liegt im Wesentlichen in der Aufsicht über die Verhandlungstätigkeit der Verbände und in der Krankenversicherungsgesetzgebung, z. B. bei der Festlegung des Ver-

22 Webber 1989; Jochem 2001; Lampert/Althammer 2004: 258 ff.

sichertenkreises über die Versicherungspflichtgrenze. Darüber hinaus hat der Staat Regulierungskompetenzen auf dem Arzneimittelsektor.²³ Die Entscheidungsbefugnis über die Höhe der Beiträge liegt jedoch bei den gesetzlichen Krankenkassen. Mehrere Bundesregierungen haben zwar als Initiatorin von Gesetzesvorhaben indirekt versucht, Einfluss auf die Höhe der Versicherungsbeiträge zu nehmen. Genannt seien hier das Gesundheitsreformgesetz von 1988 und das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992, mit denen höhere individuelle Beteiligungen bei Zahnersatz, Kuren und Fahrtkosten (1988) und v. a. die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen den Kassen (1992) eingeführt wurden. Durch Zulassung von Wahlfreiheit und Wettbewerb zwischen den Kassen sollten die Krankenversicherungsbeiträge sinken (Lampert/Althammer 2004: 258 f.). Der Blick auf die Versicherungsbeiträge zeigt, dass diese Vorhaben gescheitert sind. Die Beiträge stiegen in den Folgejahren von 12,6 % (1992 bis 1995) auf 13,5 % 1998, um dann bis 2003 auf über 14 % zu klettern. Diese Entwicklung war, wie oben erwähnt, Anlass für die vorläufig letzte Gesundheitsreform.

Selbstverwaltung und die sich aus der Kontrolle der wichtigsten Ressourcen des Gesundheitswesens (Finanzströme zum einen, Expertise zum anderen) ergebene „Verbandslastigkeit“ gelten als gravierende Steuerungsbarrieren des deutschen Gesundheitssystems. In Verbindung mit den ohnehin als Steuerungshürden bekannten Strukturmerkmalen der Bundesrepublik, v. a. der Politikverflechtung zwischen Bund und Ländern – auch auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik²⁴ – und der sich aus der Verflechtung ergebenden Vetomacht des Bundesrates, ist das deutsche als ein Gesundheitssystem charakterisiert worden, das sich politisch am schwersten steuern lässt.²⁵ Die Strukturmerkmale des politischen Systems im Allgemeinen und die asymmetrische Machtverteilung im Gesundheitssystem im Besonderen gelten als Hauptursachen dafür, dass sich die politi-

- 23 In der Bundesrepublik gibt es zwar keine Positiv- oder Negativlisten, die von der Regierung erlassen werden, um die Zahl der erstattungsfähigen Medikamente zu begrenzen. Dennoch kann das Bundesgesundheitsministerium mit den Kassenverbänden über Streichungen erstattungsfähiger Arzneimittel verhandeln und den Kassen empfehlen, dass nur preisgünstigere Produkte (Importe, Generika) erstattet werden. Zudem bestimmen Bundesregierung, Bundestag und Länderkammer über die Höhe der Selbstbeteiligung, sodass die Politik Einfluss auf die Kostenentwicklung im Arzneimittelbereich nehmen kann. Trotz oligopolistischer Marktstrukturen und hoher Verbands- oder Einzelmacht der pharmazeutischen Industrie (Döhler/Manow 1992; Lampert/Althammer 2004: 256) entspricht der Kostenanteil für Medikamente mit 14,6 % OECD- und EU-Mittelwerten. Mit einer Zunahme um lediglich 0,3 % seit 1990 liegt der Kostenzuwachs im Arzneimittelbereich unter OECD- oder EU-weiten Werten von 0,8 % bzw. 1,2 %.
- 24 Während die Bundesregierung für die Krankenversicherungsgesetzgebung zuständig ist, fallen Investitionskosten für Krankenhäuser in den Zuständigkeitsbereich der Länder. Die Betriebs- und Personalkosten der Kliniken sind, mit Ausnahme der Universitätskliniken, wiederum Sache der Krankenkassen, deren Landesverbände mit den Krankenhausbetreibern Tarife und Leistungen verhandeln. Hier tritt wiederum der Bund auf, denn er hat das Recht, Verordnungen zu erlassen, wenn die Akteure der gesundheitspolitischen Selbstverwaltungen zu keiner Einigung kommen (Bandelow 2004: 53). Zu den zahlreichen Verflechtungsbereichen und der Vielfachsteuerung im Gesundheitswesen siehe z. B. Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 75 ff.; Döhler/Manow 1992; Czada 2004: 140 ff.; Lampert/Althammer 2004: 254 ff.
- 25 Z. B. Mayntz 1990; Döhler/Manow 1992; Bandelow 1998; Barth/Baur 2001: 137 ff.

schen Akteure der beiden „Sozialstaatsparteien“ CDU und SPD (Schmidt 2001: 475) immer wieder vor umfassenden Strukturreformen scheuten (Webber 1989). Trotz mehrfacher Reformmaßnahmen blieb die Deckungsrate über die letzten zwanzig Jahre nahezu konstant, während sie in anderen Ländern z. T. deutlich sank (siehe Tabelle 4). Im internationalen Vergleich galten die Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden²⁶, zumindest bis 2004 als die umfangreichsten aller OECD-Länder (Barth/Bauer 2001: 140 ff.; Busse 2002b: 49). Wenn es aufgrund drohender finanzieller Engpässe der Krankenkassen zu Reformen kam, dann wurden sie übereinstimmend als „halbherzig“ bezeichnet (Webber 1989; Lampert/Althammer 2004: 257), da es sich in den meisten Fällen nicht um Strukturreformen, sondern um Maßnahmen handelte, die zulasten der gesetzlich Versicherten gingen. Dort, wo auch Interessen der Anbieterseite betroffen waren, z. B. bei der Einführung der Praxisbudgets 1992 (siehe unten), erwiesen sich jedoch die Strukturen der Selbstverwaltung als adäquat, nicht zuletzt deshalb, weil die Kassenärztlichen Vereinigungen Zwangsverbände sind und daher ein außerordentlich hohes Maß an Verpflichtungsfähigkeit gegenüber den Kassenärzten besitzen.

Weniger ein Steuerungs-, dafür eher ein Strukturproblem des Systems ergibt sich aus der Trennung in gesetzlich und privat versicherte Personen. Ähnlich wie in den Niederlanden (ZFW-Versicherung) können sich Bezieher höherer Einkommen aus der gesetzlichen Krankenversicherung verabschieden und damit sowohl den Solidargedanken als auch die finanzielle Ausstattung der gesetzlichen Krankenkassen schwächen. Um die Abwanderung von Besserverdienenden zu erschweren, ist die Versicherungspflichtgrenze immer wieder angehoben worden (Lampert/Althammer 2004: 244). Nach der letzten Erhöhung durch die rot-grüne Bundesregierung liegt sie seit 2003 bei einem monatlichen Bruttoeinkommen von 3.825 €. Jeder Angestellte, dessen Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, kann sich entweder freiwillig bei einer gesetzlichen oder aber bei einem privaten Krankenversicherer versichern. Privat versichert sind zudem Selbstständige und Beamte, zusammen knapp 10 % der Bevölkerung (Busse 2002b). Beschäftigte mit monatlichen Einkommen, die unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen, sind per Gesetz bei einer der knapp 300 gesetzlichen Krankenversicherungen versichert. Die Krankenversicherungsbeiträge schwanken von Krankenkasse zu Krankenkasse. Im Schnitt beträgt der Beitragssatz zur Zeit 14,2 %, wovon Arbeitnehmer 7,1 % des Bruttoeinkommens und Arbeitgeber einen Beitrag von 7,1 % zum Bruttoverdienst an die Kasse zahlen. Hinzu kommen seit 1995 Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung von zusammen 1,7 %, da Pflegeversicherung und -leistungen, anders als beispielsweise in den skandinavischen Ländern und Großbritannien, nicht Bestandteile der Krankenversicherung sind. Derzeit

26 Einen fest umrissenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es nicht. Lediglich einige Leistungen sind *expressis verbis* ausgeschlossen (SGB V, § 11 (4); 34 (1)). Ansonsten finden sich im V. Sozialgesetzbuch eher allgemeine Formulierungen. So heißt es in § 20 SGB V: „Leistungen sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern“. An anderer Stelle ist von „medizinisch notwendigen Leistungen“ die Rede (§ 23, 27 (1)). Änderungen im Leistungsumfang sind Verhandlungssache zwischen dem Bundesgesundheitsministerium, den Krankenkassenverbänden und dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Czada 2004: 142).

führen etwa 29 Millionen Erwerbstätige und ihre Arbeitgeber Beiträge an die gesetzliche Krankenversicherung ab. Sie versichern damit sich selbst, Familienangehörige und Rentner. Der gesetzliche Krankenversicherungsschutz erstreckt sich auf ca. 71 Millionen Versicherte, das sind etwa 90 % der Bevölkerung.

Die ambulante Versorgung erfolgt fast ausschließlich durch niedergelassene Ärzte. Etwa drei Viertel aller Ärzte sind in Einzelpraxen tätig (Busse 2002b: 55). Patienten haben freie Arztwahl sowohl bei Allgemeinmedizinem als auch bei Spezialisten. Gegen die Institutionalisierung des Hausarztmodells, bei dem der allgemeine Arzt stets erster Ansprechpartner ist und die Lotsenfunktion übernimmt, konnte sich die auf Wahrung berufsständischer Freiheit bedachte Fachärzteschaft trotz zahlreicher Interventionsversuche des Gesundheitsministeriums und auch gegen die Interessen der Kassen durchsetzen.²⁷ Allerdings gewähren die Krankenkassen ihren Versicherten Rabatte, wenn sie an kasseneigenen Hausarztmodellen teilnehmen und auf Kosten treibende Mehrfachuntersuchungen verzichten.

Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte für Behandlungen von Kassenpatienten erfolgt nicht, wie beispielsweise bei privat Versicherten, direkt zwischen Arzt und Patient, sondern in mehreren Schritten. Zunächst wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ein Gesamtbudget verhandelt und den Landesverbänden der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zugewiesen. Die Höhe des Budgets richtet sich nach der Zahl der Vertragsärzte, die dem Landesverband der KV angehören. Im zweiten Schritt wird das Budget von den KVen quartalsweise an die Ärzte verteilt. Die Ärzte stellen dann den KVen Leistungen, die nach einem für die jeweilige Fachrichtung geltenden Punktesystem vergütet werden, in Rechnung. Die geldwerten Punkte werden wiederum bundesweit vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegt (SGB V, § 85 (2a)). Dieses Abrechnungsverfahren soll der Mengensteuerung und v. a. der Ausgabenbegrenzung im ambulanten Sektor dienen. Es wurde allerdings für seine vergleichsweise geringe Transparenz für die Versicherten, den hohen Verwaltungsaufwand und auch dahingehend kritisiert, dass es für Ärzte einen Anreiz bietet, in jedem Fall das Praxisbudget zu erreichen, was wiederum die angestrebte Ausgabenbegrenzung gefährdet.²⁸

Ein Blick auf die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich zeigt, dass mit der Budgetierung der Ausgabenanstieg durchaus begrenzt werden konnte. Der Anteil der Kosten des ambulanten Sektors an allen Gesundheitsausgaben ist im internationalen Vergleich nicht nur unterdurchschnittlich²⁹, er ist im Laufe der zurückliegenden fünfzehn Jahre auch gefallen. Dafür sind jedoch die Verwaltungskosten des Gesundheitssystems, auch aufgrund des eben skizzierten Abrechnungsverfahrens, bei denen die Krankenkassen und die KVen eine Doppelrolle als Verwalter der Mittel und als gegenseitige Vertragspartner sowie als Vertragspartner mit den niedergelassenen Ärzten spielen, nirgendwo so hoch wie in Deutschland (siehe Anmerkung 13). Auch im Zuge der letzten Gesundheitsreform ist

27 Webber 1989: 284 ff.; Baur/Heimer/Wieseler 2001: 39 f.; Bandelow 2004.

28 Baur/Heimer/Wieseler 2001: 39 f., 124 f.; Busse 2002b: 53; Lambert/Althammer 2004: 254.

29 OECD-weit beträgt der Anteil der Kosten des ambulanten Sektors an allen Gesundheitsausgaben gegenwärtig 29 %, in Deutschland jedoch nach knapp 30 % im Jahre 1990 nur noch 21 % (OECD 2005).

die Gesundheitsverwaltung von einer Beteiligung an den Sparmaßnahmen weitgehend verschont worden. Ihr Sparbeitrag beläuft sich auf lediglich 2 % oder 1,2 Mrd. € des auf insgesamt 57 Mrd. € angelegten Sparvolumens der letzten Gesundheitsreform, worin sich Organisationsfähigkeit und Verbandsmacht der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen widerspiegeln (Grabow 2005b: 69).

Der vergleichsweise geringe Kostenanteil des ambulanten Bereichs korrespondiert mit dem Ausgabenanteil des stationären Sektors. Die Bundesrepublik ist das einzige der hier betrachteten Länder, in dem die Ausgaben für den stationären Bereich während der letzten fünfzehn Jahre gestiegen sind, wenngleich der Ausgabenanteil für den stationären Bereich im internationalen Vergleich mit knapp 36 % aller Ausgaben leicht unter dem OECD- und EU15-Durchschnitt (jeweils 39 %) liegt. Der Kostenanstieg im stationären Bereich hat mehrere Ursachen. Zum einen lässt er sich mit neuen, technologisch bedingten Behandlungsmethoden und -fortschritten im stationären Bereich erklären. Zum anderen sind der ambulante Behandlungsbereich in Form von Tageskliniken oder die Zahl von niedergelassenen Ärzten, die Patienten auf Vertragsbasis zeitweise in Krankenhäusern behandeln, wesentlich schwächer entwickelt als in den meisten anderen Ländern (Barth/Baur 2001: 140). Die Koordination zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist schwach und in der Folge wenig effizient (Barth/Baur 2001: 138; Czada 2004: 141). Schließlich galt bis 2002 ein Kosten treibendes Abrechnungs- und Budgetierungsverfahren zwischen den Krankenhausbetreibern³⁰ und den Kassen. Bis dahin hatten die Krankenhäuser einen Anreiz, Bettenanzahl und die Verweildauer zu erhöhen bzw. zu verlängern, da sich ihr Budget, das sie von den Kassen erhielten, aus beiden Faktoren ergab (Lampert/Althammer 2004: 256). Folglich lag die Bundesrepublik in Bezug auf die durchschnittliche Verweildauer mit knapp 11 Tagen über dem OECD-Durchschnitt (siehe Anmerkungen 10 und 12). Da sich Krankenkassenverbände und Krankenhausbetreiber nicht auf eine Änderung dieses Kosten treibenden Budgetierungsverfahrens einigen konnten, wurden 2002 vom Bundesgesundheitsministerium Fall- anstelle der Tagespauschalen auf dem Verordnungsweg erlassen, um den Kostenanstieg im Krankenhausbereich zu begrenzen (Busse 2002b: 54; Bandelow 2004: 53).

Eine weitere Maßnahme zur Ausgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenkassen lag in der Anhebung der Selbstbeteiligung der Versicherten bei Krankenhausaufenthalten, Inanspruchnahme ambulanter Leistungen sowie bei Medikamenten im Zuge der letzten Gesundheitsreform (siehe Tabelle 5). Diese Anhebung ging einher mit der Ausdünnung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wurden vollständig von der Erstattung ausgenommen. Leistungen der Kassen für Brillen, Zahnersatz, künstliche Befruchtungen, Kuren, Sterbegeld und Fahrtkostenerstattung wurden eingeschränkt. Mit Zuzahlungen von 10 € pro Quartal für Arztbesuche und 10 € pro Krankenhaustag für maximal 28 Tage nimmt Deutschland in Bezug

30 Im stationären Bereich teilen sich öffentliche (Kommunen, Länder) zu 55 % und gemeinnützige Träger (knapp 40 %) sowie private Betreiber (etwa 6 %) die Trägerschaft der Kliniken, wobei auch die Mehrheit der Privatkliniken Versorgungsverträge mit den Krankenkassenverbänden abschließt und so – neben dem Privatbetrieb – an der öffentlichen Versorgung teilnimmt (Busse 2002b: 57).

auf die so genannten „Nutzergebühren“ im internationalen Vergleich jedoch einen Mittelfeldplatz ein. Vergleichsweise klein ist allerdings der Anteil der Inhaber privater Zusatzversicherungen zur Erstattung der höheren Zuzahlungen, die von privaten und auch gesetzlichen Krankenversicherungen angeboten werden. Knapp 10 % der gesetzlich Versicherten besitzen derzeit eine derartige private Zusatzversicherung (Busse 2002b: 48).

Inwieweit die letzte Gesundheitsreform tatsächlich zur Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen beiträgt, ist derzeit noch offen. Fest steht, dass durch höhere Selbstbeteiligungen der Patienten die Defizite der gesetzlichen Krankenkassen abgebaut werden konnten. Fest steht aber auch, dass das von der Gesundheitsministerin angestrebte Ziel, nämlich die Senkung der Krankenversicherungsbeiträge, bisher verfehlt wurde, weil die Bundesregierung auf die Beitragsgestaltung der Kassen keinen Einfluss hat. Im deutschen Gesundheitssystem genießen die Akteure der Selbstverwaltung, d. h. die Krankenkassen, ihre Verbände und die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, ein hohes Maß an Handlungs- und Entscheidungsautonomie, das die Steuerungsfähigkeit des Systems durch die Regierung erheblich begrenzt (Döhler/Manow 1992; Bandelow 1998, 2004). Blicken wir auf einzelne Bereiche des Gesundheitswesens, z. B. die Reform der Vergütung niedergelassener Ärzte zu Beginn der 90er-Jahre, dann kann die verbandliche Selbstkoordination aufgrund ihres Zwangscharakters durchaus wirkungsvoll sein und den Staat von Steuerungsaufgaben entlasten. Andererseits kombiniert die Bundesrepublik mit föderativer Politikverflechtung, Vetomacht der Länderkammer zum einen und der vergleichsweise hohen Autonomie der Akteure der Selbstverwaltung zum anderen mehrere ungünstige Faktoren zu schwer überwindbaren gesundheitspolitischen Steuerungs- und Reformbarrieren für die Bundesregierung.³¹

4. Schlussbetrachtungen

Dieser Überblick über Strukturmerkmale und Reformansätze in acht westeuropäischen Gesundheitssystemen hat gezeigt, dass sich die Systeme durch eine hohe institutionelle Vielfalt auszeichnen. Das gilt in allgemeinerer Sicht, in der wir zwischen nationalen Gesundheitsdiensten und Versicherungssystemen unterscheiden können, ebenso wie innerhalb der beiden Grundtypen. Hier haben wir es zum einen mit regionalisierten (Skandinavien) und zum anderen mit einem zentralisierten staatlichen Gesundheitsdienst (Großbritannien) zu tun. Versicherungssysteme können nach Höhe der Versicherungsbeiträge, der Art und Weise der Beitragszahlungen (Arbeitgeber und Arbeitnehmer oder nur Arbeitnehmer), der Deckungsrate der aus Beitragsmitteln erbrachten Leistungen oder dem Ausmaß der staatlichen Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten unterschieden werden. In Bezug auf Letztere haben die Niederlande ein Gesundheitssystem, in dem die Steuerungsmöglichkeiten des Staates am weitesten gehen, gefolgt von Frankreich und den beiden Bundesstaaten (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 112 ff.).

31 Z. B. Webber 1989: 265; Lehbruch 1998: Kap. 6; Czada 2004: 142.

Der Blick auf die längerfristige Kosten- und Ausgabenentwicklung der Gesundheitssysteme hat gezeigt, dass die Gesundheitsausgaben in allen Ländern im Laufe der letzten zwanzig Jahre angestiegen sind. Diese Entwicklung wurde in den meisten Ländern zu einem volkswirtschaftlichen Problem, da der steigende Finanzbedarf der Gesundheitssysteme entweder aus dem Steueraufkommen oder lohnbezogenen Beitragszahlungen erbracht werden muss und daher entweder Einkommen oder die Gesamtarbeitskosten zunehmend stärker belastet (Anmerkung 7; Tabelle 3). Daher standen in den meisten Ländern Kosten reduzierende Strukturreformen auf der Tagesordnung. Lediglich Großbritannien und die Schweiz weichen hier ab. In Großbritannien ging es v. a. um den Ausbau des nationalen Gesundheitsdienstes von einem vergleichsweise geringen Versorgungs- und Ausgabeniveau. Aufgrund einer positiven gesamtwirtschaftlichen Entwicklung während der zurückliegenden zehn Jahre sowie günstiger politischer Steuerungsbedingungen, über die britische Regierungen verfügen (siehe u. a. Merkel 2000: 104; Lütz 2004: 27), ist dieser Ausbau, der sich auch in der Ausgabenentwicklung widerspiegelt, gelungen. In der Schweiz lag der Schwerpunkt gesundheitspolitischer Reformen zum einen in der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung für alle Einwohner und zum anderen in Maßnahmen zur Kostenkontrolle bzw. -begrenzung, die bisher jedoch an den verzweigten Regulierungsstrukturen zwischen Bund und Kantonen sowie den starken Berufsverbänden der Ärzteschaft scheiterten.

Bei der Entwicklung der Gesundheitsausgaben fielen Varianzen sowohl zwischen den einzelnen Ländern als auch zwischen den beiden Grundtypen auf. Im Vergleich zum Wachstum des Bruttoinlandprodukts sind die Gesundheitsausgaben in den Versicherungssystemen schneller gestiegen als die Gesamtwirtschaft wuchs (siehe Tabelle 2). Demgegenüber verlief die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den skandinavischen Ländern, v. a. in Dänemark und Schweden, im Einklang mit der BIP-Entwicklung. Der BIP-konforme Verlauf der Gesundheitsausgaben in den skandinavischen Ländern und die Tatsache, dass der Zuwachs der Gesundheitsausgaben in den nationalen Gesundheitsdiensten deutlich unter dem in den Versicherungssystemen liegt, bestätigt den Befund, wonach die politische Steuerung von Gesundheitssystemen, einschließlich der Kostenkontrolle, in staatlichen Gesundheitsdiensten leichter möglich erscheint als in Versicherungssystemen, in denen es Regierungen mit einer Vielzahl von beteiligten Akteuren, Interessen und Steuerungsebenen zu tun haben, auf die sie nur eingeschränkten Zugriff haben (Alber 1988).

Bei aller institutionellen Vielfalt der untersuchten Gesundheitssysteme bestehen auch Gemeinsamkeiten in Bezug auf Kosten begrenzende Strukturmerkmale und die Richtung der gewählten Reformansätze. Mit Blick auf die Strukturmerkmale fällt auf, dass der Zuwachs der Gesundheitsausgaben in den Ländern, in denen das Hausarztmodell angewendet und der ambulante gegenüber dem Kosten treibenden stationären Bereich durch die Verlagerung von Behandlungen in Gesundheitszentren und Tageskliniken gestärkt wird (Skandinavien, Großbritannien, Niederlande), geringer ausfiel als in den Ländern ohne institutionalisiertes Hausarztmodell (Deutschland, Frankreich, Schweiz). In der Koordination zwischen ambulantem und stationären Sektor, beispielsweise auch durch vertraglich vereinbarte Teilzeittätigkeit niedergelassener Ärzte in Kliniken mit den dort versammel-

ten fachlichen wie technischen Ressourcen, liegt offensichtlich erhebliches Optimierung- und Sparpotential, das in diesen drei Versicherungssystemen derzeit noch ungenutzt ist.

Eine weitere Gemeinsamkeit in den vier Versicherungssystemen finden wir in den Bemühungen der Politik, die Vergütungsmethoden für niedergelassene Ärzte zu ändern. In den staatlichen Gesundheitsdiensten, in denen der Anteil der frei praktizierenden Ärzte geringer ist als in den Versicherungssystemen, weil ein Großteil der Ärzte bei den Kommunen oder den Gesundheitszentren angestellt ist, gehört die pauschale Vergütung für frei praktizierende Mediziner im Rahmen fixer Gesamtbudgets zu den charakteristischen Merkmalen des Systems. Durch Einführung von Fallpauschalen und Praxisbudgets wurde auch in den Versicherungssystemen versucht, den Anreiz zur kosten treibenden Mengenausweitung im ambulanten Bereich zu begrenzen. Dies stieß auf den Unmut, teilweise gar auf aktiven Widerstand der Ärzte und war auch nicht in jedem Falle erfolgreich. In den Niederlanden konnte die Regierung dank ihres hohen Steuerzugriffs auf das Gesundheitssystem und ihrer hohen Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den Ärzten Praxisbudgets erfolgreich implementieren (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 125 f.). In der Bundesrepublik hat v. a. der Zwangscharakter der mit „staatsnahen“ Steuerungsaufgaben betrauten Kassenärztlichen Vereinigungen dazu beigetragen, die ungeliebte Reform der Vergütung durchzusetzen, während sie in Frankreich zwar formal verabschiedet wurde, faktisch aber an der Verbandsmacht und hohen Organisations- und Konfliktfähigkeit der Ärzteschaft scheiterte. In der Schweiz variieren Vergütungsmethoden und Honorare aufgrund der kantonalen Zuständigkeit für die Vergütung ärztlicher Leistungen nach wie vor von Kanton zu Kanton, trotz aller Bemühungen der Bundesbehörden, sie innerhalb eines bundesweit geltenden pauschalisierten Punktekatalogs zu vereinheitlichen (Baur/Heimer/Wieseler 2001: 92).

Das Beispiel Schweiz lehrt zudem, ähnlich wie das der Bundesrepublik, dass (mehr) Wettbewerb zwischen den Krankenkassen keine erfolg versprechende Strategie zur Eindämmung der Gesundheitsausgaben darstellt. Wettbewerb, so die allgemeine ökonomische Theorie und auch das Argument der politischen Befürworter erhöhter Konkurrenz im Gesundheitswesen, zwingt die Anbieter zu kundenfreundlichem Verhalten, d. h. zur Ausdehnung des Leistungsangebotes oder – wie von den Wettbewerbsbefürwortern betont – zur Senkung der Preise bzw. Beiträge. Auf der Nachfrageseite bietet Wettbewerb höhere Wahlmöglichkeiten zwischen den Anbietern. Wenn diese jedoch die Möglichkeit haben, Leistungen zwar auszubauen, die damit verbundenen Kostensteigerungen aber ohne direkte politische Kontrolle später an die Versicherten weiterzugeben, dann ist der beabsichtigte Wettbewerb gestört. Die allgemeine Kostenentwicklung in den beiden am meisten wettbewerbsorientierten Gesundheitssystemen, der Schweiz und der Bundesrepublik, sowie die Entwicklung der Gesundheitsprämien und der Beitragssätze widerlegen jedenfalls die Lehre von der kosten senkenden Wirkung stärkerer Konkurrenz im Gesundheitswesen.

Eine auffällige Gemeinsamkeit in allen Ländern ist schließlich, dass die Versicherten durch individuelle Zuzahlungen verstärkt zur Finanzierung der Gesundheitssysteme herangezogen werden. Das kann vonseiten der Politik durchaus mit dem Verweis auf die Su-

periorität von Gesundheit und individuelle Verantwortung für Gesundheitserhaltung legitimiert werden. Die politische Logik hinter Einführung oder Erweiterung dieser „Nutzergebühren“ ist jedoch, dass am schwächsten Glied der Kette der an einem Gesundheitssystem beteiligten Akteure angesetzt wird. Im Unterschied zu Ärzten, Krankenversicherungen, ihren Verbänden und denen der pharmazeutischen Industrie sind die Interessen von Versicherten heterogen und kaum organisationsfähig (Bandelow 2004). Bis auf eine alle vier Jahre wiederkehrende *Voice-Option* haben sie, anders als die spezialisierten Akteure des Gesundheitswesens, kaum Drohpotenzial und daher wenig Möglichkeiten, sich gegen Einschnitte zu ihren Lasten zu Wehr zu setzen. So bilanziert eine aktuellere Studie über Reformansätze in westeuropäischen Gesundheitssystemen, dass „hinter den meisten Aussagen über ‚Strukturreformen‘ und ‚Qualitätssicherung‘ schlicht und einfach reale Einsparungen [stecken], die letztendlich zu Lasten der PatientInnen gehen“ (Hemmer/Bauer 2003: 24). Eine zunehmende Privatisierung der Krankenversicherung stößt jedoch sowohl an volkswirtschaftliche als auch an wahlstrategische Grenzen. Daher stehen Politik, Ärzte und die anderen Akteure des Gesundheitswesens vor der Aufgabe, ihre divergierenden Interessen so zu koordinieren, dass die Ziele von Gesundheitspolitik nachhaltig erreicht werden, wobei jedoch – das lehrt die Erfahrung der zurückliegenden zwanzig Jahre – jede Gesundheitsreform auch stets den Kern für die nächste enthält.

Literatur

- Alber, Jens*, 1988: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit: International und historisch vergleichende Analysen*, Opladen (PVS Sonderheft 19), 116-150.
- Alber, Jens/Bernardi-Schenkluhn, Brigitte*, 1992: *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich*, Frankfurt a. M.
- Bandelow, Nils C.*, 1998: *Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?*, Opladen.
- Bandelow, Nils C.*, 2004: *Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?*, in: *Politische Bildung* 37 (2), 49-63.
- Barth, Hans/Baur, Rita*, 2001: *Learning from other countries*, in: Böcken u. a. 2001, 137-144.
- Bathelt, Julia*, 2004: *Das schwedische Gesundheitssystem*, in: *Rheinisches Ärzteblatt* 12, S. 14 (<http://www.aekno.de/archiv/2004/12/014.pdf>, Download vom 12.09.05).
- Baumberger, Jürg*, 2004: *Managed Care*, in: *Kocher/Oggier* 2004, 173-182.
- Baur, Rita/Heimer, Andreas/Wieseler, Silvia*, 2001: *Health Care Systems and Reform Efforts: an International Comparison*, in: Böcken u. a. 2001, 23-136.
- Böcken, Jan u. a. (Hrsg.)*, 2001: *Reforming the Health Sector*, Gütersloh.
- Britt, Fritz/Brombacher Steiner, M. Verana/Streit, Peter*, 2004: *Krankenversicherung*, in: *Kocher/Oggier* 2004, 153-172.

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*, 2003: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Berlin, in: <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/index.html> (Download vom 22.09.03).
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte*, 2004: Beitragssätze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, in: <http://www.bfa.de> (Download vom 22.09.05).
- Busse, Reinhard*, 2002a: Netherlands, in: Dixon/Mossialos 2002, 62-73.
- Busse, Reinhard*, 2002b: Germany, in: Dixon/Mossialos 2002, 48-60.
- Castles, Francis*, 2000: Federalism, fiscal decentralization and economic performance, in: Ute Wachendorfer-Schmidt (Hrsg.), *Federalism and Political Performance*, London, 177-195.
- Czada, Roland*, 2004: Die neue deutsche Wohlfahrtswelt, in: Lütz/Czada 2004, 127-154.
- Dixon, Anna/Mossialos, Elias (Hrsg.)*, 2002: *Health care systems in eight countries: trends and challenges*, London.
- Dixon, Anna/Robinson, Ray*, 2002: The United Kingdom, in: Dixon/Mossialos 2002, 104-114.
- Döhler, Marian/Manow, Philip*, 1992: Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor; in: Renate Mayntz/Fritz W. Scharpf (Hrsg.), *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung*, Frankfurt a. M., 140-168.
- EU-Kommission*, 2000: Gegenseitiges Informationssystem der sozialen Sicherheit in den Mitgliedsstaaten der EU und des EWR (MISSOC), in: http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2000 (Download vom 26.07.01).
- EU-Kommission*, 2003a: Finnland, in: http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/03/finland_de.pdf (Download vom 01.03.05), S. 1-13.
- EU-Kommission*, 2003b: Schweiz, in: http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/03/switzerland_de.pdf (Download vom 04.03.05), S. 1-12.
- EU-Kommission*, 2003c: Niederlande, in: http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/03/netherlands_de.pdf (Download vom 01.03.05), S. 1-14.
- EU-Kommission*, 2003d: Frankreich, in: http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/03/france_de.pdf (Download vom 01.03.05, alle EU-Internetseiten zuletzt besucht am 08.12.05), S. 1-10.
- Funk, Lothar/Winkler, Albrecht*, 1997: Konsensmodell Niederlande: Ein sozial- und beschäftigungspolitisches Vorbild für die Bundesrepublik Deutschland?, in: Eckhard Knappe/Albrecht Winkler (Hrsg.), *Sozialstaat im Umbruch. Herausforderungen an die deutsche Sozialpolitik*, Frankfurt a. M., 151-186.
- Frei, Walter*, 2004: Krankenversicherer, in: Kocher/Oggier 2004, 144-152.
- Gilliand, Pierre*, 2004: Kosten und Finanzierung, in: Kocher/Oggier 2004, 117-129.
- Green-Pedersen, Christopher/van Kersbergen, Kees/Hemerijck, Anton*, 2001: Neo-liberalism, the 'third way' or what? Recent social democratic welfare policies in Denmark and the Netherlands, in: *Journal of European Public Policy* 8 (2), 307-325.
- Grabow, Karsten*, 2005a: Die westeuropäische Sozialdemokratie in der Regierung. Sozialdemokratische Beschäftigungspolitik im Vergleich, Wiesbaden.

- Grabow, Karsten, 2005b: Fighting with Goliath. The Reform of the Public Health Care Insurance Scheme in Germany, its Potential to Increase Employment and Alternative Models of Reform, in: *German Politics* 14 (1), 51-73.
- Großbritannien, *Department for Work and Pensions*, 2004: Benefit Expenditure Tables, in: <http://www.dwp.gov.uk/asd/asd4/expenditure.htm> (Download vom 27.09.05).
- Hartwich, Hans-Hermann, 2004: Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämien? Die „Modelle“ einer zukünftigen Krankenversicherung, in: *Gesellschaft, Wirtschaft, Politik* 53, 471-474.
- Heinze, Rolf G., 2005: Die Gesundheitswirtschaft als Investitions- und Wachstumsmotor, in: *Gesellschaft. Wirtschaft. Politik* 54, 267-280.
- Hemmer, Dagmar/Bauer, Werner T., 2003: Privatisierung und Liberalisierung öffentlicher Dienstleistungen in der EU-15: Gesundheit. Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung, Wien 2003.
- Herzog-Kommission (offiziell: Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der Sozialen Sicherungssysteme), 2003: Bericht der Kommission, Berlin, 29. September 2003, in: <http://www.cdu.de/politik-a-z/herzogkommission/300903.soziale.sicherheit.pdf> (Download vom 05.10.03).
- Holst, Jens, 2004: Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen, Frankfurt a. M. (Johann Wolfgang Goethe-Universität, Institut für Medizinische Soziologie).
- Immergut, Ellen, 1992: *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge.
- Jochem, Sven, 2001: Reformpolitik im deutschen Sozialversicherungsstaat, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Wohlfahrtsstaatliche Politik. Institutionen, politischer Prozess und Leistungsprofil*, Opladen, 193-226.
- Jochem, Sven, 2004: Wohlfahrtsstaatliche Reformpolitik in Verhandlungsdemokratien: Die Niederlande, Dänemark, Schweden und Deutschland im Vergleich, in: *Lütz/Czada 2004*, 231-266.
- Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hrsg.), 2004: *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*, Bern u. a.
- Lampert, Heinz/Althammer Jörg, 2004: *Lehrbuch der Sozialpolitik*, Heidelberg (7. Aufl.).
- Lehmbruch, Gerhard, 1998: *Parteienwettbewerb im Bundesstaat*, Wiesbaden (2. Aufl.).
- Léon, Sandra/Rico, Ana, 2002: Sweden, in: *Dixon/Mossialos 2002*, 91-102.
- Lütz, Susanne, 2004: Der Wohlfahrtsstaat im Umbruch, in: *Lütz/Czada 2004*, 11-35.
- Lütz, Susanne/Czada, Roland (Hrsg.), 2004: *Wohlfahrtsstaat – Transformation und Perspektiven*, Wiesbaden.
- Mayntz, Renate, 1990: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens, in: *Staatswissenschaft und Staatspraxis* 1, 283-307.
- Merkel, Wolfgang, 2000: Die Dritten Wege der Sozialdemokratie ins 21. Jahrhundert, in: *Berliner Journal für Soziologie* 10 (1), 99-124.
- Niederlande, *Ministerium für Gesundheit und Sport*, 2005: Medical Insurance in the Netherlands, in: <http://www.cvz.nl/english/medinsurance> (Download vom 30.08.05).

- OECD*, 2002: Economic Surveys: Sweden, Paris.
OECD, 2003: Health at a Glance, Paris.
OECD, 2004: Economic Surveys: Great Britain, Paris.
OECD, 2005: OECD-Health Data, Paris.
Oggier, Willy, 2004: Internationale Vergleiche, in: Kocher/Oggier 2004, 76-89.
Sandier, Simone u. a., 2002: France, in: Dixon/Mossialos 2002, 32-45.
Scharpf, Fritz W., 1987: Sozialdemokratische Krisenpolitik in Europa, Frankfurt a. M.
Schmidt, Manfred G., 2001: Thesen zur Reform des Föderalismus der Bundesrepublik Deutschland, in: PVS 42, 474-491.
Sozialgesetzbuch (SGB), 2002: Gesetzliche Krankenversicherung, München (28. Aufl.).
Trautwein, Hans-Michael, 2000: Sozialdemokratischer Modellbau im Wandel? Das Beispiel Schweden, in: Eckhard Hein/Achim Truger (Hrsg.), Perspektiven sozialdemokratischer Wirtschaftspolitik in Europa, Marburg, 126-159.
Undritz, Nils, 2004: Krankenhaus, in: Kocher/Oggier 2004, 130-143.
Vallgård, Signild u. a., 2002: Denmark, in: Dixon/Mossialos 2002, 18-29.
Wagschal, Uwe, 2001: Deutschlands Steuerstaat und die vier Welten der Besteuerung, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Wohlfahrtsstaatliche Politik. Institutionen, politischer Prozess und Leistungsprofil, Opladen, 124-160.
Webber, Douglas, 1989: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby, in: Leviathan 17, 262-300.

Korrespondenzanschrift:

PD Dr. Karsten Grabow
Winsstr. 60
10405 Berlin
E-Mail: karsten.grabow@freenet.de