

## Editorial

Gesundheitsreformen in Deutschland sind seit langem beeinflusst von den Erfahrungen anderer Gesundheitssysteme, und das nicht erst, seitdem es auch an der Verwendung englischsprachiger Begriffe wie DRG (Diagnosis Related Groups) oder Disease Management erkennbar ist. In zahlreiche Reformen der letzten Jahrzehnte sind Konzepte und Modelle aus anderen Gesundheitssystemen eingeflossen. Beispielhaft sei hier nur auf die Reformen der Ära Brandt Anfang der 70er Jahre verwiesen, die sich bei dem Ziel eines umfassenden Ausbaus des Sozialstaates offensichtlich an staatlichen Gesundheitssystemen Großbritanniens oder Schwedens orientierten, oder die Einführung einer prospektiven Budgetierung und pauschalierter Entgelte für deutsche Krankenhäuser Mitte der 80er Jahre, die sich bereits am US-amerikanischen Prospective Payment System und DRGs orientierten. Auch mit der Einführung der sektoralen Budgetierung durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992, dem Konzept der Integrierten Versorgung in der Gesundheitsreform 2000 oder der Vorstellung vom »Hausarzt als Lotsen im System« folgte und folgt die Gesundheitspolitik internationalen Vorbildern.

Ein Problem der in diesem Zusammenhang geführten Diskussion ist allerdings, dass sie nicht selten auf Grundlage nur unzureichender Kenntnisse über das jeweilige Gesundheitssystem geführt wird und dass die vorgeschlagenen Reformkonzepte in den Ursprungsländern keineswegs immer als unumstritten und erfolgreich gelten. Was als Erfolgsmodell von »Experten« in der wissenschaftlichen Politikberatung propagiert wird, stellt sich bei näherer Betrachtung nicht selten als mittlerweile gescheitert oder zumindest als in hohem Maße im Ursprungsland umstritten heraus. Andere, sehr interessante Entwicklungen und Konzepte finden wiederum keinen oder kaum Eingang in die deutsche Reformdiskussion, wenn sie den Hauptakteuren der deutschen Gesundheitspolitik für die Durchsetzung ihrer wirtschaftlichen und politischen Interessen nicht als nützlich erscheinen.

Der vorliegende Band ist im Schwerpunkt neueren internationalen Entwicklungen und Erfahrungen mit Gesundheitsreformen gewidmet, die für die bundesdeutsche Gesundheitspolitik gegenwärtig von besonderer Bedeutung scheinen, wie beispielsweise der schweizerischen Krankenkassenreform, dem niederländischen Hausarztmodell oder dem englischen Konzept der internen Märkte und des Allgemeinarztes als sektorübergreifendem Budgetverwalter. Der Blick wird aber auch auf

Länder gerichtet, denen von der deutschen Gesundheitspolitik in den letzten Jahren wenig oder keine Aufmerksamkeit geschenkt wurde, wie Schweden oder Frankreich. Die Reihe der Beiträge zum Themenschwerpunkt wird abgeschlossen durch einen Beitrag zur Bedeutung der europäischen Integration für nationale Gesundheitspolitiken, der insbesondere auf erhebliche Probleme für die Zukunft der GKV hinweist, wenn die Einführung wettbewerblicher Elemente weiter vorangetrieben wird.

Kein anderes Gesundheitssystem findet in der Debatte um die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung so viel Beachtung wie das der Schweiz. Mittlerweile vergeht kaum ein Tag, an dem nicht einzelne Komponenten des schweizerischen Gesundheitssystems zur Übernahme empfohlen werden. Vorzugsweise betrifft dies die Einführung einer Kopfpauschale bei der Finanzierung der Krankenversicherung. *Thomas Gerlinger* zeichnet in seinem Beitrag die wichtigsten Merkmale der schweizerischen Krankenversicherungsreform nach und untersucht, inwieweit die dabei verfolgten Ziele erreicht worden sind. Er zeigt, dass die Bilanz überwiegend negativ ausfällt und die Reform in der Schweiz selbst weit kritischer bewertet wird als hierzulande.

Das Beispiel Schweden steht – wie *Kai Michelsen* in seinem Beitrag über die Reformvorhaben während der 90er Jahre im dortigen Gesundheitssystem aufzeigt – dafür, dass sich das im europäischen Vergleich dort vergleichsweise früh eingeführte Modell eines »öffentlichen Wettbewerbs« zum einen vor dem Hintergrund der nationalen Besonderheiten eines lange Zeit als vorbildlich gepriesenen Wohlfahrtsstaatsmodells mit manifesten Umsetzungsproblemen konfrontiert sah – und man demzufolge von einer solchen Orientierung partiell wieder Abstand nahm –, zum anderen die wettbewerbsorientierten Reformen im Hinblick auf zentrale Parameter gesundheitspolitischer Zielsetzungen durchaus widersprüchliche Folgewirkungen mit sich gebracht haben. Die entscheidende Frage, an denen sich in der innerschwedischen Diskussion die Reformbefürworter und -kritiker seit langem scheiden, kann nach wie vor als offen gelten: Ob mit den auf die Instrumente des Wettbewerbs setzende Reformen ein grundlegender Paradigmenwechsel verbunden ist, der die Weichen stellt in Richtung Aushöhlung der egalitären Kernelemente des schwedischen Gesundheitswesens? Einerseits erwies sich das dezentralisierte, öffentliche Gesundheitswesen als offensichtlich stabil gegenüber den im Sinne einer Privatisierung des Krankheitsrisikos »systemverändernden« Reformbestrebungen, mithin blieb die Bedeutung von Markt und Wettbewerb bislang eher begrenzt, andererseits erhöht sich mit dem damit verbundenen Umbau der politischen und administrativen Institutionen, die bislang als Blockade gegenüber einer marktmäßigen

Organisation der gesundheitlichen Versorgung fungierten, zumal unter restriktiven ökonomischen Rahmenbedingungen die Gefahr einer weitergehenden Ökonomisierung und Privatisierung der medizinischen Versorgung.

Auch die Gesundheitspolitik in Frankreich ist – *Patrick Hassenteufel* zufolge – seit den 80er Jahren durch zahlreiche Versuche charakterisiert, mittels der Einführung von wettbewerbsorientierten Instrumenten und weitreichenden Liberalisierungselementen die Ausgaben des öffentlichen Krankenversicherungssystems zu begrenzen. Die Kostendämpfung avancierte in dieser Zeit zum strukturierenden Regulierungsprinzip der französischen Gesundheitspolitik, bei deren Durchsetzung der staatlichen Administration die entscheidende Rolle zukam. Das der staatlichen Administration traditionell ohnehin weitreichende zur Verfügung stehende Arsenal an Interventionsinstrumenten wurde sukzessive erweitert, und sämtliche Akteure wurden mit einer Vielzahl von Einzelmaßnahmen und Direktiven auf das Generalziel der Kostendämpfung verpflichtet. Dabei erwies sich die stärkere Wettbewerbsorientierung als durchaus zwiespältig. Entsolidarisierende Maßnahmen gingen einher mit der Erweiterung des Versichertenkreises, und der Einführung neuer Wettbewerbsselemente vor allem im Krankenhaussektor stehen wettbewerbseinschränkende Maßnahmen im ambulanten Sektor gegenüber.

In der hiesigen Diskussion über Ressourcen- und Versorgungssteuerung im Gesundheitswesen spielen Budgets und »Einkaufsmodelle« immer wieder eine wichtige Rolle. Großbritannien hat mit dem in den 90er Jahren von der konservativen Regierung eingeführten System des »General Practitioner Fundholding« Erfahrungen auf diesem Gebiet gemacht, die *Steve Iliffe* kritisch bilanziert. In diesem System erhielten die Primärärzte ein Budget, mit dem sie eigenverantwortlich die für ihre Patienten erforderlichen Versorgungsleistungen – v. a. Facharzt- und Krankenhausbehandlung sowie Arzneimittel – »einkaufen« konnten. Nach Iliffe spricht allerdings wenig dafür, dass das erklärte Ziel, durch Stärkung von Marktmechanismen eine höhere Effizienz und Qualität der Patientenversorgung zu erreichen, in nennenswertem Umfang erreicht worden ist; in Teilbereichen zu beobachtenden Positiveffekten steht auf der anderen Seite eine Reihe von problematischen Entwicklungen gegenüber, die die Funktionsfähigkeit des Systems insgesamt fraglich erscheinen lassen. Die wenig überzeugende Bilanz des GP-Fundholding bewog denn auch New Labour, dieses Modell recht bald nach der Regierungsübernahme wieder fallen zu lassen.

Das niederländische Hausarztmodell nimmt in der deutschen Reformdiskussion (»Hausarzt als Lotse«) seit Jahren eine zentrale Position ein.

Mit ihm werden verschiedene Hoffnungen verbunden: Es soll sowohl die Ausgaben der Krankenkassen senken als auch die Versorgungsqualität erhöhen. Der Beitrag von *Peter Groenewegen* und *Stefan Greß* zeigt allerdings auf, dass diese Hoffnungen nur dann gerechtfertigt wären, wenn das niederländische Modell insgesamt übernommen würde. Dazu aber gehören als konstitutionelle Elemente zugleich auch die verpflichtende Einschreibung aller Patienten bei einem Hausarzt, die Einschränkung der freien Arztwahl, Kopfpauschalen und Leitlinien. Ihre Zweifel, dass es der deutschen Gesundheitspolitik gelingt, die massiven Widerstände der organisierten Ärzteschaft gegen die Einführung dieser Systemelemente zu überwinden, dürften wohl mehr als berechtigt sein. Groenewegen und Greß weisen aber auch darauf hin, dass das Hausarztmodell in den Niederlanden selbst mittlerweile vor erheblichen Problemen steht und über eine Änderung diskutiert wird. Die Entwicklungen, die dort zu einem Wandel der Rahmenbedingungen und der Akzeptanz des Modells geführt haben, sind nach ihrer Auffassung keineswegs nur auf die Niederlande beschränkt und von daher auch von Relevanz für die bundesdeutsche Reformdiskussion.

*David Klemperer* befasst sich in seinem Beitrag mit dem Konzept der Rezertifizierung von Ärzten in Kanada. Dieses Konzept hat für die deutsche Reformdiskussion bereits insofern Eingang gefunden, als der Sachverständigenrat sich in seinem Gutachten von 1991 für eine Rezertifizierung von Ärzten nach angelsächsischem Vorbild ausgesprochen und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder der ärztlichen Selbstverwaltung den Auftrag erteilt hat, ein analoges Modell für die Bundesrepublik Deutschland zu entwickeln. Klemperer beschreibt das mehrstufige kanadische System der Rezertifizierung, dessen Anfänge bereits in den 70er Jahren lagen und das mittlerweile ein hohes Maß an Akzeptanz unter den Ärzten genießt. Im Mittelpunkt der Rezertifizierung stehen Screenings und Peer Reviews, die in erster Linie aber nicht auf die Sanktionierung von Fehlverhalten, sondern vor allem auf kollegiale Unterstützung und Qualitätsverbesserung zielen.

Nationale Gesundheitspolitik bewegt sich mittlerweile in Abhängigkeit von ökonomischen und politischen Integrationsprozessen auf EU-Ebene. Obwohl die einzelnen Nationalstaaten nach wie vor die »Gestaltungshoheit« über ihre Gesundheitssysteme besitzen und die unmittelbaren gesundheitspolitischen Regelungskompetenzen der EU dementsprechend gering sind, geht *Rolf Schmucker* davon aus, dass die Entwicklung der nationalen Gesundheitssysteme bereits jetzt spürbar – und künftig womöglich noch zunehmend – durch das Gemeinschaftsrecht und dessen Auslegung durch den EuGH beeinflusst wird. Von diesbezüglich zentraler

Bedeutung sind einheitliche, verbindliche EU-Regelungen, die einen funktionierenden europäischen Binnenmarkt im Sinne eines unbehinderten Personen-, Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehrs garantieren sollen. Institutionen wie die gesetzlichen Krankenkassen gelten aufgrund ihrer besonderen öffentlichen Aufgabe bislang zwar nicht als »normale« Unternehmen, deren Versicherungsmonopol den freien Dienstleistungsverkehr behindert und damit dem EU-Wettbewerbsrecht widerspricht; in dem Maße aber, wie der Solidarcharakter der GKV durch nationalstaatliche »Reformmaßnahmen« ausgehöhlt würde, stünden die Voraussetzungen dieser »Ausnahmebehandlung« – so Schmuckers These – zur Dispositon: eine von der EU-Ebene erzwungene weitgehende Privatisierung und Kommerzialisierung der Krankenversicherung könnte die Folge sein.

Außerhalb des Themenschwerpunktes befasst sich *Eva Walzik* mit den Finanzierungsproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung. In ihrem Beitrag arbeitet sie verschiedene Einflüsse heraus, die in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu Einnahmeproblemen der GKV führten, und setzt sich daran anschließend kritisch mit gegenwärtig diskutierten Vorschlägen für eine Verbreiterung und Verstetigung der Finanzierungsgrundlage der GKV auseinander. Auf den ersten Blick plausible Reformvorschläge erweisen sich dabei als durchaus nicht in jedem Fall überzeugend und hinreichend durchdacht. In ihrem Fazit plädiert sie für die Rückführung der zahlreichen zu Lasten der GKV erfolgten Finanzverschiebungen und die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze.